

ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневого



№1 2022

ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института хирургии
имени А.В. Вишневского

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

№1 2022

ТЕЗИСЫ

XIV-го
Съезда хирургов

1. Новая коронавирусная инфекция и риск послеоперационных венозных тромбоемболических событий у хирургических больных

Бутырский А.Г., Михайличенко В.Ю., Хилько С.С., Бобков О.В., Алиев А.С., Румянцева М.И.

Симферополь

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

Пациенты, госпитализированные в хирургические отделения с новой коронавирусной инфекцией (КВИ), имеют высокий риск венозных тромбоемболических событий (ВТЭС) с частотой 9-26%, несмотря на проводимую профилактику, и до 21-31% у пациентов в условиях отделения интенсивной терапии. Цель исследования – определение частоты ВТЭС у пациентов с КВИ, стратифицированной по времени перенесения.

Методы Проспективно-ретроспективное исследование было проведено в соответствии с дизайном глобального проекта GlobalSurg-CovidSurg Week Data – Europe на основании опроса пациентов в возрасте от 18 лет, подвергшихся оперативному лечению в хирургических стационарах в ноябре 2020 года. КВИ стратифицировали как периоперационную (перенесенную за 7 дней до и в течение 30 дней после операции), недавнюю (1-6 недель до операции), отдаленную (7 и более недель до операции). Основным критерием исхода было ВТЭС в течение 30 дней после операции, которое определялось наличием ТГВ или ТЭЛА. Для сравнения групп с точки зрения категориальных данных использовался критерий хи-квадрат. Для первичного исхода ВТЭС в течение 30 дней после операции был использован многомерный логистический регрессионный анализ для оценки связи инфекции КВИ и ВТЭС после операции, которая была суммирована с использованием OR (95% ДИ). Анализ выполнен в программе Stata, версия 15.1. Результаты Всего было включено 682 пациента из 5 стационаров г. Симферополя, оказывавших плановую и неотложную помощь в ноябре 2020 года. Из них без диагноза КВИ было 650 пациентов, с периоперационной КВИ – 9, с недавней КВИ – 11, с отдаленной КВИ – 12. Обобщая данные пациентов, получили следующие результаты: всего отмечено ВТЭС у 14 пациентов (2%). В группе без КВИ частота ВТЭС составила 0,7%, летальность 1,5%, среди пациентов с периоперационной КВИ частота ВТЭС составила 33,3%, летальность 22,2%, среди

пациентов с недавней КВИ частота ВТЭС составила 27,2%, летальность 18,1%, среди пациентов с давней КВИ частота ВТЭС составила 25%, летальность 8,3%. В целом, частота послеоперационных ВТЭС у больных с КВИ разного статуса составила 28,1% (9/32). Из этих 9 пациентов 22,2% (2) имели только ТЭЛА, 55,5% (5) имели только ТГВ и 22,2% (2) имели и то, и другое. В скорректированном анализе значимыми факторами послеоперационных ВТЭС были периоперационная и недавняя (1-6 недель до операции) КВИ; пневмония; возраст более 70 лет; физический статус по ASA 3-5; хроническое заболевание почек; операции по поводу злокачественных новообразований и травм; обширное оперативное вмешательство; экстренная операция. У пациентов с предоперационной КВИ наличие симптомов было связано с увеличением частоты ВТЭС по сравнению с пациентами без продолжающихся симптомов. Текущие симптомы были связаны с общей частотой 4,6% послеоперационных ВТЭС по сравнению с 0,8% у пациентов, у которых не было симптомов или у которых симптомы к моменту операции разрешились. В целом уровень 30-дневной послеоперационной летальности составил 2,1% (15 из 682). После стратификации данных по КВИ и послеоперационным ВТЭС нескорректированные анализы показали рост показателей смертности от КВИ и ВТЭС. В скорректированном анализе ВТЭС были независимо и прочно связаны с 30-дневной летальностью. Заключение. Пациенты, перенесшие операцию при периоперационной КВИ, имеют повышенный риск послеоперационных ВТЭС по сравнению с пациентами, уже перенесшими КВИ без сохраняющихся симптомов и не болевших КВИ. Значимыми факторами послеоперационных ВТЭС были периоперационная и недавняя КВИ; пневмония; возраст более 70 лет; физический статус по ASA 3-5; хроническое заболевание почек; операции по поводу злокачественных новообразований и травм; обширное оперативное вмешательство; экстренная операция. Послеоперационное ведение больных должно включать стандартные назначения и процедуры для снижения риска ВТЭС согласно имеющимся рекомендациям. Следует продолжить исследования для выработки оптимальных протоколов профилактики и лечения ВТЭС у хирургических пациентов в условиях КВИ.

2. Анализ гипокоагуляционных геморрагических осложнений при лечении коронавирусной инфекции COVID-19: диагностика, топика, тактика

*Мяконький Р.В.(1), Каплунов К.О.(2),
Краюшкин С.И.(2), Иванченко С.В.(1)*

Волгоград

- 1) Волгоградская областная клиническая больница №3,
- 2) Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. По состоянию на вторую половину декабря 2021 г. по данным сайта стопкоронавирус.рф в России выявлено более 10 млн. заболевших COVID-19, из них более 289 тыс. умерло (летальность – 2,9%). Рассматриваемая патология – нетривиальная инфекция, в ее патогенетической основе лежит системность поражения, обуславливающая своеобразную коагулопатию, а именно так называемый тромботический микроваскулит (MicroCLOTS в англоязычной литературе). Он диффузно распространен и может быть как в легких, так и внелегочной локализации: в желудке, кишечнике, мозге и других органах при генерализации инфекции. Пандемия продолжается второй год, однако до сих пор ученые и практические врачи не имеют однозначного и окончательного представления о том, что происходит с коагуляцией у пациентов данной категории. Микротромбоз при COVID-19 практически невозможно визуализировать, его можно лишь косвенно оценить через динамику и степень выраженности клинических проявлений и показатели соответствующих лабораторных данных, именно на этой основе строится аргументация назначения антикоагулянтных препаратов. Антикоагулянтная терапия является патогенетическим компонентом лечения данного заболевания, преследуя надежды на то, что назначение антикоагулянтных препаратов может способствовать уменьшению указанного микротромбоза и, следовательно, повышать выживаемость больных за счет лучшей микроциркуляции в легочном русле и т.д. При этом что делать с микротромбозом в легочном русле исчерпывающих рекомендаций нет. Приходится ориентироваться на ту доказательную базу, которая есть, а она в основном касается профилактики венозного тромбоза и полноценно экстраполироваться на коронавирусный иммунотромбоз не может. Существующие в настоящее время немногочисленные

рандомизированные исследования с относительно небольшим количеством включенных в них пациентов, достоверно не показали влияния антикоагулянтов на смертность больных COVID-19, но продемонстрировали в ряде случаев достоверное улучшение показателей сатурации. Особую проблему представляют спонтанные гипокоагуляционные кровотечения у ковидных больных, по литературным данным они составляют 8%, причем крупные кровотечения фиксируются в пределах 3%. У больных в критическом состоянии, находящихся в палате интенсивной терапии или отделении реанимации, геморрагические осложнения регистрируются примерно у 6% больных. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, проходивших лечение в инфекционном (ковидном) госпитале на базе ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3» г. Волгограда в период с марта 2020 г. по декабрь 2021 г. **Полученные результаты.** За отчетный период в госпитале был пролечено 5421 пациент с положительным ПЦР тестом на COVID-19 и (или) имевших признаки пневмонии, визуализированной посредством лучевой диагностики: рентгенографии и/или компьютерной томографии органов грудной клетки. Гипокоагуляционные геморрагические осложнения были зафиксированы у 52 человек (0,9%), объем выявленных гематом от 150 до 3000 мл. Топически гематомы располагались: подмышечная область – 7 случаев (1,3%), грудная стенка – 6 (1,1%), передняя брюшная стенка – 8 (1,5%), забрюшинное пространство – 31 (59,6%). В качестве диагностических маркеров, запускавших инструментальный компонент процесса диагностического поиска, выступали клиническая картина (нарастание общей слабости и/или одышки, появление боли и/или инфильтрата в проекции очага катастрофы, нестабильность гемодинамики) и рутинные методы лабораторной диагностики ОАК (снижение показателей гемоглобина, гематокрита), коагулограмма. Визуализация гематом осуществлялась при помощи ультразвукового исследования. В качестве тактического решения применялись две стратегии: консервативное лечение с динамическим УЗ-мониторингом (каждые 2-6 часов) и оперативное лечение (пункционные и дренирующие вмешательства). Консервативная стратегия была применена у 37 (71%) больных, хирургическая 15 (29%). Летальный исход зафиксирован у 21 пациента, общая летальность составила 40%, послеоперационная более 85%. **Обсуждение.** Развитие геморрагических осложнений у пациентов

с коронавирусной инфекцией COVID-19, получающих базисную антикоагулянтную и глюкокортикостероидную терапии (направленную на получение, в том числе гипокоагуляции, как патогенетического компонента лечения) является прогностически неблагоприятным обстоятельством. Наиболее часто развиваются объемные забрюшинные гематомы, являющиеся в большинстве случаев вариантом внутреннего жизнеугрожающего кровотечения. Тактический подход опирается на такие показатели как локализация гематомы и ее объем. В подавляющем большинстве наблюдаемых нами случаев смерть пациентов наступала на фоне развития полиорганной недостаточности, ведущими компонентами которой выступали интоксикация, дыхательная и сердечная дисфункция. Исходя из понимания действия антикоагулянтов (блокировка плазменных факторов гемостаза), по нашему убеждению, при развитии значимого кровотечения (более 500 мл), особенно при забрюшинном расположении, целесообразна немедленная полная отмена антикоагулянтной терапии с трансфузией одногруппной свежезамороженной плазмы (СЗП – введение извне факторов плазменного гемостаза – заместительная терапия), в противном случае шансов на успех консервативного гемостаза практически нет. Не менее важным компонентом трансфузионной терапии является применение одногруппной эритроцитарной массы (ЭМ) – как способа протезирования кислородно-транспортной функции крови и коррекции постгеморрагической анемии. Трансфузия ЭМ преследует цель компенсации кислородоносителя и коррекции дыхательной недостаточности смешанного характера (респираторной – обусловленной вирусным интерстициальным поражением и гемической – кровопотерей). Касаясь аспектов хирургического гемостаза у пациентов с COVID-19 при забрюшинной гематоме, как некоего последнего рубежа в арсенале спасения больного, на наш взгляд, данную методику стоит относить к методу отчаяния. И тому есть ряд объективных причин. Во-первых, как правило, рассматриваемая группа пациентов находится в крайне тяжелом или критическом состоянии. В основе такого состояния лежит субтотальное или тотальное поражение легочной ткани на фоне специфического пневмонита, что сопровождается дыхательной недостаточностью. Во-вторых, забрюшинная локализация источника кровотечения и большой объем кровопотери оставляют мало шансов для выполнения механического гемостаза. Стоит отметить, что среди большинства хирургов бытует

ошибочное мнение о необходимости ревизии и дренирования всех без исключения гематом. Касаясь ситуации с забрюшинной гематомой, надо иметь ввиду что декомпрессия забрюшинного пространства в ряде случаев может усилить кровотечение и усугубить кровопотерю. Подходы к лечению забрюшинной гематомы зависят от ее локализации и размера. Обязательной ревизии подлежат центральные гематомы (по классификации К.А. Kudsk et G.F. Sheldon (1982) с дополнениями Е. Напао и J.S. Aldrete (1985)). Стабильные (не нарастающие) латеральные гематомы можно оставлять нетронутыми, также можно не ревизовать брыжеечные гематомы, кроме тех случаев, когда они нарастают или кишка выглядит ишемизированной. Хирургические вмешательства при забрюшинных гематомах отличаются особой травматичностью, при чем это не зависит от вида доступа: трансабдоминального или люмботомного. Во время этих оперативных вмешательств нередко требуется ревизия различных отделов забрюшинного пространства с мобилизацией ободочной, прямой кишки, других трубчатых структур. Процедура ревизии забрюшинного пространства агрессивна и травматична, при этом, нередко она не позволяет выявить источник кровотечения, представляя собой эксплоративную лапаро- или люмботомию. Выводы. Таким образом, развитие объемных гипокоагуляционных спонтанных гематом у больных с COVID-19 становится жизнеугрожающим осложнением, значительно ухудшая прогноз для жизни пациента. Забрюшинные гематомы, как наиболее опасный и сложный вид такого осложнения требуют особой настороженности. При этом гематомы объемом до 1000 мл без прогрессирования внутреннего кровотечения и пристальном динамическом ультразвуковом мониторинге могут вестись в рамках концепции NOM (nonoperative management). В свою очередь хирургическое лечение, основной целью которого является осуществление гемостаза, может потребовать рентгенэндоваскулярной эмболизации причинного сосуда, а при отсутствии такой технической возможности – открытого высокотравматичного вмешательства. В отдаленном периоде хирургическое лечение гематомы может предполагать выполнение пункционных и дренирующих вмешательств (чрезкожные, минилюмботомические, лапаротомические и т.п.), необходимых для профилактики или лечения инфекционных осложнений. Рекомендации. К настоящему времени нет достоверных доказательных данных о частоте спонтанных гематом при рассматриваемой

инфекционной патологии, а имеются лишь спорадические сообщения о случаях гематом различных локализаций, что в свою очередь требует расширения спектра и диапазона дальнейших исследований на этот счет.

3. Опыт эндохирургических вмешательств при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита в многопрофильном хирургическом Центре Республики Саха (Якутия)

*Савельев В.В., Винокуров М.М., Попов В.В.,
Бадагуева В.В.*

Якутск

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

Актуальность. Несмотря на существование большого числа фундаментальных научно-исследовательских работ, посвященных острому аппендициту и его осложнениям, спорными остаются вопросы выбора метода хирургического лечения аппендикулярного перитонита, в том числе, при формировании внутрибрюшных абсцессов. Материал и методы. Представленная работа основана на анализе результатов лечения 476 больных с острым аппендицитом и его осложнениями в возрасте от 18 до 75 лет, мужчин ? 234 (49,2%), женщин ? 242 (50,8%), находившихся на лечении в экстренных хирургических отделениях Республиканской больницы №2 ? Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2017 по 2022 гг. Из 476 пациентов прошедших лечение у 43 (9,0%) больных были диагностированы различные формы аппендикулярного перитонита. Свободные формы перитонита наблюдались у 23 (53,5%) больных (ограниченный ? у 16 (69,6%) больных, разлитой у 7 (30,4%) больных), абсцедирующие ? у 20 (46,5%) (периаппендикулярный абсцесс у 6 (30%), сочетанный у 9 (45%), тотальный абсцедирующий у 5 (25%) больных). Диагноз острый аппендицит и его осложнения верифицирован на основании современного комплексного обследования. При интерпретации эндоскопической картины руководствовались классификацией разработанной сотрудниками ГУ Научный центр здоровья детей

ПАМН (2005). Все лапароскопические операции выполнялась с использованием эндоскопической системы Karl Storz Endovision® DCI® с системой авторотации (ARS) – цифровая одиночная камера, цветные системы PAL, NTSC с встроенным цифровым модулем обработки изображений. Набором лапароскопов DCI® HOPKINS®II (крупноформатная оптика – 10 мм), троакаров, щипцов, ножниц, диссекторов Karl Storz Click?Line® под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях при выявлении аппендикулярного абсцесса I-II стадии, и после разрушения стенок абсцесса, аппендэктомия осуществлялась непогружным способом с наложением на основание червеобразного отростка 2-х петель Редера и последующим дренированием малого таза и области абсцесса силиконовыми дренажами по А.И. Генералову. Полученные результаты. По результатам исследований нами достоверно определено, что для периаппендикулярных абсцессов I-II стадий и небольшим по объему отграниченным экссудатом, характерен малый срок от начала заболевания (48-72 часа). Для периаппендикулярных абсцессов III стадии и тотального абсцедирующего перитонита, свойственны более длительные сроки заболевания (от 72 часов). Во всех случаях обнаружения раннего периаппендикулярного абсцесса и сочетанного с ограниченным перитонитом, таких пациентов было 15 (34,9%), удалось завершить операцию лапароскопически. При обнаружении периаппендикулярного абсцесса III стадии выполнялась конверсия с выполнением классической «открытой» операции через доступ Волковича-Дьяконова, которая завершалась дренированием полости абсцесса силиконовым дренажом и тампоном Пенроуза-Микулича. Распространенный гнойный перитонит и тотальный абсцедирующий перитонит служили абсолютным показанием для назначения программных релапаротомий с полноценной санацией, назоинтестинальной интубацией и дренированием брюшной полости. В структуре пролеченных больных удельный вес таких пациентов составил 27,9%. Средний срок пребывания в стационаре у больных с периаппендикулярным абсцессом I-II стадии, оперированных лапароскопически, составил 7±0,7 суток. Время активизации пациентов после выполнения операции не превышало 1,5±0,5 сут., а возможность приема пищи стало возможным в среднем уже на 2-е сутки послеоперационного периода. При этом количество внутрибрюшных осложнений нами зафиксировано не было, в 2-х случаях наблюдались раневые осложнения в виде инфильтрации области троакарных ран, что

потребовало проведения физиотерапевтических процедур с некоторым увеличением срока госпитализации. Обсуждение. Важным моментом в выборе метода оперативного вмешательства при периаппендикулярных абсцессах являются низкие значения осложнений, возникающих в послеоперационном периоде. К преимуществам эндоскопического метода также можно отнести атравматичность, хорошую визуализацию области операции, возможность с высокой точностью устанавливать клинко-морфологическую форму осложнения, проводить полноценную санацию и адекватное дренирование брюшной полости, нивелировать травму передней брюшной стенки. К опасностям метода можно отнести ? возможность дополнительного инфицирования брюшной полости в ходе удаления каловых камней и некротически измененного отростка с гнойным содержимым, активное использование высокоэнергетических инструментов, зависимость от наличия компетентного медперсонала. Выводы. Таким образом, эндовидеохирургические вмешательства при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита являются менее травматичным видом оперативного вмешательства. Пациенты данной группы значительно раньше активизируются по сравнению с пациентами после выполнения традиционной операции. Также почти в 2,5 раза быстрее покидают стационар, а соответственно значительно снижается период нетрудоспособности и расход необходимых лекарственных препаратов. При использовании данного метода оперативного вмешательства наблюдается незначительное количество послеоперационных осложнений – 4,6% и в основном внебрюшной локализации. Рекомендации. Полученные нами данные позволяют рассматривать эндоххирургические вмешательства при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита операциями выбора, при этом, особое внимание должно быть уделено теоретической и практической подготовке хирургов, а также созданию унифицированных тактических подходов и решений в различных клинических ситуациях.

4.Десятилетний опыт успешного использования интегральной шкалы «Индекс брюшной полости» при выборе тактики хирургического лечения при распространенном гнойном перитоните

Савельев В.В., Винокуров М.М., Попов В.В., Бадагуева В.В.

Якутск

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

Актуальность. В последние три десятилетия исследователями разработано достаточно большое количество различных систем оценки тяжести состояния и характера поражения органов брюшной полости при перитоните (MPI, PIA, MOSF и ряд других). В нашей стране большую популярность получила система оценки тяжести перитонита – «Индекс брюшной полости» (ИБП), разработанная сотрудниками кафедры факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Материал и методы. Представленная работа основана на анализе результатов комплексного лечения 278 больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП), пролеченных в хирургических отделениях Республиканской больницы №2 ? Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2011 по 2021 гг. Диагноз перитонит верифицирован на основании стандартного комплексного обследования. Средний возраст пациентов составил 37,6±5,5 лет, при этом мужчин было 156 (56,1%), женщин ? 122 (43,9%). Из 278 больных с перитонитом 70 (25,2%) больных были оперированы в режиме релапаротомия ? «по требованию» (РЛТ) и 120 (43,2%) больных с РГП, подверглись этапному лечению – «по программе» (РЛП). Полученные результаты. Необходимо отметить, что в большинстве случаев использование режима РЛТ при РГП требовало применения в случаях, когда при проведении первичной операции не прогнозировалось неблагоприятное течение инфекционного процесса или было обусловлено профилем клиники (Центр экстренной медицинской помощи), так как больные были эвакуированы из других хирургических стационаров районных больниц и г. Якутска. При этом одного оперативного вмешательства для купирования РГП стало достаточным лишь у 88 (31,6%) больных. В тоже время 70 (25,2%) больным для купирования распространенного перитонита и ликвидации интраабдоминальных осложнений потребовалось выполнение РЛТ. Из них 22 (31,4%) больным в конечном итоге потребовалось осуществить

переход на РЛП. Общая летальность в группе больных с РЛТ составила 34,3%. К сожалению, не всегда в результате одной операции можно выполнить полноценную санацию брюшной полости и достичь полного контроля над очагом инфекции. В таких клинических случаях для динамического контроля и активного воздействия на инфекционный процесс в брюшной полости при РГП выполняется РЛП. При этом для выбора программного режима ведения брюшной полости используют традиционные и нетрадиционные показания, а также различные интегральные системы и шкалы оценки степени поражения брюшной полости. В нашем случае таковым стал ИБП. Подобная хирургическая тактика применена у 120 (43,2%) больных. При этом более чем у половины этих больных ? 71 (59,2%) для купирования основных проявлений РГП потребовалась однократная санация брюшной полости и лишь у 21 (17,5%) потребовалось 3 и более РЛП. При ведении брюшной полости полукрытым способом наименьшая летальность отмечена при выполнении одной программной санации ? 2,8%. С увеличением количества программных санаций возрастал и уровень летальности: 17,9% больных при выполнении двух РЛП, 54,5% при трех РЛП и 80,0% при выполнении 3 и более РЛП. Общая летальность в группе с РЛП составила 17,5%. Обсуждение. Рассматривая вопросы современного многопланового подхода к хирургическому лечению РГП, в последние годы наиболее приемлемыми остаются классические методы хирургических вмешательств. К таким методам относятся операции с использованием полукрытых / полукрытых технологий (РЛП и РЛТ). Следует отметить, что ни одна из операций не была бы достаточно эффективной без четких критериев ее выполнения (в том числе и релапаротомия). На наш взгляд, именно такими являются критерии шкалы ИБП. Выводы. Широкое внедрение в клиническую практику конкретного хирургического стационара ИБП позволило в значительной степени улучшить результаты лечения. В результате отмечено снижение количества послеоперационных осложнений и летальности с 27,1% и 50,0% до 15,7% и 28,3% соответственно. Кроме того, резко уменьшилось количество РЛТ, с 17,6 до 8,4%. Рекомендации. По нашему общему мнению, интегральная шкала ИБП позволяет достоверно детализировать характер и степень поражения органов брюшной полости при перитоните и дает возможность уточнить показания к выбору тактики ведения в режимах РЛТ и РЛП. Кроме того, в представленной шкале заложен значительный потенциал для детализации

некоторых позиций в ее структуре, а также поиска новых критериев для совершенствования и оптимизации выбора лечебной тактики для этой тяжелой категории больных.

5.Изучение опыта отечественных и мировых исследований при разработке клинических рекомендаций по прободной язве

*Панин С.И., Сажин В.П., Сажин И.В.,
Оловянный В.Е., Захарова М.А., Ивахов Г.Б.,
Карсанов А.М., Коровин А.А., Луцевич О.Э.,
Натальский А.А., Прудков М.И., Совцов С.А.,
Тарасенко С.В., Федоров А.В., Хрипун А.И.,
Юдин В.А.*

Российская Федерация

ВолгГМУ

Актуальность. Согласно Федеральному закону №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», клинические рекомендации (КР) являются одним из основополагающих документов, определяющих организацию оказания медицинской помощи населению. Цель работы. Получение наиболее достоверных сведений по лечению прободной язвы. Материалы и методы. В процессе разработки КР рабочая группа руководствовалась установленными нормативными документами: приказом Министерства здравоохранения № 103н, методическими рекомендациями ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России по проведению оценки научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации и по проведению мета-анализа, а также утвержденными едиными диагностическими шкалами уровней достоверности доказательств (УДД) и уровни убедительности рекомендации (УУР). Полученные результаты. В ходе систематического обзора рабочей группой были проанализированы первоисточники в электронной библиотеке (e-library), библиотеке Кохрана, базе данных PubMed'a, а также проведен ручной поиск в оглавлении профильных журналов. Поскольку КР должны содержать наиболее достоверную информацию, были отобраны первичные исследования с УДД -1 и УДД – 2. По состоянию на декабрь 2021 опорную доказательную

базу для КР составили 23 рандомизированных исследований, 14 систематических обзора и мета-анализа и 4 зарубежных гайдлайна. При этом основную массу научных работ с УДД -1 и УДД – 2 составили зарубежные исследования. Анализ тематики мировых доказательных исследований показал, что в рамках доказательной медицины основное внимание уделено вопросам лапароскопического ушивания перфорации, различным вариантам ваготомии и комбинированному подходу, включающему оценку выполнения оперативных вмешательств с последующей фармакотерапией. В то же время имеются аспекты, не имеющие убедительной доказательной базы. Требуют дальнейшего изучения особенности оперативных вмешательств при прободной язве на фоне сочетанных осложнений язвенной болезни и лечение больных группы риска, у которых имеется высокая вероятность летального исхода (почти во всех мировых исследованиях они исключаются из рандомизации). Недостаточно сведений для принятия взвешенных решений относительно возможностей консервативного лечения и способов бесшовного закрытия перфоративного отверстия. Заключение. Доказательная медицина - один из инструментов в руках хирургов, как и предпочтительный у нас в стране эмпирический подход. При равенстве УДД мировых и отечественных исследований без всяких противоречий с основными принципами доказательной медицины приоритет должен быть у российских исследований, которые изучали опыт лечения прободной язвы применительно к популяции больных у нас в стране. Необходимо проведение как первичных, так и вторичных доказательных исследований по материалам Российской Федерации.

6. Интраоперационная профилактика острого постманипуляционного панкреатита при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах у пациентов со стенозом большого дуоденального сосочка

*Веденин Ю.И., Зюбина Е.Н.,
Мандриков В.В., Михайличенко Г.В.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) является одним из самых грозных осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ). Частота развития ОПМП достигает 40%, а летальность при данном осложнении – 3%. Цель: обосновать практическую значимость стентирования вирсунгова протока во время транспапиллярных вмешательств с целью профилактики ОПМП у пациентов с высоким риском развития осложнения в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка (БДС). Материалы и методы. На базе кафедры хирургических болезней №1 Института НМФО в Клинике №1 ВолгГМУ Минздрава России за период с 2017 по 2021 гг выполнили 1135 эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 680 пациентов по поводу различной патологии гепатопанкреатобилиарной зоны. У 218 (32,1%) больных при выполнении ЭТПВ верифицировали доброкачественный стеноз БДС. Пациенты (n=218) были разделены на две группы: основную (проспективную) и контрольную (ретроспективную). В основную группу были включены 102 (46,8%) пациента, которым во время транспапиллярного вмешательства в главный панкреатический проток (ГПП) с целью профилактики ОПМП установили полиуретановый стент. Контрольную группу составили 116 (53,2%) больных, стентирование ГПП которым не выполняли. В обеих группах учитывали совокупность факторов риска развития ОПМП, таких как молодой возраст, женский пол, атипичная папиллосфинктеротомия, неоднократная канюляция ГПП, наличие перипапиллярных дивертикулов. В дополнение к этим факторам для прогнозирования вероятности манифестации ОПМП учитывали интраоперационно выявленный стеноз БДС. Результаты и обсуждение. Острый панкреатит развился у 6 (5,9%) пациентов основной группы и 21 (18,1%) больного контрольной группы, имевших несколько факторов риска в сочетании со стенозом БДС. Медикаментозную профилактику

развития ОПМП проводили всем больным. Выводы. Стентирование ГПП у пациентов со стенозом БДС, имеющих высокий риск развития послеоперационного панкреатита, позволяет снизить частоту развития ОПМП более чем в 3 раза.

7. Оценка результатов чрескожной чреспечёночной холангиостомии в лечении послеоперационной билиарной недостаточности с использованием стратегии интервенционной эскалации

Мохаммед М.-Л., Дубаш К., Анкольви М., Маниша М., Воронцов О.Ф., Грэм К., Раделефф Б.

Германия, Хоф

Сана Клиникум Хоф

Введение. Хирургическое лечение послеоперационной недостаточности желчных протоков (желчевыводящей системы), билиодигестивного анастомоза (БДА) или культы пузырного протока связано с высокой заболеваемостью (22-37%) и смертностью (3-18%). Недостаточность БДА (5%) и культы желчного пузыря (0,3-3%) являются наиболее частыми осложнениями после резецирующих операций на печени и поджелудочной железе. Материалы и методы. Мы ретроспективно, в период с 01.01.2018 по 01.10.2021, проанализировали 24 пациента (9 мужчин, 15 женщин). Средний возраст составил 69,33±12,08 лет (в диапазоне 45-93). Данным пациентам после различных операций на печени и поджелудочной железе потребовалась установка чрескожной чреспечёночной холангиостомы (ЧЧХС). Интервенционное вмешательство выполнялось в рамках стратегии эскалации. Данная стратегия заключалась в установке и регулярной замене вручную модифицированных дренажей все большего диаметра (8,10,12 Fr.). Такие дренажи имели вырезанные вручную боковые отверстия с обходом области недостаточности желчевыводящих протоков или билиодигестивных анастомозов. При необходимости, например при симптоматическом околопечёночном скоплении жидкости, выполнялось дополнительное чрескожное дренирование под контролем КТ. Результаты. Всего мы выполнили 117 интервенций

(установка и замена ЧЧХС) у 24 пациентов. Время интервенционного лечения варьировало в диапазоне от 2 до 239 дней. Корректную установку ЧЧХС, при нерасширенных внутривисцеральных желчных протоках, удалось провести у 95,8% пациентов. У 15 (58,3%) пациентов достигнуто полное заживление желчной фистулы или недостаточности билиодигестивного анастомоза. В 2 случаях возникла необходимость повторного хирургического вмешательства и у 7 пациентов, в настоящий момент, продолжается интервенционное лечение. После установки ЧЧХС в 2 случаях (8,8%) было выявлено 2 постпункционные гематомы печени (Clavien-Dindo II), но летальных исходов, связанных с вмешательством, зарегистрировано не было. Заключение. Использование ЧЧХС со стратегией эскалации для лечения послеоперационной фистулы желчных протоков или недостаточности билиодигестивного анастомоза, в большинстве случаев, приводит к заживлению вышеуказанных осложнений без повторного, технически сложного оперативного вмешательства.

8. Что кроется за диагнозом острый панкреатит?

Баулин А.А., Аверьянова Л.А., Баулин В.А., Кудрявцев А.С., Баулина О.А.

Пенза

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, МБУЗ ГКБ им. Г.А.Захарьина

Актуальность. Заболевание острый панкреатит входит в тройку самых частых хирургических патологий органов брюшной полости. По обширной, но очень запутанной статистике заболеваемость острым панкреатитом в России составляет 36-220 случаев на 100000 населения. У 15-25% заболевших патология носит тяжелый деструктивный характер и сопровождается осложнениями. Летальность при панкреонекрозе остается высокой и по данным различных авторов составляет от 15 до 90%. При этом не отработана чёткая дифференцировка острого панкреатита на этапе поступления больных в приёмное отделение, так как заболевание может протекать под маской болезни желудка и ДПК, острого холецистита, расслаивающей аневризмы

аорты, мезентериального тромбоза сосудов кишечника и др. Цель работы. Усовершенствование диагностического алгоритма у пациентов с острым панкреатитом. Материалы работы. В клинике проведён анализ статистических данных на этапе диагностики пациентов с диагнозом острый панкреатит, определен процент этой патологии среди других заболеваний в Пензенской области, на примере ГБУЗ КБ №6 имени Г.А. Захарьина определена летальность и оперативная активность на уровне лечения в стационаре. По результатам суммарного отчёта по Пензенской области среди взрослого населения и детей с 1998 по 2017 гг., количество зарегистрированных больных увеличилось с 7848 до 18564. Частота острого панкреатита среди других острых хирургических заболеваний живота региона с 1998 года не имеет тенденции к снижению и возросла с 14.3% до 20.8%. За последние двадцать лет процент заболеваемости увеличился к 2008 году с 12 до 34%, а затем снизился до 16%. В связи с всплеском заболеваемости этой патологии прослежен путь пациентов от приёмного отделения до выписки, критически рассмотрен диагностический алгоритм, проведён анализ летальности и оперативной активности, где была выявлена такая особенность: оперативная активность возросла с 7.9 до 31%, максимальные показатели приходятся на последние годы работы клиники. Летальность оперированных за последние 20 лет колеблется от 3.2% до 24.5% и в последние пять лет снизилась до 17%. На этапе оказания помощи в приёмном отделении при поступлении пациентов, доставленных СМП и самотёком, 30% было обследовано и отпущено на амбулаторное лечение с такими диагнозами, как кишечная колика, межрёберная невралгия, почечная колика, гастрит, мезаденит, обострения ЯБЖ, остеохондроз, ЖКБ и др. Отдельно было изучено лечение пациентов с острым панкреатитом в 2017 г., из которых 78% было выписано после консервативного и 22% после оперативного лечения. Больным, получившим оперативное лечение, выполнены не только патогенетические операции, но и по поводу другой выявленной патологии: лапароскопические операции – холецистэктомии, фенестрация кисты печени, аппендэктомии, лапароскопическое рассечение спаек. Следует указать, что РХПГ с ЭПСТ является одним из диагностических критериев и методом лечения холедохолитиаза, сопровождающего острый панкреатит. За 2017 г. при поступлении пациентов с диагнозом панкреатит было проведено 48 операций РХПГ с ЭПСТ, необходимостью в которых явились холедохолитиаз и холецистит. Панкреатит при данных патологиях проявил себя как вторичное

заболевание. Заключение. Подводя итог работы, мы пришли к выводу, что при выписке пациентов диагноз острый панкреатит уже на этапе диагностических мероприятий в условиях приёмного отделения в 20% случаев отвергается, после госпитализации более чем у 13% пациентов изменяется. При этом врачи стационара использовали дополнительные методы исследования и оперативное лечение для верификации других патологий. Диагностический алгоритм у пациентов, поступающих в стационары клиник, несовершенен. Требуется дальнейшее изучение судеб больных, выписанных с диагнозами острый панкреатит или обострение хронического панкреатита.

9. Консервативное и малоинвазивное органосохраняющее лечение закрытых повреждений селезенки у взрослых

*Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Демко А.Е.,
Гаврищук Я.В., Савелло В.Е.*

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

В настоящее время в России концепция органосохраняющего лечения повреждений селезенки у взрослых не нашла широкого применения, хотя она широко используется у детей. Целью работы стало улучшение результатов лечения пострадавших с повреждением селезенки при закрытой травме живота путем применения высокотехнологичных малоинвазивных методов диагностики и лечения. Проведен анализ результатов лечения 138 пациентов с сочетанными и изолированными закрытыми повреждениями селезенки. Ретроспективную группу составили 86 пострадавших, пролеченных в период с 2014 по 2017 гг. и получавших традиционное лечение, проспективную - 52 (2018-2020 гг.), которым лечение проводили в соответствии с разработанным нами новым алгоритмом. В ретроспективной группе пострадавшим при поступлении выполняли УЗИ живота по протоколу FAST и/или лапароцентез вне зависимости от показателей гемодинамики. В проспективной

группе лапароцентез осуществляли только при неинформативности УЗИ органов брюшной полости из-за плохой визуализации вследствие обширной подкожной эмфиземы или других причин, а также при сомнительных признаках наличия свободной жидкости в брюшной полости при нестабильной гемодинамике. При выявлении свободной жидкости в брюшной полости и/или УЗИ-признаков повреждения селезенки при стабильной гемодинамике выполняли на аппарате «Toshiba» МСКТ с внутривенным контрастированием с целью уточнения характера повреждения органов брюшной полости и определения объема гемоперитонеума. При отсутствии прямых и косвенных признаков продолжающегося внутрибрюшного и внебрюшинного кровотечения (выход контрастного вещества, или экстравазация, обрыв контрастирования, или «стоп-контраст», формирование ложной аневризмы) применялась тактика неоперативного лечения. При признаках кровотечения на сериографе «Siemens» производили ангиографию для верификации источника кровотечения с последующим эндоваскулярным гемостазом. У 52 пациентов ретроспективной группы гемодинамика была стабильной. Им выполнены 27 лапароцентезов, 24 лечебно-диагностических видеолапароскопии и 45 лапаротомий. Во время этих 45 лапаротомий сделано 43 спленэктомии (из них по поводу разрывов селезенки I степени по AAST – 11 пострадавшим, II степени – 19, III степени – 15), у одного пациента удалось ушить разрыв капсулы селезенки, у другого – ушить рану толстой кишки без удаления селезенки при разрыве I степени. 20 из 34 пациентов ретроспективной группы с нестабильной гемодинамикой производилась лапаротомия в сочетании с лапароцентезом, 4 другим – лапаротомия в сочетании с предшествующей диагностической видеолапароскопией. Тактика неоперативного и малоинвазивного лечения применена у 31 пострадавшего проспективной группы со стабильной гемодинамикой. Более половины из них (16 человек) пролечены консервативно; лечебно-диагностическая видеолапароскопия сделана в 8 случаях, из них произведена: 1 пострадавшему выполнено лапароскопическое ушивание внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря, 1 – лапароскопическая спленэктомия, 2 – диагностические лапароскопии, 4 – конверсия доступа, 2 – ушивание разрыва тонкой кишки, 2 – спленэктомии. Традиционная лапаротомия со спленэктомией произведена 4 пострадавшим по поводу увеличения объема гемоперитонеума (более 1000 мл) при динамическом наблюдении. Консервативное

лечение проведено 16 пострадавшим проспективной группы с I-III степенями повреждения селезенки по шкале AAST. У 4 пациентов этой группы диагностированы повреждения селезенки с признаками продолжающегося кровотечения. Им произведены ангиография и селективная эмболизация ветвей селезеночной артерии. Применение такого подхода позволило сохранить орган у 50% пострадавших, а также по сравнению с использованием традиционной хирургической тактики уменьшить количество лапароцентезов на 50,6%, видеолапароскопий – на 16,5%, лапаротомий – на 60,7%, продолжительность стационарного лечения выживших пациентов – более чем на 7 суток, летальность – на 5,2%.

10. Возможности хирургического лечения тромбоза легочной артерии после перенесенной сердечно-легочной реанимации

Федоров С. А.(1,2,3), Журко С. А.(1), Чигинев В. А. (1,2), Пичугин В. В. (1,2), Мухин А.С.(2), Целоусова Л. М.(4)

Нижний Новгород

- 1) ГБУЗ НО «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница имени академика Б.А. Королева»,
- 2) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет

Актуальность. В настоящее время летальность после открытых эмболэктомий из легочной артерии не превышает 15%, и в большинстве процентов случаев является не результатом хирургической агрессии, а зависит от ряда предоперационных обстоятельств. Среди последних видную позицию занимает длительность от эпизода ТЭЛА, преморбидный профиль больных, а также предоперационная остановка сердечной деятельности. В исследовании SPEAR было выявлено, что летальность среди пациентов с ТЭЛА без сердечно – легочной реанимации (СЛР) составила 8,6% против 32,1% в группе больных с СЛР. Takahashi et all сообщили, что летальность в группе пациентов с предоперационной СЛР более 30 минут составляет 100%. Цель исследования: комплексный анализ

результатов хирургического лечения ТЭЛА высокого риска в группе больных, оперированных на фоне перенесенной сердечно-легочной реанимации. Материалы и методы: в проводимое нами исследование было включено 8 пациентов, оперированных по поводу массивной ТЭЛА на фоне сердечно-легочной реанимации. В общей группе пациентов преобладали женщины – 6. Средний возраст рассматриваемых больных составил $54 \pm 4,1$ лет. Все пациенты имели высокую вероятность ТЭЛА по шкалам Geneva и Wells и относились к группе высокого риска ранней сердечной смерти по классификации Европейского общества кардиологов. Уровень D-димера составил $2,18 \pm 1,01$, тропонина I - $2,02 \pm 1,3$ нг/мл. Тяжесть ТЭЛА рассчитывали по шкале PESI, которая во всех случаях относилась к IV и V классам риска летальности и в среднем составила $112 \pm 18,1$ баллов. Систолическое давление в легочной артерии составило $65,12 \pm 12,1$ мм рт.ст. Оперативное вмешательство выполнено через $12,1 \pm 9,7$ часов от эпизода ТЭЛА. Во всех случаях остановка сердечной деятельности развивалась на этапе предоперационной подготовки и транспортировки пациентов в операционную. Всем рассматриваемым пациентам выполнено открытое оперативное вмешательство. Результаты: в плане купирования остаточных явлений острой правожелудочковой недостаточности пациентам проводилась инфузионная двух компонентная схема инотропной стимуляции миокарда (норадреналин $0,11 \pm 0,04$ мкг/кг/мин, длительностью до $47,1 \pm 19,5$ часов; адреналин $0,09 \pm 0,04$ мкг/кг/мин, длительностью до $34,1 \pm 22,1$ часов). Среднее время ИВЛ составило $21,7 \pm 15,6$ часов. Один пациент был реинтубирован через 18 часов после окончания ИВЛ в связи с прогрессирующей дыхательной недостаточностью. Длительность повторной ИВЛ составила 72 ч., после чего больной был переведен на самостоятельное спонтанное дыхание. Показатель госпитальной выживаемости составил 100 %. На момент выписки среднее давление в легочной артерии составило $25 \pm 2,02$ мм рт.ст., пиковое - $34 \pm 2,23$ мм рт.ст. Обсуждение: вопросы, касающиеся активной хирургической тактики в отношении пациентов с острой ТЭЛА, особенно протекающей на фоне СЛР являются крайне неоднозначными и дискуссионными. Острая окклюзия более 50% объема легочного артериального русла определяет развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности, которая в большинстве процентов случаев приводит к фатальному исходу. Данное обстоятельство определяется как фульминантно протекающей правожелудочковой недостаточностью, так и рядом манифестирующих

ургентных нарушений ритма (фибрилляция желудочков, электромеханическая диссоциация), как правило рефрактерных к проведению электроимпульсной терапии, в отсутствии дополнительных инвазивных девайсов. Именно данное обстоятельство определяет катастрофические показатели летальности в рассматриваемой группе больных. Выводы: 1. Наличие остановки сердечной деятельности определенная рефрактерным кардиогенным шоком является прямым показанием к экстренному хирургическому вмешательству, направленному на максимально раннюю декомпрессию правых отделов сердца. 2. Залогом успешного клинического исхода в рассматриваемой группе пациентов является налаженная система маршрутизации, оптимизация методов скрининговой диагностики, а также комплексный лечебный подход в рамках «Cardio Team».

11. Анализ использования нового способа закрытия обширных раневых дефектов мягких тканей. Опыт районной ЦРБ

*Федюшкин В.В. (2,3), Барышев А.Г. (1,2),
Голиков И. В. (1), Триандафилов К.В. (1)*

Краснодар

- 1) ГБУЗ Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени С.В. Очаповского,
- 2) ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет,
- 3) ГБУЗ Динская ЦРБ

Актуальность. В настоящее время наблюдается неуклонный рост автокатастроф, чрезвычайных ситуаций в большинстве случаев приводящих к возникновению обширных раневых дефектов. Также отмечается тяжесть течения гнойно-некротических заболеваний из-за резистентности флоры и обширности поражения. После хирургических обработок обширных флегмон также образуются раневые дефекты, требующие закрытия. Несвоевременное либо неадекватное лечение раневых дефектов в 50,0–70,0% случаев сопровождается развитием тяжелых осложнений. Материалы и методы. Предлагается новый способ

хирургического лечения обширных раневых дефектов мягких тканей (RU2751813C1). После радикальной хирургической обработки гнойно-септического очага или посттравматического дефекта первым этапом осуществляют наложение вакуумной повязки по общепринятой методике. Между краями раны накладывают наводящие швы со значительным натяжением. Поверх швов и кожных краев, с захватом последних не менее чем на 3–4 см, накладывают второй, накожный слой поролон толщиной 1–2 см. Тем самым происходит стабилизация и распределение процесса тканевой дистракции равномерно на каждый участок краев раны. Смену вакуумной повязки проводят 1 раз в 2–3 суток, пока края раны не будут сопоставлены, после чего рана ушивается окончательно. После ушивания возможно использование только на кожного компонента предлагаемой вакуумной повязки с целью профилактики расхождения краев раны в раннем послеоперационном периоде. Результаты. Способ лечения обширных раневых дефектов мягких тканей использован на 13 пациентах, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «Динская ЦРБ», из которых 2 пациента с обширными флегмонами бедра и ягодичной области, 1 больной с посттравматическим дефектом голени, 5 пациентов с обширными ранами передней брюшной стенки, после хирургических обработок флегмон 2 пациента с ранами после хирургических обработок пролежней крестцово-копчиковой области, 3 пациента с ранами после хирургических обработок карбункулов и флегмон спины. Метод показал довольно хорошие результаты. Во всех случаях заживление ран произошло по типу первичного натяжения. Все пациенты, которым был применен данный способ в лечении раневых дефектов были выписаны с ушитыми ранами. Обсуждение. При использовании предлагаемого способа для закрытия обширных раневых дефектов мягких тканей результат достигается за счет одновременного использования вакуумной и нитчатой дермотензии. Второй накожный слой медицинского поролон стабилизирует и распределяет процесс тканевой дистракции равномерно на каждый участок краев раны. Также отмечается благоприятное влияние отрицательного давления на рану за счёт отведения экссудата и отсутствия необходимости выполнения ежедневных перевязок. При владении методикой процедура по замене повязки не занимает более 20–30 мин. Во многих случаях смена повязки может быть выполнена и в перевязочной. Выводы и рекомендации. Разработанный и предлагаемый нами способ лечения раневых дефектов мягких

тканей прост в использовании и может быть применен при различных локализациях патологического процесса как у пациентов отделения гнойной хирургии, так и пациентов травматологического профиля. Данный способ может быть использован практически во всех анатомических областях, где возможна установка вакуумной повязки. При наличии и использовании портативных аппаратов для вакуумной терапии возможно сохранять пациентам с раневыми дефектами активность, возможность выполнения ранних реабилитационных мероприятий параллельно с лечением раны. Кроме того, при использовании данного способа минимизируется риск развития ишемии и некроза тканей. Широкое применению в рутинной практике данного способа в стационарах всех уровней позволило бы улучшить результаты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов с обширными раневыми дефектами как посттравматической, так и гнойно-септической этиологии.

12. Обзор хирургических техник и их комбинаций в лечении хронического геморроя

*Давлетшина В.В., Погосян Г.Н.,
Непомнящая С.Л.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Клиника высоких медицинских технологий им.Н.И.Пирогова

Актуальность. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Распространённость заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41 %. Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Многообразие различных методик хирургического лечения хронического геморроя свидетельствует о неудовлетворенности результатами при выполнении одной изолированной методики. Цель. Провести обзор хирургического лечения хронического геморроя различными способами геморроидэктомии с

применением современных лигирующих инструментов, а также методом дезартеризации под доплерографическим контролем с лифтингом и мукопексией, выбор оптимальной тактики лечения. Материалы и методы. В период с января 2015 года по январь 2021 года в Клинике высоких медицинских технологий им.Н.И.Пирогова СПбГУ 446 пациентов получили хирургическое лечение по поводу хронического геморроя. Всего было 233 мужчин (52,2%) и 213 женщин (47,8%) в возрасте от 19 до 82 лет. Средний возраст - 45 лет, основную массу составили пациенты в возрасте 41-50 лет (119 пациентов, что соответствует 26,7%), далее с одинаковым количеством распределились пациенты в возрасте 51-60 лет (110 пациентов, что соответствует 24,7%) и в возрасте 31-40 лет (108 пациентов, что соответствует 24,3%). По полу с незначительным преобладанием болели мужчины (52,2%). Однако в возрастной группе от 31 до 40 лет незначительно преобладали женщины (51,5%). Среди пациентов более молодого и старшего возраста преобладали мужчины. Чаще хирургическое лечение выполняли при III (288 пациентов, что соответствует 64,7%) и IV стадиях (94 пациента, что соответствует 21,1%) хронического геморроя. Осложнённое течение геморроидальной болезни было в 30% случаях. Среди осложнений преобладали тромбозы и кровотечения геморроидальных узлов. Результаты. Были использованы как отдельно хирургические техники лечения хронического геморроя, так и их комбинации. Большинству пациентов была выполнена изолированная методика дезартеризации геморроидальных узлов с лифтингом и мукопексией слизистой (319 пациентов, что соответствует 71,5%). Традиционная открытая и закрытая геморроидэктомия у 92 пациентов (20,6%). В комбинации дезартеризации геморроидальных узлов с лифтингом и мукопексией слизистой с использованием электрохирургического скальпеля или аппарата LigaSure (56 пациентов, что соответствует 12,6%). Анестезиологическое обеспечение достигалось эндотрахеальным наркозом и спинальной анестезией. По времени оперативные вмешательства длились в среднем около 30 минут (от 17 до 80 минут): с большей частотой в интервалах 31-40 минут (145 пациентов, что соответствует 32,6%) и 41-50 минут (116 пациентов, что соответствует 26,1%). В послеоперационном периоде введение наркотических анальгетиков не требовалось. В 1,1% (5) случаях на 1-е сутки после операции отмечалась рефлекторная задержка мочи, потребовавшая приема спазмолитических препаратов. Средний койко-день составил 2,2 дня.

После выписки большая часть пациентов продолжала наблюдение амбулаторно при стационаре. Среди отдалённых негоспитальных осложнений были кровотечения (4 пациента, что соответствует 0,9%) и тромбозы наружного геморроидального узла (2 пациента, что соответствует 0,4%). Амбулаторное лечение продолжалось до 4-х недель до полного восстановления трудоспособности. При выполнении изолированной методики дезартеризации узлов с лифтингом и мукопексией слизистой (HAL-RAR) в отдалённом послеоперационном периоде отмечался тромбоз наружных геморроидальных узлов. Заключение. Лечение в многопрофильных стационарах с большим спектром методов хирургического лечения позволяет обеспечить индивидуальный подход к каждому пациенту, что улучшает результаты лечения.

13.Способ хирургического лечения карбункула мягких тканей, осложненного флегмоной

Федюшкин В. В. (2,3), Барышев А.Г. (1,2), Голиков И.В. (1), Триандафилов К.В. (1), Шубров Э.Н. (1), Щерба С.Н. (1,2)

Краснодар

- 1) ГБУЗ Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени С.В. Очаповского,
- 2) ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет,
- 3) ГБУЗ Динская ЦРБ

Актуальность проблемы. В современных условиях роста агрессивности нозокомиальной флоры в стационарах хирургическая инфекция характеризуется тяжелым течением и, зачастую, не поддается стандартным методам лечения, что часто приводит к различного рода осложнениям. Помимо основного заболевания и тяжелого течения инфекции зачастую у таких пациентов отмечается изменение иммунологической резистентности, развитие не чувствительной к антибиотикам микрофлоры. Это приводит к снижению репаративных процессов, увеличивает сроки эпителизации, что приводит к повторному

инфицированию раны и негативным исходам лечения пациентов. **Материал и методы.** Предлагается способ хирургического лечения карбункула кожи, осложненного флегмоной при котором используют Y-образный разрез с формированием 3-х кожно-подкожных лоскутов. Каждый из лучей Y-образного разреза производят из центра карбункула и затем продолжают на расстояние распространенности флегмоны. Разрез начинают с нижнего луча, который направляется в сторону наибольшего поражения мягких тканей. Это способствует формированию 3-х кожно-подкожных лоскутов, причем на стороне большего поражения образуются лоскуты с большим основанием, что минимизирует риски ишемии и некроза лоскутов. Из данного доступа производят радикальную некрэктомию. В дальнейшем рану ведут полузакрытым способом, путем наложения вакуумной повязки (RU2754193 C1). **Результаты.** Способ апробирован на 8-ми пациентах хирургического отделения Динской ЦРБ. У 3-х пациентах карбункулы локализовались в разных областях спины, у 4-х поражалась затылочная область волосистой части головы, 1 пациент с карбункулом передней брюшной стенки. У всех больных удалось быстро купировать гнойное воспаление и полностью закрыть раны без осложнений. Во всех случаях заживление по типу первичного натяжения. У 3-х пациентов использовали вакуумную дермотензию по авторской методике (RU2751813C1). **Обсуждение.** Применение Y-образного разреза способствует формированию 3-х лоскутов, причем на стороне большего поражения лоскуты больше, что минимизирует опасность ишемии и некроза кожных краев раны и дает возможность применение дермотензии при необходимости. Также на рану оказываются все благоприятные действия вакуумной терапии, нет необходимости в ежедневных болезненных перевязках. **Выводы.** Представленный способ хирургического лечения карбункула кожи, осложненного флегмоной, прост в использовании и может быть применен в стационарах всех уровней, обеспечивает адекватную санацию и дренирование всех гнойных затеков, а также дает возможность применения тканевой дистракции, в случае необходимости, после купирования гнойного процесса.

14. Клинический опыт хирургического лечения ущемленных вентральных грыж

Мельник И.В., Митрюшкина В.П.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Грыжи остаются одной из наиболее частых хирургических патологий. Ущемление грыжи возникает у 10-17% грыженосителей. Сохраняется высокий уровень послеоперационных осложнений, который достигает 50%. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 2,6-11,0%. **Материал и методы.** Изучены результаты лечения 116 больных с ущемленными вентральными грыжами. Из них: женщин - 42, мужчин - 74. Возраст пациентов от 23 до 79 лет. В соответствие с классификаций К.Д. Тоскина и В.В. Жебровского (1990): малые грыжи имелись у 10(8,6%), средние - у 26 (22,4%), обширные- у 48(41,4%), гигантские- у 32(27,6%) больных. **Результаты и обсуждение.** Интраоперационно установлено, что ущемленным органом были: большой сальник (22); тонкая кишка (49), толстая кишка (14), наличие в грыжевом мешке нескольких ущемленных органов (31). Резекция нежизнеспособной части большого сальника выполнена у 18, резекция тонкой кишки - у 16, резекция толстой кишки - у 4 пациентов. В остальных случаях (78) ущемленные органы были признаны жизнеспособными. В 7 случаях имелась флегмона грыжевого мешка. При выборе пластики передней брюшной стенки, преимущественно при грыжах малого и среднего размера, предпочтение отдавалось наиболее простым вариантам - пластика по Сапежко (31); по Шампионеру (5). Аллопластика полипропиленовой сеткой (34) применялась у больных с множественными рецидивными многокамерными грыжами, невозможностью ушивания дефекта передней брюшной стенки местными тканями, высокой вероятностью развития «компаратмент-синдрома», при отсутствии инфекции в брюшной полости и в зоне выполнения операции. Сшивание апоневроза передней брюшной стенки «край в край» (38) выполнено больным, при невозможности применения аллопластики. В случае наличия дефекта передней брюшной стенки больших размеров, при невозможности закрытия дефекта апоневроза «край в край», ушивался грыжевой мешок, подкожная клетчатка и кожа без ушивания апоневроза (8). Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 24(21%) больных:

осложнения со стороны операционной раны (инфильтрат, серома, гематома, нагноение) - у 15 (62,5%), несостоятельность анастомоза - у 2 (8,3%), пневмония - у 7 (29,2%) больных. В 5 (4,3%) случаях выполнена релапаротомия: в 2 - причиной релапаротомии был перитонит, возникший на фоне несостоятельности анастомоза, в 1 случае - перитонит, на фоне несостоятельности ушитого десерозированного участка тонкой кишки, в 1 случае - спаечная непроходимость и в 1 случае - эвентрация на фоне нагноившейся послеоперационной раны. Послеоперационная летальность составила 9,5% (11). Причинами смерти были: тяжелый абдоминальный сепсис из за перитонита, вызванного внутрибрюшными осложнениями в 4 (36,3%), тяжелая пневмония-в 3 (27,3%); легочная эмболия – в 2 (18,2%); инфаркт миокарда -в 1 (9,1%); инсульт - в 1 (9,1%) случае. Выводы. Таким образом, лечение больных с ущемленными вентральными грыжами является одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Наличие спаек в брюшной полости, кишечной непроходимости или перитонита, с одной стороны, и необходимость пластического закрытия дефекта передней брюшной полости с максимальным принятием мер по профилактике внутрибрюшной гипертензии является сложной задачей. Высокие показатели летальности (9,5%), послеоперационных осложнений (21%) на протяжении ряда лет не имеют существенной тенденции к снижению, что требует дальнейшей глубокой работы по улучшению результатов лечения этих больных.

15. Непосредственные результаты лечения больных с острым калькулезным холециститом в многопрофильном госпитале

Мельник И.В., Митрюшкина В.П.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Желчнокаменная болезнь - одно из широко распространенных заболеваний человека. Она диагностируется почти у 10% населения земли. Послеоперационная летальность при острым

калькулезном холецистите колеблется от 1,9 до 8%, достигая 46% у больных острым деструктивным калькулезным холециститом, осложненным перфорацией и перитонитом у пожилых пациентов. В связи с этим, своевременная диагностика и лечение данной патологии имеют не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение. Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения 1231 больного с острым калькулезным холециститом. Из них 382 - мужчины, 849 - женщины. Возраст пациентов от 18 до 75 лет. Результаты и обсуждение. В лечении пациентов с острым калькулезным холециститом используем активную хирургическую тактику. Всего операции выполнены 912 (74,1%) пациентам. Экстренно прооперированы 72 (7,9%) , срочно - 647(70,9%); отсроченно - 193 (21,2%) пациента. Интраоперационно: катаральная форма холецистита выявлена у 131 (14,4%), флегмонозная- у 657 (72%), гангренозная- у 121 (13,3%), хроническая - у 3 (0,3%) больных. Холецистэктомия традиционным лапаротомным способом произведена у 408 (44,7%) больных, лапароскопическая холецистэктомия - у 504 (55,3%). В 43 случаях выявлен местный, в 17 - диффузный, в 3 - разлитой перитонит. У 18 (3,6%) пациентов при выполнении лапароскопической холецистэктомии по причине возникших технических трудностей была произведена конверсия. Причинами конверсии явились: плотный перипузырный инфильтрат в 6 случаях, невозможность идентификации общего желчного протока в 4, перипузырный абсцесс в 3, кровотечение из пузырной артерии в 2, диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удавалось остановить диатермокоагуляцией в 2, признаки аномалии желчевыводящих путей в 1 случае. Послеоперационные осложнения после традиционной холецистэктомии имели место у 41 (10,5%) больного: нагноение раны - в 16 случаях, кишечная непроходимость - в 8, бронхолегочные осложнения - в 8, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы - в 5, подкожная эвентрация. в 3, желчеистечение в 1 случае. У больных, оперированных лапароскопическим путем, осложнения развились в 18 (3,6%) случаях: нагноение раны - в 2, бронхолегочные осложнения - в 3, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы - в 3, внутрибрюшное кровотечение - в 3, желчеистечение в 7 случаях. У 13 (3,2%) больных, которым выполнялась традиционная лапаротомная холецистэктомия констатирован летальный исход, причинами смерти явились: тромбоз эмболия легочной артерии в 4 случаях, инфаркт миокарда в 3, послеоперационная пневмония в 2, сепсис в 2,

полиорганная недостаточность в 2 случаях. После лапароскопической операции летальный исход наступил у 5 (1%) пациентов: тромбоэмболия легочная эмболия - 2, инфаркт миокарда - 1, пневмония - 1, полиорганная недостаточность - 1. Выводы. Таким образом, лечение больных с острым калькулезным холециститом является одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Вид операции и сроки ее выполнения определяются индивидуально, в зависимости от местной картины и общего соматического состояния больного. Однако, целесообразно, стремиться к выполнению малоинвазивных лапароскопических операций в дневное время, бригадой опытных хирургов, владеющих техникой эндовидеохирургических вмешательств, что сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений и меньшей летальностью. В случае возникновения интраоперационных технических проблем необходимо своевременно прибегать к конверсии, чтобы вовремя предотвратить развитие осложнений.

16. Диагностика и лечение дуоденальных язвенных кровотечений

Мельник И.В., Митрюшкина В.П

Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта. Несмотря на успехи современной гастроэнтерологии, показатели общей летальности при язвенных кровотечениях в настоящее время составляют 13-15%, а уровень послеоперационной летальности находится в пределах 12-21%, без существенной тенденции к снижению. Материалы и методы: обобщен опыт лечения 404 больных с кровоточащими хроническими язвами двенадцатиперстной кишки. Из них: мужчин - 322, женщин - 82. Возраст больных от 22 до 84 лет. Результаты и обсуждение. Эндоскопию выполняем всем больным в момент поступления.

Остановившееся кровотечение диагностировано у 387 пациентов: F-IIA (73), F-IIB (186), F-IIC (102), F-III (26). Активное кровотечение имело место у 17 больных: F-IA (6), F-IB (11). Причиной кровотечения были язвы диаметром: до 1 см - 208 (51,5%), до 0,5 см. - 152 (37,6%), до 2 см - 36 (8,9%); более 2 см у 8 (2%) больных. С легкой кровопотерей поступили 215 (53,2%) больных, средней - 157 (38,9%), тяжелой - 23 (5,7%), крайне тяжелой - 9 (2,2%) пациентов. Геморрагический шок 1-й степени при поступлении имел место у 86 (21,3%), 2-й степени - у 32 (7,9%), 3-й степени - у 11 (2,7%) больных. Остальные 275 (68,1%) больных поступили в стационар без признаков геморрагического шока. При лечении кровотечений из язв хронических язв двенадцатиперстной кишки применяем активно-индивидуализированную тактику лечения, включающую эндоскопический гемостаз, динамическую эндоскопию, прогнозирование вероятности рецидива кровотечения, индивидуальный подход к выбору сроков и объема операции. Наибольший риск рецидивирующего кровотечения имеют хронические язвы, локализующиеся: в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки, на задней и задне-верхней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Рецидив кровотечения в стационаре после первичной консервативной или эндоскопической остановки возник в 28 (6,9%) случаях, из них более 70% язв имели указанные выше локализации. Оперирован 121 (29,9%) пациент. Из них: экстренно - 37 (30,6%), срочно - 45 (37,2%), отсроченно - 39 (32,2%). Резекция желудка произведена в 91 (75,2%), иссечение язвы - в 23 (19%), прошивание язвы - в 7 (5,8%) случае. Послеоперационные осложнения возникли у 19 (15,7%) больных: недостаточность культи двенадцатиперстной кишки - у 7 (5,8%), пневмония - у 4 (3,3%), инфаркт миокарда - у 3 (2,5%), инсульт - у 2 (1,7%), ТЭЛА - у 2 (1,7%), гастростаз у 1 (0,8%) пациента. Послеоперационная летальность составила 14% (17). Причиной летальных исходов явились: послеоперационный перитонит - в 7 случаях, декомпенсированный геморрагический шок - в 5; инфаркт миокарда - в 2, тромбоэмболия легочно артерии - в 2 случаях, геморрагический инсульт - в 1 случае. Выводы: таким образом, в настоящее время при лечении больных с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки целесообразно использовать строго стандартизированный подход, основанный на принципах активно-индивидуализированной тактики, с широким использованием диагностической и лечебной эндоскопии, прогнозированием рецидива кровотечения,

индивидуально подходить к вопросу определения сроков проведения оперативных вмешательств и их объемов. Частота рецидивирующих кровотечений - 6,9%. Эффективность эндоскопического гемостаза при кровотечении F-IA составила 16,6%, при кровотечении F-IB - 63,6%. Операционная активность - 29,9%, частота послеоперационных осложнений - 15,7%, послеоперационная летальность - 14%, а общая - 4,7%.

17.3-летний опыт хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в условиях дневного стационара поликлиники

Буриков М.А., Куликов А.Г., Кабанов А.В.

Ростов-на-Дону

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Актуальность. Хирургия одного дня — направление в медицине, которое расширяет возможности использования медицинских технологий в амбулаторной хирургии и сокращает нахождение пациента в медицинском учреждении после операции всего до нескольких часов. Еще в 1987 году в СССР было принято решение об организации стационаров дневного пребывания в больницах, дневных стационаров в поликлиниках и стационара на дому (приказ № 1278 МЗ СССР от 16.12.87 г.). Рекомендуемый перечень хирургических вмешательств в дневном стационаре хирургического профиля был закреплен в приложении № 2 к решению коллегии Минздрава СССР от 13 февраля 1991 года «О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях»: общая хирургия: в том числе: грыжесечение по поводу наружных неущемленных грыж различной локализации; анестезиологическое обеспечение: в том числе внутривенный и эндотрахеальный наркоз. Но до сих пор возможности амбулаторной хирургии в лечении абдоминальных грыж практически не используются. Материал и методы. В поисках решения проблемы снижения количества послеоперационных осложнений и ускорения реабилитации больных в послеоперационном периоде в конце 90-х годов XX века датским хирургом профессором Н. Kehlet была

предложена мультимодальная программа, основной целью которой было снижение стрессовой реакции организма на оперативное вмешательство у больных после плановых оперативных вмешательств. Использование мультимодальной методики «Fast Track Surgery» для всех периодов периоперационной терапии значительно облегчает лечение пациентов по программе «Хирургии одного дня». Механическая подготовка кишечника перед операцией (клизма) нами не применяется. За 2 часа до операции рекомендуем выпить стакан сладкого чая, что способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений применяем эластическую компрессию нижних конечностей во время операции. Антибиотикопрофилактика - выполняем внутримышечное введение Цефтриаксона 1,0 за 30 минут до операции. В послеоперационном периоде антибиотики не назначаем. Основные принципы отбора пациентов для лечения: готовность пациента к лечению по программе «Хирургия одного дня»; проживание пациента в пределах города (социальная адаптация пациента); отсутствие необходимости длительного послеоперационного наблюдения (более 6 часов); отсутствие сопутствующей патологии, требующей дополнительного лечения; пациенты I и II степени операционно-анестезиологического риска (ASA). Все пациенты, нуждающиеся в хирургическом лечении, госпитализируются в дневной стационар поликлиники на 10 коек. Лечение проводится в рамках ОМС, ДМС и платное. Операции выполняются в полностью оборудованной операционной под общей и проводниковой анестезией. Хирургическое лечение паховых грыж осуществляется ненатяжной герниопластикой по Лихтенштейну. При выполнении пупочной герниопластики сетчатым имплантом осуществляется доступ непосредственно через пупок. Это позволяет получить для пациентов отличный эстетический результат – отсутствие на коже вокруг пупка послеоперационного рубца. За 3 года в условиях дневного стационара поликлиники по программе «Хирургия одного дня» было выполнено всего 2052 операции. Герниопластика с применением сетчатого импланта — 135. (Ненатяжная герниопластика по Лихтенштейну — 52. Пупочная герниопластика — 78. Пластика послеоперационных вентральных грыж — 5). Пластика пахового канала по поводу кисты Нукка — 2. А также другие операции: иссечение новообразования молочной железы — 46; артроскопические операции на коленном суставе — 68; гинекологические операции — 985,

проктологические операции — 49, прочие — 767. Операции по поводу грыж передней брюшной стенки выполнялись под анестезией: спинномозговой — 50; внутривенной — 69; эндотрахеальной — 16. Под местной анестезией операции не выполнялись. После хирургического лечения пациенты размещались в палатах дневного стационара. Через несколько часов, после полной активизации, отпускались домой с рекомендацией приема таблетированных обезболивающих препаратов. Обязательный контрольный осмотр с перевязкой на следующий день (иногда через день) после операции и через неделю, для снятия швов. Средний срок госпитализации в дневном стационаре составил — 5,99 дней, что в календарном исчислении соответствует 7 дням. Нуждающиеся в листке нетрудоспособности продолжали лечение амбулаторно. С целью уточнения отдаленных результатов хирургического лечения грыж пациенты активно вызывались на осмотр или проводился телефонный опрос через 1, 6, 12 месяцев. Задаваемые вопросы: наличие каких-либо жалоб связанных с хирургическим лечением, наличие рецидива грыжи. С целью уточнения удовлетворенности программой «Хирургия одного дня» мы проводили анкетирование пациентов, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Сбор статистического материала выполнялся сплошным способом в день выписки из дневного стационара. Оценка удовлетворенности проводилась на основе 5 бальной шкалы. Полученные результаты. Возраст пациентов с паховыми грыжами от 24 до 81 года. Средний возраст — 52 года. Мужчины — 48. Женщины — 4. Возраст пациентов с пупочными грыжами от 20 до 72 лет. Средний возраст — 42 года. Мужчины — 44. Женщины — 34. После грыжепластики, через месяц, опрошено 115 человек. Через 6 месяцев — 82 человека. Через 12 месяцев — 55 человек. Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 1 случае: кровоизлияние (имбибиция) в подкожно-жировую клетчатку после операции ненатяжной герниопластики по Лихтенштейну на фоне приема пациентом таблетированных антикоагулянтов (скрыл прием). Исход: выздоровление пациента. Нагноения послеоперационных ран не отмечено. Отдаленных послеоперационных осложнений не отмечено. По программе «Хирургия одного дня» в ходе анализа результатов исследования установлено, что в пациенты удовлетворены самой программой — 4,88; доступность информационных материалов — 4,2; время, потраченное на обследование — 4,87; сроки ожидания госпитализации — 4,82; разъяснения врачом по поводу операции и рекомендации в

послеоперационном периоде — 4,81, забота и внимание со стороны медицинского персонала — 4,95; условия пребывания в дневном стационаре — 4,62; достижение ожидаемого результата от лечения — 4,97. Оценок ниже 3 баллов не было вообще. Общий уровень удовлетворенности программой «Хирургия одного дня» находится на очень высоком уровне — 4,76, что и подтверждает эффективность этого направления медицины. Все пациенты, прооперированные в поликлинике, соответственно, в стационар не направлялись, что способствовало снижению нагрузки на персонал хирургического отделения больницы. Выводы. Программа «Хирургия одного дня» в сочетании с «Fast Track Surgery» в поликлинике позволяет: - широко использовать дневной стационар поликлиники для хирургического лечения грыж передней брюшной стенки, который ничем не уступает традиционному лечению в стационаре; - снизить нагрузку на хирургическое отделение стационара за счет уменьшения количества менее сложных операций; - повысить уровень удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью, в том числе и за счет экономии потраченного времени на обследование и лечение; - исключить риск инфицирования пациентов внутрибольничной инфекцией в послеоперационном периоде; - получить экономический эффект за счет снижения затрат на каждого пациента. Рекомендации. Необходимо активно продолжать развитие программы «Хирургия одного дня» в условиях поликлиник для лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки с дальнейшим расширением объема хирургического лечения.

18.О сложностях трактовки нормативных документов, регламентирующих деятельность хирурга при оказании помощи больным с острой абдоминальной патологией

Дарвин В.В.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сур ГУ, БУ Сургутская ОКБ

Введение. В основе контроля и оценки деятельности хирурга при оказании помощи

больным с острой абдоминальной патологией лежат правовые нормы и законодательные принципы, изложенные в нормативно-правовых актах. Актуальное в настоящее время усиление акцентов на контроль качества и безопасности медицинской деятельности требует от врача, с одной стороны глубокого знания и ясной трактовки правовых актов, а с другой – активного участия в формировании и корректировке нормативно-правовых документов в соответствии с реальной клинической практикой. Цель. Проанализировать основные нормативно-правовые документы, регламентирующие организацию хирургической помощи больным с острой абдоминальной патологией на предмет эффективности их использования в реальной клинической практике. Материал. В основе настоящего исследования лежит анализ базовых нормативно-правовых документов: Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323 – ФЗ, приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», приказ МЗ РФ от 10.05.2017 №203 н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Стандарты по профилю экстренная абдоминальная хирургическая патология, клинические рекомендации «Ургентная абдоминальная хирургия». Результаты и обсуждение. Анализ вышеперечисленных нормативных документов позволил выделить ряд спорных вопросов и коллизий: - неконкретна и нерациональна регламентированная маршрутизация; - несоответствия между документами, определяющими силы, средства и условия реализации хирургической помощи, практическое ее исполнение и итоговую оценку качества результатов; - нет логической взаимосвязи между правовыми документами, определяющими этапы, правила организации хирургической деятельности, стандарты технического оснащения, штатные нормативы, и правовыми актами, регулирующими доступность и качество медицинской помощи; - отсутствие единых подходов к использованию возможной для клинического применения лекарственной терапии; - отсутствие объективных критериев для определения формы медицинской помощи (экстренная, неотложная); - отсутствие обоснованной взаимосвязи между системой оценки условий и возможностей для клинической практики и системой контроля качества и безопасности медицинской деятельности - не регламентированы условия и возможности для разработки территориальных стандартов и рекомендаций, на

которые должны ориентироваться хирурги, реализующие свою деятельность в конкретном регионе и ЛПУ и пр. Заключение. Основой для возникновения правовых коллизий в нормативно-правовых документах является отсутствие при разработке очередной законодательной инициативы тщательной экспертизы и анализа существующих законных и подзаконных актов, не утративших свою законную силу, а также – недостаточный учет условий и возможностей реальной клинической практики на отдельных территориях РФ. Корректировка противоречий и «белых пятен» в законных и подзаконных актах должна осуществляться законодательно только путем их полной ликвидации. Нормы права не могут регулировать отношения, не меняясь в соответствии с требованиями новых условий, то есть их необходимо совершенствовать, при этом целевая установка – полное соответствия между отдельными правовыми актами и новым состоянием общественных отношений. В будущем в гражданском праве должна быть выделена отдельная отрасль – медицинское право, что позволит предотвращать возникновение подобных коллизий.

19. Оптимизация хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом

Федюшкин В.В. (2,3), Барышев А.Г. (1,2), Голиков И.В. (1), Шубров Э.Н. (1), Пятаков С.Н. (2,4), Триандафилов К.Г. (1), Громаков А.В. (3)

Краснодар

- 1) ГБУЗ НИИ - Краевая клиническая больница 1 им. проф. С.В. Очаповского,
- 2) Кубанский государственный медицинский университет,
- 3) ГБУЗ Динская ЦРБ,
- 4) Городская больница 4 г. Сочи

Введение. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается у 4—5% взрослого населения, преимущественно в возрасте 20—40 лет. Острое нагноение ЭКХ занимает четвертое по частоте место после геморроя, острого парапроктита и анальной трещины среди острой колопроктологической

патологии и составляет 14—20%. Материалы и методы. В исследование вошли пациенты, которым выполнялось оперативное лечение эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом, с использованием вакуумной терапии в период с июля 2020 по ноябрь 2021 года из числа больных, госпитализированных в хирургическое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Динская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Они составили первую, основную группу наблюдения, в которую вошли 19 человек. В данной группе хирургическое лечение выполняли следующим образом: первым этапом производили иссечение эпителиального копчикового хода с абсцессом двумя окаймляющими разрезами на 1.5-2 см заходящими за границу хода вверх и вниз под спинальной анестезией. Закрывали операционную рану путем наложения редких узловых швов каждые 1.5-2 см. При этом иглу с нитью вкалывали в 3-4 мм от края раны с одной стороны, захватывая только кожу, далее проводят по дну раны через крестцово-копчиковую связку и выкалываются в 3-4 мм от края раны с другой стороны, так же захватывая только кожу. Формировали узел, сводя края кожи друг с другом и с дном раны. Поверх ушитой данным способом раны формировали накожную вакуумную повязку: в рану поверх сопоставленных кожных краев с захватом последних в среднем на 2 см накладывали поролон с дренажной трубкой, в толще которой фиксировали к ране оставшимися краями нити, герметизировали инцизионной пленкой и создавали отрицательное давление 115-120 мм.рт ст. Удаление вакуумной повязки производили через 3-5 суток, оставляя кожные швы, в дальнейшем лечение раны продолжали перевязками с водным раствором йодопирона 1%. Также был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, которым выполнялось хирургическое лечение эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом традиционным методом с ушиванием раны на проточном дренаже в хирургическом отделении государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Динская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края в период с февраля 2018 по июль 2020. Они были включены во вторую, контрольную группу наблюдения, в которую вошли 44 пациента. Результаты и обсуждение. При традиционном методе закрытия раневого дефекта, путем ушивания на проточном дренаже после иссечения ЭКХ гнойно-воспалительные осложнения зафиксированы у 5 (11.9%) больных. Причем в 3-х

случаях нагноение произошло в первые 10 суток (на момент нахождения пациентов в стационаре), что потребовало снятия швов и продолжения ведения раны открытым способом. Из 19 пациентов основной группы, оперированных по предложенной методике (приоритетная заявка №2021109667 от 07.04.2021) с применением вакуумной терапии, гнойно-септические осложнения не зафиксированы ни у одного пациента. Во всех случаях заживление ран по типу первичного натяжения. В основной группе также отмечалась более быстрая реабилитация пациентов, а также отсутствие длительно стоящих дренажей в послеоперационном периоде. Достоверно снизился койко-день и время полной эпителизации раны. Выводы. Применение предложенного способа хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом, с применением вакуумной терапии на всех этапах лечения, позволил добиться улучшения результатов лечения у пациентов данной группы, уменьшения времени полной эпителизации раны, отсутствия гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

20. Осложнения пероральной эндоскопической миотомии у пациентов с ахалазией пищевода

*Дробязгин Е.А. (1,2), Чикинев Ю.В. (1,2),
Митько Н.И. (1), Архипов Д.А. (2)*

Новосибирск

- 1) Новосибирский государственный медицинский университет,
- 2) ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Актуальность. Увеличение количества пациентов с ахалазией пищевода, активное внедрение в практику малоинвазивных вмешательств у пациентов с патологией пищевода. Материал и методы. За период 2017-2021 гг. пероральная эндоскопическая миотомия выполнена 75 пациентам в возрасте от 15 до 72 лет (средний возраст 49,55 лет), из них 25 мужчины и 50 женщины. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 40 лет (среднее значение 6,66 лет). Результаты и обсуждение. Интраоперационные

неблагоприятные явления возникли у 20 пациентов (26,7%): карбокситоракс у 1, карбокиперитонеум у 16, перфорация слизистой оболочки в области кардии у 3. В двух случаях имело место кровотечение в сочетании с карбоксиперитонеумом. Все осложнения были диагностированы и устранены. При карбокситораксе выполнена пункция плевральной полости с эвакуацией газа после окончания операции. При карбоксиперитонеуме в 4 случаях интраоперационно выполнен лапароцентез, в 12 – после окончания вмешательства. При перфорации слизистой оболочки образовавшийся дефект был клипирован по окончании этапа миотомии перед закрытием зоны миотомии. При рентгеноскопии пищевода и желудка через 1 сутки нарушений проходимости кардии и «затек» контрастного вещества за пределы стенки не выявлено. Кровотечение остановлено коагуляцией поврежденного кровеносного сосуда. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (2,7%) пациентов: кровотечение и гематома по ходу тоннеля – 1, некроз слизистой оболочки по ходу тоннеля - 1. Причиной кровотечения явилось нарушение пациентом режима питания и попытка вызвать рвоту. Причина некроза была связана с воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода. Во всех случаях повторных вмешательств не потребовалось. Для обеспечения питания установлен зонд в желудок на 7 и 10 суток с назначением антибактериальной терапии. Выводы. Пероральная эндоскопическая миотомия при ахалазии пищевода является высокоэффективным и относительно безопасным вмешательством, с низкой частотой интра- и послеоперационных осложнений, которые могут быть устранены с применением эндоскопических технологий.

21. Трансартериальные варианты эмболизации в комплексном лечении онкологических заболеваний и купировании кровотечений

*Коваленко Н.В., Зюбина Е.Н., Мозговой П.В.,
Ягулов Р.П., Фролов Д.В., Михин И.В.,
Куприянов Д.С., Кутаева А.В.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Опухолевое и метастатическое поражение печени является одной из основных причин заболеваемости и смертности, связанной с онкологическими процессами. Помимо этого, при любых других локализациях новообразования в организме с сопутствующей инвазией окружающих анатомических структур, существует риск кровотечения, что может служить угрозой для жизни пациентов и причиной прекращения специального лечения. Также большую роль в радикальности лечения и предотвращении прогрессирования неоплазий играет планирование и этапность курации больных с локализованными опухолями почек. Цель исследования. Оценка эффективности трансартериальной эмболизации (ТАЭ), в том числе с использованием химиопрепарата (ТАХЭ), как метода купирования кровотечения и курации пациентов со злокачественными онкологическими заболеваниями. Материалы и методы. Нами выполнено и проанализировано 34 ТАХЭ печёночной артерии у 32 пациентов с опухолью (n=5) или метастатическим поражением (n=27) печени, помимо этого - 3 химиоинфузии печёночной артерии (ХИПА) 3 пациентам с билобарными депозитами и опухолевым тромбозом портальной вены. Двум больным ТАХЭ осуществляли повторно через 1 месяц после первой интервенции. Также нами произведено 57 ТАЭ почечных артерий пациентам, подлежащим нефрэктомии по поводу опухоли почки без наличия метастазов. С целью остановки артериального диффузного кровотечения, вызванного опухолевой инвазией, выполнили ТАЭ следующих органов и структур еще в 17 случаях: язык (n=1), опухоль шеи (n=1), мочевого пузыря (n=7), предстательная железа (n=4), матка (n=4). После ТАХЭ и ТАЭ осуществляли курсы системной химиотерапии. С позиции динамической оценки опухолевого процесса, через 1, 3, 6 месяцев и 1 год выполняли контрольные исследования, включающие в себя КТ и/или МРТ с контрастным усилением. Результаты и обсуждение. После 34

ТАХЭ печёночной артерии и 3 ХИПА у 22 (62,9%) пациентов констатирована стабилизация опухолевого процесса, включая 2 - с повторной ТАХЭ, у 6 (17,1%) - положительная динамика в виде уменьшения размеров метастазов в печени, у 6 (17,1%) - прогрессирование опухолевого роста на фоне сочетанной химиотерапии. Через 75 дней после выписки из стационара зафиксирована смерть 1 пациента, в результате печёночно-почечной недостаточности. После ТАЭ почки у всех 57 пациентов отмечали лучшую интраоперационную визуализацию и мобильность почки с опухолью, что было обусловлено искусственной целевой ишемизацией. При последующем обследовании прогрессирования злокачественного опухолевого процесса не выявлено, что говорит об эффективности ТАЭ, как процедуры, препятствующей распространению клеток новообразования. Также посредством ТАЭ достигнут стойкий селективный гемостаз у всех 17 пациентов при диффузном артериальном кровотечении из опухолей различной локализации. Заключение. Нами определена высокая клиническая эффективность селективных рентгенэндоваскулярных эмболизационных методик в курации пациентов онкологического профиля.

22.Изменения показателей опросника SF-36 у пациентов с ахалазией пищевода в течение первого года после пероральной эндоскопической миотомии

Дробязгин Е.А. (1,2), Чикинев Ю.В. (1,2), Митько Н.И. (2)

Новосибирск

1) ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», 2) ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Ахалазия пищевода - хроническое доброкачественное идиопатическое медленно прогрессирующее нервно-мышечное заболевание пищевода, заключающееся в стойком нарушении рефлекса раскрытия кардии в ответ на акт глотания и ее постоянного гипертонуса, а также в нарушении

перистальтической функции грудного отдела пищевода и проявляющееся как функциональной, так и механической непроходимостью. По данным различных источников частота встречаемости данной патологии доходит до 10 случаев на 100000 населения, а в структуре всех заболеваний пищевода ахалазия занимает от 3 до 20%. Также имеются данные о том, что среди всех причин дисфагий данное заболевание занимает третье место, уступая лишь раку пищевода и постожоговым стриктурам пищевода. Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов с ахалазией кардии II-III ст. до и после проведения пероральной эндоскопической миотомии с помощью опросника SF-36. Материалы и методы. В период с 2017 по 2021 гг. в эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ пероральная эндоскопическая миотомия выполнена 72 пациентам в возрасте от 15 до 72 лет (средний возраст 48,55±13,3 лет). Среди пациентов преобладали женщины – 45, мужчин было - 17. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 40 лет (среднее значение 6,66±5,01 лет). Все пациенты были анкетированы с использованием опросника SF-36 до вмешательства, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после. Статистическая обработка информации проводилась с помощью статистического пакета Statistica 7.0. Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты. При статистической оценке таких показателей, как: физическое, ролевое функционирование, интенсивность боли, жизненная активность, социальное, эмоциональное функционирование, психическое здоровье, физический и психологический компоненты здоровья через 1, 3, 6, 12 месяцев после операции показали высокую достоверность ($p < 0,0001$) по сравнению с показателем до операции. Лишь при анализе показателя «Общее состояние здоровья» статистическая разница не была выявлена через 1 месяц после операции, но через 3, 6, 12 месяцев отмечена высокая статистическая достоверность этого показателя ($p < 0,001$) по сравнению с данными до операции. Также при дополнительном статистическом анализе было выявлено статистически значимое улучшение уровня качества жизни в 6 из 10 компонентов, а именно общего состояния здоровья, жизненной активности, социального функционирования, ролевого функционирования, психического здоровья и физического компонента здоровья между группами 3 и 6 месяцев, 6 и 12 месяцев (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$). Выводы. Использование пероральной эндоскопической миотомии у пациентов с ахалазией кардии II-III ст. заболевания

статистически достоверно повышает уровень качества жизни у данной группы пациентов, а именно все компоненты их физического и психологического здоровья.

23. Пятилетний опыт лечения пациентов с острым холецистопанкреатитом

Нажмуудинов З.З., Гусейнов А-К.Г., Абдуллаев У.М.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Актуальность. В настоящей работе мы приводим результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии при холедохолитиазе и билиарном панкреатите, стриктуре холедоха и перипапиллярном дивертикулите. Частота сочетанных поражений билиарной системы и поджелудочной железы составляет, по данным различных авторов, от 24 до 70%. Среди экстренно госпитализированных пациентов в ургентной хирургии поражение гепатобилиарной зоны занимают первое место. В развитии острого холецистопанкреатита ведущую роль принадлежит патологии большого дуоденального соска (БДС). Устья БДС является основным местом, где возникает постоянное или временное препятствие оттоку желчи и панкреатического сока и развивается протоковая гипертензия, особенно при ЖКБ, что приводит к билиарному панкреатиту. В решении этих задач ведущее место в настоящее время принадлежит эндохирургическим технологиям. Это эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), в нашем стационаре последние годы широко внедрили данную методику оперативного лечения пациентов. Материалы и методы. Эндохирургические методы лечения (ЭПСТ) в нашей клинике за пять лет применены более 370 пациентам, все они находились на лечении в клинике хирургии на базе РКБ СМП. Пациенты госпитализированы в 75%(277) самоотком, 17%(63) по скорой помощи и 8%(30) по направлению других лечебных учреждений. По срокам госпитализации: позже 24 часов поступили 287(77,5%), через 5-7 суток поступило 30(8%) пациентов. Возраст больных колебался от 18 до 73 лет. Большая часть пациентов

женщин - 268(72,5%), мужчин - 102(27,5%). ЭПСТ произведена всем пациентам, из них типичная ПСТ на протяжении 1.2 см в 68,6%(252) пациентам; с ОХП и с холедохолитиазом 65%(164); интрапапиллярным дивертикулитом - 13,3%(33); резудиальным холедохолитиазом - 12,6%(32), в сочетании ОХП, интрапапиллярным дивертикулитом и холедохолитиазом - 9,1%(23) пациентам. 118 пациентам произведена атипичная ЭПСТ. Абсолютным показанием в 67%(79) случаях явилось вклинение конкрементов в ампулу БДС, в 11%(13) - аденоматозная обструкция устья БДС, в 13,5(16) - рубцовый стеноз устья БДС и 8,5%(10) - неудачные попытки канюляций протоковых систем. Показанием к проведению ЭПСТ у всех пациентов явились клинические, лабораторные, ультразвуковые и эндоскопические симптомы гипертензии в желчевыводящих путях, нарушения оттока желчи и панкреатического сока через большой дуоденальный сосок. До операции в 5 случаях удален вклиненный конкремент терминального отдела холедоха при экстренной дуоденоскопии, без ПСТ, диаметре холедоха больше 10 мм по данным УЗИ. Всем этим пациентам операции произведены в сроки от первых до 5 суток. Наибольшее количество - 198(78,8%) операции произведено на 1-3 сутки с момента госпитализации. В предоперационном периоде всем 100% пациентам произведена ФГДС с целью изучения БДС. У 107(42,4%) пациентов ПСТ сопровождалась литотрипсией и литоэкстракцией. Результаты и их обсуждение. При оценке результатов ЭПСТ нами выделены три варианта клинического эффекта: Первый вариант - хороший эффект, когда после ПСТ наступает стихание основных клинических симптомов в течение 1 суток. Второй вариант - удовлетворительный, наступает значительное улучшение состояния пациента, уменьшение болевого синдрома, улучшение объективной картины со стороны живота, положительная динамика лабораторных показателей. Третий вариант - неудовлетворительный, когда улучшения состояние в течение заболевания после ЭПСТ не выявлено, нет динамики, необходимо повторное вмешательство. Хороший и удовлетворительный результат ЭПСТ наблюдался у 285(77,0%) пациентов из 370 с ОХП и с холедохолитиазом, интрапапиллярным дивертикулитом и резудиальным холедохолитиазом. Удовлетворительный результат отмечался у 71(19,2 %) и неудовлетворительный у 14(3,8%) пациентов. По результатам проведенного анализа мы установили и они схожи с общероссийскими данными, эффективности ЭПСТ прямо пропорционально срокам ее проведения.

Положительный результат наблюдается значительно чаще при проведении ЭПСТ первые сутки. Наилучшие показатели при этом отмечаются в группе больных, которым ЭПСТ произведена в первые 6-12 часов с момента госпитализации. При ЭПСТ позже трое суток положительный результат отмечен в 49,4%, неудовлетворительный – в 13,4%. Осложнения во время или в связи ЭПСТ возникли у 19(5,1%) пациентов. В 14(3,7%) случаях - кровотечение (кровопотеря незначительная) после ЭПСТ, в 6(1,6%) случаях - повторный приступ панкреатита, в 3(0,8%) - сочетание кровотечения с панкреатитом и в 1 (0,2%) случае анафилактический шок на введения контраста при РПХГ. Во всех случаях исход выздоровлением. Выводы 1. При ОХП и с холедохолитиазом, резидуальным холедохолитиазом и интрапапиллярным дивертикулитом своевременная ЭПСТ является эффективным малоинвазивным вмешательством. 2. Своевременно выполненная ЭПСТ позволяет купировать приступ болей, снять воспалительный процесс, предупреждает развитие панкреонекроза и как следствие осложнения - псевдокисты ПЖ. 3. ЭПСТ с литотрипсией и литоэкстракцией позволяют с минимальной инвазией ликвидировать последствия ЖКБ, осложненной холедохолитиазом.

24.Трансгастральное дренирование постнекротической кисты поджелудочной железы малоинвазивным методом

Нажмудинов З.З., Гусейнов А-К.Г., Бекмирзаев Ш.Ш.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Цель нашей публикации доложить о небольшом опыте пункционного лечения псевдокисты поджелудочной железы. Введение. Не смотря на достижения медицины, диагностические ошибки при остром панкреатите приводят к панкреонекрозу и как следствие постнекротическим кистам панкреас. Своевременные диагностика и лечение кист панкреас все еще остаются актуальными, а метод малоинвазивного лечения признается всеми как самый эффективный. Летальность варьирует от 12 до 80%, в зависимости от осложнений. По

данным ряда авторов частота образования псевдокист от всех случаев панкреонекроза составляет от 15 до 55%. Формирование псевдокисты после перенесённого панкреонекроза и накопление жидкости в парапанкреатической клетчатке является показанием к хирургическому вмешательству. Все чаще и больше хирургов предпочитают малоинвазивные методы, лапароскопию или пункционные методы. Также описывают методы лечения одно-двух моментные пункции или пункция с последующим дренированием полости. По данным ряда авторов частота рецидива при пункционном методе лечения составляет 55-70%. Наружному дренированию кист панкреас предпочтение отдает большая часть авторов, так как длительное нахождение трубки в полости позволяет проводить местную терапию. Материал и методы исследования. В нашем стационаре количество пациентов с панкреонекрозом из года в год не уменьшается, так как клиника оказывает специализированную медицинскую помощь. За четыре года в стационаре пролечено более 100 таких пациентов. Все они госпитализированы с диагнозом: «Острый панкреатит, осложненный панкреонекрозом», в ходе обследования и наблюдения выявлены формировавшиеся кисты панкреас. Выполнено дренирование кисты под контролем УЗ. Процедуру дренирования кист панкреас проводили под УЗ наведением, использовали УЗ-сканер GELogikP 5 с приставками для цветного доплеровского картирования с конвексными датчиками 3.5-5 МГц. Процедура дренирования типичных кист описана в литературе и широко известна. Нами представлен интересный, на наш взгляд, клинический случай дренирования постнекротической кисты через обе стенки желудка, операции наложения цистогастроанастомоза (ЦГА) под контролем УЗИ и ФГДС, комбинированная анестезия. Таких случаев у нас было три. Все эти случаи идентичны по технике наложения ЦГА, все пациенты женского пола, возраст от 55 до 74 лет. Госпитализированы в разные года. Общим для них явилось то, что на УЗИ и МСКТ отсутствовало «акустическое окно» для пункционного дренирование постнекротической кисты поджелудочной железы. В связи с чем, дренирование кисты выполнено через обе стенки желудка. Первым этапом выполнено наружное дренирование, в последующем, после очищение кисты от некротических масс, внутреннее дренирование. Во всех случаях на УЗИ, МСКТ с контрастированием выявлены кисты панкреас. В последнем случае двухкамерная киста тела и хвоста поджелудочной железы, размерами 190*90*70 мм. На УЗ исследовании нет «акустического окна», в

связи с чем решено дренировать через желудок под контролем фиброгастроскопа. После подготовки под комбинированным наркозом выполнено наружное дренирование кисты поджелудочной железы. Выпущено 2 литра буро-геморрагической жидкости. Интраоперационно выполнена фистулография, контраст заполняет полость кисты, затекания за пределы кисты не выявлено. В клинично-лабораторных исследованиях существенная положительная динамика. На УЗИ полость кисты сократилась, по дренажу в первые сутки до 500 мл отделяемого буро-геморрагического характера, в последующем количество значительно уменьшилось до 100-150 мл. На 10-е сутки по дренажу сохранялось отделяемое светлого характера до 50-70 мл. Учитывая отсутствие температурной реакции и характер отделяемого - чистый панкреатический сок, что подтверждено лабораторно, решено выполнить низведение дренажной трубки в полость желудка. Фистулография выполнялась перед удалением дренажной трубки. Пациентка на 16-е сутки выписана из стационара под контроль участкового врача по месту проживания. Контроль УЗИ и ФГДС, как правило, через 2 месяца, у всех пациентов стент (дренажная трубка) в полости желудка, полость кисты практически не визуализируется. Через 6 месяцев с момента установки дренажной трубки (стент) эндоскопически удален. Заключение. Миниинвазивное вмешательство под ультразвуковой навигацией является эффективным методом в лечении острого панкреатита. В лечебные тактики пациентов с постнекротической кистой поджелудочной железы существенное значение имеет адекватность и своевременность выполнения пункционно-дренирующих операций. Пункции кисты панкреас допустима при размерах более 5 см. Способ дренирование при постнекротических кистах: наружное, внутреннее или наружно-внутреннее, под контролем УЗ-аппарата и ФГДС зависит от характера содержимого кисты. При гнойном содержимом всегда наружное дренирование. Выводы. Индивидуальный подход к дренированию постнекротических кист поджелудочной железы позволит избежать многоэтапных хирургических вмешательств, рецидива и осложнений, связанных с данной патологией.

25. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия в лечении острого холецистита

Нажмуудинов З.З., Гусейнов А-К.Г.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Цель исследования. Оценить показания и результаты хирургического лечения острого холецистита с использованием технологии лапароскопической и традиционной холецистэктомии. Материал и методы. За 2021 год во 2-м хирургическом отделении РКБ СМП, база кафедры хирургии последипломного образования с эндохирургией холецистэктомия при остром калькулёзном холецистите (ОКХ) выполнена у 898 больных, что составило 47,3% из 1898 оперированных пациентов по поводу неотложной хирургической патологии органов брюшной полости. ОКХ прочно занял 1-е место в структуре этой группы заболеваний. Из 898 больных с ОКХ мужчин было 213 (23,8%), женщин – 685 (76,2%) в возрасте от 27 до 76 лет. До 6 часов от начала заболевания госпитализированы 5% пациентов от 6 до 24 часов – 35% и позже 24 часов – 60%. Результаты. После обследования, проведенной консервативной терапии, что было и предоперационной подготовкой, все пациенты оперированы. Методом выбора являлась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) у 878 (97,7%) пациентов. Противопоказанием к ЛХЭ и, следовательно, показанием к традиционной холецистэктомии (ТХЭ) у 20-ти (2,3%) больных было осложнённое течение сопутствующей патологии, в анамнезе 5-7 месяцев назад перенесенный острый инсульт и инфаркт миокарда - у 6-ти, тяжёлая сердечно-сосудистая и лёгочная патология в декомпенсации у 5-ти и синдром Мирризы, вколоченные конкременты средней трети холедоха более 1.8 см у 4-х, отказ от ЛХЭ у 5-ти пациентов. Для оценки результатов хирургического лечения пациентов разделили на 2 группы. I группу составили 878 (97,7%) больных, которым выполнена ЛХЭ. Катаральная форма ОКХ диагностирована у 118 (13,4%) пациентов, флегмонозная форма – у 670 (76,4%) и гангренозная форма – у 90 (10,2%). ОКХ с различными осложнениями выявлено у 537(61,1%) больных, осложнение следующего характера: околопузырный инфильтрат-136 (25,3%), абсцесс - 107 (20,0%), местный серозно-фибринозный перитонит - 163 (30,3%), гнойно-фибринозный - 87 (16,2%), перфорация желчного пузыря - 29 (5,5%),

холедохолитиаз - 15 (2,7%). ЛХЭ выполнена у 100% пациентов, ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду – у 15 (2,7%). В процессе операции повреждение внутренних органов, приведших к ятрогении, не наблюдалось. Из всех этих случаев конверсия имела место у 4 (0,5%) пациентов. Во всех случаях причиной стал околопузырный плотный инфильтрат с невозможностью дифференцировки трубчатых структур. Все пациенты выздоровели. Средний койко-день - 6. Во II группе было всего 20 (2,2%) пациентов, всем им выполнена ТХЭ из косоого доступа в правом подреберье. Среди них флегмонозная форма ОКХ диагностирована у 12 (60%) больных, гангренозная форма - у 6 (30%) и неизменный ЖП с конкрементами - у 2 (10%). Осложнённое течение заболевания следующего характера: околопузырный абсцесс - 5 и инфильтрат - 3, распространённый перитонит - 3, холедохолитиаз - 2, холедохэкстазия - 4. ТХЭ с дренированием холедоха по Холстеду – у 2 (10,0%), ТХЭ с холедохолитотомией и ревизией холедоха – у 2 (20%). Все больные выздоровели. Средний койко-день - 12. Выводы: 1. Методом выбора у больных ОКХ является малотравматичная ЛХЭ, выполненная в нашей клинике по показаниям у 97,7% пациентов. 2. Тяжёлые заболевания сердечно-сосудистой и лёгочной системы в стадии декомпенсации, недавно перенесенные острый инсульт и инфаркт миокарда стали показанием к ТХЭ у 2,3% больных. 3. Дифференцированный подход к оперативному лечению пациентов с ЖКБ и сопутствующими нозологиями позволит улучшить результаты хирургического лечения ОКХ, а также избежать летальных исходов у пациентов.

26. Проблемы временной остановки кровотечения при боевой травме сосудов в условиях ведения боевых действий

Розин Ю.А., Иваненко А.А., Розин А.Ю.

Донецк

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

Актуальность. Частота ошибок в оказании догоспитальной помощи при ранениях магистральных сосудов конечностей составляет

30%, а частота дефектов оказания помощи - 50% (Самохвалов И.М. с соавт., 2003). Количество огнестрельных ранений магистральных сосудов сохраняет тенденцию к увеличению в локальных войнах и вооруженных конфликтах, что обуславливает высокий уровень летальности на поле боя, последующих ампутаций конечностей и как следствие инвалидизаций. Цель исследования. На основании статистических и клинических данных сделать выводы о ошибках в оказании догоспитальной помощи и дефектах оказания хирургической помощи при огнестрельных ранениях магистральных сосудов. Материалы и методы. по материалам 243 историй болезни раненых, поступавших в лечебные учреждения ДНР в период с апреля 2014 по декабрь 2021 г. анализированы различные способы временной остановки кровотечения из магистральных сосудов конечностей. Все раненые с огнестрельными повреждениями крупных магистральных сосудов конечностей. Мужчины в возрасте от 18 до 63 лет, женщины от 24 до 75 лет. По характеру повреждения: пулевые ранения у 62, осколочные у 181. У 69 раненых - повреждение сосудов верхних конечностей, у 174 - повреждения сосудов нижних конечностей. Раненых с тяжелыми сочетанными повреждениями сосудов было 34. По характеру повреждения: пулевые ранения у 13, осколочные у 21. Один раненый с сочетанным повреждением сосудов шеи и бедренной артерии, 15 с сочетанным повреждением подвздошных, бедренных и подколенных артерий с проникающими ранениями брюшной полости, у 9 проникающие ранения брюшной полости, у 3 - проникающая торакальная травма с повреждением сосудов и легкого. У 185 раненых - временная остановка кровотечения достигалась с использованием табельных средств остановки кровотечения – жгута типа Эсмарха или Альфа. У 41 раненого временный гемостаз достигался использованием тугой тампонады раны, препаратов «Гемостоп», «Celox», давящей повязки, кровоостанавливающих турникетов типа «САТ». Использовались как подручные средства для временной остановки кровотечения металлическая проволока, пластиковые стяжки, тканевая струбцина - наложенные на конечности 17 раненым, что привело к значительным повреждениям мягких тканей конечности и метаболическим нарушениям. Временная остановка кровотечения из сосудов брюшной полости выполнялась путем введения стерильного катетера Фоллея или Фогарти 7F в инфраренальный отдел брюшной аорты: 1. Интраоперационно дистальнее отхождения почечных артерий на 25 см. 2. Через поврежденные бедренные артерии и в одном случае через левую

подмышечную артерию была осуществлена попытка остановки кровотечения в плевральную полость. 3. Через левую плечевую артерию зонд был введен на 75 см с целью остановки кровотечения из брыжеечных сосудов. Выводы. Результаты лечения этой группы раненых зависят от быстрой и правильной временной остановки кровотечения на первом этапе эвакуации и скорости доставки на этап ранней специализированной хирургической помощи.

27. Реализация стандартов хирургического лечения при осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки

Хасанов С.Р., Хасанова Н.Ф.

Уфа

ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова».

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) одно из наиболее частых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Болеют как молодые, так и пожилые. Особенностью болезни – это длительное скрытое течение и возникновение грозных хирургических осложнений. В структуре хирургических заболеваний больные с ДБОК составляют в среднем 10%. Наиболее частые осложнения: дивертикулит – более 50%, кишечное кровотечение – 30%, абсцесс брюшной полости – 20%, перфорация кишки - 10%, внутренние свищи – 5%, кишечная непроходимость – 5%. Цель ? реализация стандартов хирургического лечения осложненных форм ДБОК в практику. Материал и методы. В период с января 2011 по декабрь 2020 года на базе отделения колопроктологии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова было пролечено 314 больных с данной патологией. Из них 152(48%) больных получили консервативную терапию, 162(52%) – оперативное лечение, из них 134 – по экстренным показаниям, 28 – планово. 154(49%) женщины, 160(51%) – мужчины. Возраст пациентов был от 18 до 87 лет. По локализации процесса: в 141(45%) - сигмовидная кишка, у 119(38%) - нисходящая ободочная кишка, у 20(6%) – восходящая ободочная кишка, все отделы толстой кишки - 34(11%). Результаты и обсуждение. Лечение больных с ДБОК

начиналось с консервативной терапии. При выявлении осложнений выполнялась экстренная операция. Объем и характер хирургического вмешательства определялись степенью поражения кишки и воспалительным процессом в брюшной полости. Показаниями к хирургическому вмешательству были: перфорация дивертикула с развитием перитонита – 39%, дивертикулит с параколитической флегмоной – 36%, толстокишечное кровотечение – 13%, стеноз или свищ толстой кишки – 12%. Основными методами хирургического лечения были резекция толстой кишки в различных объемах с формированием первичного анастомозом – у 87(53%) пациентов. Летальные исходы отмечены в 6(4%) случаях. Причинами летальных исходов явились в 4 случаях - декомпенсация имеющихся хронических тяжелых сопутствующих заболеваний, в 2 случаях - некупированный абдоминальный сепсис с развитием системной полиорганной недостаточности. Заключение. Тактика лечения осложненных форм ДБОК в нашей клинике основывалась на принципах, отраженных в клинических рекомендациях утвержденных МЗ РФ (25.06.2021г.). При первичном поступлении пациента с осложненными формами ДБОК проводилось экстренное или срочное оперативное вмешательство, объем и характер которого зависели от вида осложнения. При перфорации толстой кишки характер предстоящей операции зависел от степени поражения кишечника и контаминации брюшной полости. Основным методом хирургического лечения осложненных форм ДБОК стала резекция ободочной кишки в различных объемах с первичным анастомозом.

28. Реконструктивные операции в лечении новообразований молочной железы

Левчук А.Л. (1), Староконь П.М. (2), Ходырев С.А. (3), Шабаетов Р.М. (3)

1,2) Москва, 3) Голицыно, Московская область

1) Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, 2) Филиал Военно-медицинской академии им. С.И. Кирова Министерства обороны РФ, 3) Военно-медицинская организация

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) остается ведущей онкологической патологией среди населения (Каприн А.Д., 2020). Реконструктивные операции играют немаловажную роль в реабилитации пациенток с новообразованиями МЖ, позволяя не только увеличить безрецидивный период жизни, но и исключить психологические нарушения в связи с утратой МЖ. Целью исследования явилось улучшение качества жизни женщин с РМЖ и высоким риском его развития путем выполнения одномоментной или отсроченной реконструкции утраченных МЖ и симметризирующей операции на контрлатеральной МЖ. Материалы и методы. В исследование включено 352 пациентки, перенесшие хирургическое лечение в период с 2007 по 2021 года по поводу РМЖ и при высоком риске его развития. Пациентки были разделены на три группы: I группа пациенток (n=189, 53,7%), которым выполнена радикальная мастэктомия (РМЭ) по поводу РМЖ; II группа пациенток (n=150, 42,6%), которым после радикального этапа лечения РМЖ выполнено восстановление МЖ одномоментное или отсроченное; III группа пациенток (n=13, 3,7%) с высоким риском развития РМЖ, которым выполнена профилактическая билатеральная подкожная мастэктомия (БПМ) с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) с одномоментным их восстановлением. При проведении анализа клинико-морфологических характеристик пациенток установлено: в основном это пациентки трудоспособного возраста; преобладали I и II стадии РМЖ, гистологически чаще встречался инфильтративный протоковый и дольковый РМЖ, Люминальный А, Люминальный В HER2-положительный и Базальноподобный молекулярно-биологический подтипы; в 7 случаях наследственный BRCA-ассоциированный РМЖ, в 78 случаях на фоне семейного анамнеза по РМЖ ранее диагностированный РМЖ; в 13 случаях высокий риск развития РМЖ. Результаты исследования. Пациенткам I группы (n=189, 53,7%) выполнена

РМЭ. Во II группе 58 пациенткам (16,5%) выполнена РМЭ, 91 пациентке (25,8%) кожесохранная РМЭ, радикальная резекция МЖ 1 пациентке (0,3%), 11 пациенткам II группы профилактическая контрлатеральная ПМ. В III группе всем пациенткам (n=13, 3,7%) выполнена профилактическая БПМ. Одномоментная реконструкция МЖ выполнена 116 пациенткам II группы (71,2%), всем пациенткам III группы (7,9%), отсроченная реконструкция МЖ выполнена 34 пациенткам II группы (20,9%) в среднем через 1–3 года после первичного лечения РМЖ. При этом собственные ткани (перемещенный TRAM-лоскут, TD-лоскут) использовались в 52 случаях (31,9%), силиконовый имплант в сочетании с сетчатым эндопротезом в 35 случаях (21,5%) и в 62 случаях (38%) в комбинации с перемещенным TD-лоскутом, в 15 случаях отсроченной реконструкции выполнена двухэтапная реконструкция (тканевой экспандер/силиконовый имплант). Симметризирующие одномоментные операции на контрлатеральной МЖ выполнены 71 пациентке (20,2%) II группы. Обсуждение. Из осложнений у пациенток I группы лимфостаз верхней конечности на стороне РМЭ через 2–3 года отмечен в 22 случаях, в 1 случае через 2 года после лечения на фоне локо-регионарного рецидива РМЖ развились тромбоз подключичной вены и лимфедема верхней конечности. Характер осложнений у пациенток II группы варьирует в зависимости от радикализма резекционного этапа, способа реконструкции, наличия адъювантной лучевой терапии (АЛТ) и не связан с проведением неоадъювантной полихимиотерапии (НПХТ). В частности, установлено, что среди 45 пациенток с НПХТ зафиксировано 15 осложнений, у 60 пациенток без НПХТ диагностировано 24 осложнения, а у 34 пациенток с отсроченной реконструкцией развилось 12 осложнений. В случае же проведения АЛТ у 8 пациенток из 9 в последующем развилась постлучевая капсулярная контрактура восстановленной МЖ III – IV степени по Backer. В III группе основой большинства осложнений были ишемические нарушения со стороны постмастэктомических лоскутов (5 случаев из 6 выявленных), обусловленные радикализмом резекционного этапа. Выводы. В ходе исследования уточнены критерии отбора пациенток для проведения профилактической ПМ. При выполнении резекционного этапа лечения новообразований МЖ и высоком риске развития РМЖ обязательно соблюдение принципов радикализма, интраоперационный контроль наличия остаточной опухолевой ткани по краям резекции, при этом подтверждена онкологическая безопасность кожесохранной РМЭ с

одномоментной реконструкцией МЖ, использование НПХТ не ухудшает результаты реконструктивных операций, не увеличивает количество осложнений в послеоперационном периоде. Использование силиконового импланта, устанавливаемого субмускулярно с дополнительным укрытием ниже-наружных контуров различным способом, в ходе реконструкции МЖ в комплексе с симметризирующими операциями на контралатеральной МЖ позволяет добиться оптимального эстетического результата за меньшее количество операций. Наличие базальноподобного и HER2-положительного молекулярно-биологических подтипов РМЖ должно обязывать онколога к максимально радикальному хирургическому лечению, выполнению отсроченных реконструкций МЖ. Прогнозирование всех этапов лечения основного заболевания, радикализм резекционного этапа, минимизация операционной травмы при выборе способа реконструкции МЖ позволяют уменьшить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений, необходимость корригирующих вмешательств.

29. Энтеропротективная терапия при острой кишечной непроходимости

*Власов А.П., Ситдинов И.И., Шилов А.А.,
Шукшин А.Н., Али Фуад Ф.А., Федотов Б.А.*

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарева

Цель исследования. Установление эффективности препарата антиоксидантного и антигипоксантного типа действия (ремаксоло) в коррекции энтеральных поражений при острой кишечной непроходимости. Материалы и методы: Работа основывается на результатах экспериментальных и клинических исследований. Проведены экспериментальные исследования (37 взрослых беспородных половозрелых собак), которым моделировали острую кишечную непроходимость, осложненную перитонитом по разработанной методике (рационализаторское предложение) в соответствии с этическими требованиями к работе с

экспериментальными животными. Поставлены 3 серии опытов. Первая (контрольная) группа – инфузионная и антибактериальная терапия, вторая (первая опытная (I)) – к лечению подключали ежедневное внутривенное введение ремаксоло (15 мл/кг), третья (второй опытной (II)) – лечение дополнялось однократным интестинальным лаважом ремаксолом в дозе (20 мл/кг). В клинике у больных острой спаечной кишечной непроходимостью (26) применена комплексная терапия с ремаксолом (внутривенные вливания 400,0 мл в течение 5 дней и интестинальный лаваж интраоперационно – 400,0 мл). В работе применен комплекс исследований коагуляционного и тканевого (кишечник) компонентов гемостаза. Коагуляционно-литическое состояние тканей серозно-мышечного слоя кишечника устанавливали при добавлении в реагирующую смесь экстракта ткани кишечника по способу профессора В. П. Сипетрова. Кроме того исследован уровень токсинов в плазме крови, оценивали состояние микроциркуляции в кишечнике. Результаты и их обсуждение. Исследованиями показано, что при использовании препарата антиоксидантного и антигипоксантного типа действия (ремаксоло) отмечены все признаки оптимизации лечения острой кишечной непроходимости, особенно во второй опытной группе. Это проявлялось в сравнительно быстром восстановлении функционального статуса кишечника. Несомненным показателем эффективности комплексной терапии явилось и снижение титра токсических продуктов. Отмечено, что на фоне лечения происходила коррекция состояния системы гемостаза. Явления гиперактивации свертывающего потенциала уменьшались, увеличивалась фибринолитическая способность. Эффективность определялась не только на организменном, но и органном (кишечник) уровне. Несомненно, это приводило к улучшению микроциркуляции, что нами было также зарегистрировано при доплеровском исследовании кишечника. Во многом аналогичные результаты получены в клинике у больных острой спаечной кишечной непроходимостью. Заключение. При острой кишечной непроходимости комплексная терапия с ремаксолом приводит к коррекции энтеральных поражений, особенно при комплексном использовании препарата.

30. Расстройства гомеостаза и особенности заживления тканей у больных ургентными заболеваниями живота и коронавирусном поражении

Власов А.П., Маркин О.В., Щапов В.В., Левкин К.И., Ситдиков И.И., Захаров А.А., Шиндаков В.Г., Бабикер М.О.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Цель работы. Изучить особенности нарушений гомеостаза и заживления тканей области оперативного вмешательства у больных ургентными заболеваниями живота, перенесших хирургические вмешательства на фоне коронавирусной инфекции. Материал и методы. Анализ 84 больных ургентными заболеваниями живота. В первой группе у больных отсутствовало коронавирусное поражение, во второй – имелось, что было подтверждено клиническими, лабораторными и инструментальными данными. Степень поражения легких составила у 27 пациентов до 25% (КТ1), у 13 больных – от 25 до 50% (КТ2). В первой группе имелись пациенты с следующими заболеваниями: 30 (68,2%) больных острым аппендицитом, 14 (31,8%) пациентов – ущемленными грыжами, во второй группе – 26 (65,0%) и 14 (35,0%) соответственно. Всем больным проведены открытые хирургические вмешательства. Произведена оценка выраженности синдрома эндогенной интоксикации, оксидативного стресса, фосфолипазной активности, состояние системы гемостаза устанавливалось на основе тромбоэластографии. Процесс заживления тканей оценивался по характеру экссудата, микроциркуляции и др. Результаты. Установлено, что у пациентов с ургентными заболеваниями органов брюшной полости с сопутствующей коронавирусной инфекцией течение раннего периода после хирургических вмешательств сопровождается значительными нарушениями гомеостаза. Одними из значимых выступают процессы эндогенной интоксикации, перекисного окисления мембранных липидов и фосфолипазная активность. Несомненно, возникновение чрезмерно агрессивных по своей патогенной направленности оксидативно-токсических и фосфолипазинуцированных процессов существенно отягощает течение раннего послеоперационного периода и заживления тканей. Немаловажным аспектом в этом является

продолжительность сохранения такого рода модулированных нарушений. Сохранение выраженных нарушений отмечено вплоть до семи суток. Это свидетельствовало о затажном характере воспалительного процесса. Полученные данные дают основание утверждать, что у ургентных больных, имеющих и коронавирусную инфекцию, особое внимание привлекает липидный обмен. Метаболизм гидроперекисей липидов у пациентов принимает неконтролируемый свободнорадикальный характер с образованием высокотоксичных конечных продуктов. Некомпенсированное усиление процессов липопероксидации у пациентов, очевидно, приводит к нарушению мембранных структур как наиболее чувствительных к действию активных форм кислорода, то есть становятся мощными эффекторами пусковых и регуляторных механизмов каскадных патологических реакций, направленных на поражение внутренних органов и вне основного патологического очага. Несомненно, в этих условиях объектом действия указанных триггерных агентов выступает и система гемостаза в виде гиперкоагулемии. Зарегистрированные гомеостатические отклонения неминуемо отразились на заживлении тканей. У пациентов с новой коронавирусной инфекцией репаративный процесс тканей области раны замедлялся, что, безусловно, явилось основополагающим в развитии раневых осложнений, которые, по сравнению с контрольной группой, возникают более в 6 раз чаще. Одним из факторов, снижающих темп регенерации тканей, лежали нарушения микроциркуляции, пик расстройств которых приходился на самые критические сроки – первые 2–4 суток после хирургического вмешательства. Очевидно, что в это время ухудшение трофики тканей приводит к пролонгации альтернативной фазы и снижению темпа ее смены на репаративную, что зачастую приводит к срыву процесса заживления и развития раневых осложнений. Полученный фактический материал является доказательством значимости ковидной инфекции в значительном отягощении у больных острыми заболеваниями живота нарушений гомеостаза и репаративного потенциала тканей, что существенно влияет на результаты лечения пациентов с таким характером поражения.

31. Ранняя илеоцекальная резекция в лечении стриктурирующей болезни Крона*Демидова А.А., Саакян Г.Г., Данилов М.А.*

Москва

Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова

Актуальность. Болезнь Крона - это непростое заболевание, полностью излечить которое на данном этапе развития медицины невозможно. Поэтому лечение направлено на предупреждение осложнений и поддержание ремиссии. Не смотря на успехи в области лекарственной терапии, процент осложнений, требующих оперативного лечения, остается высоким. Около 60% пациентов в течении первых 10-ти лет после установления диагноза требуется оперативное лечение. И на этом этапе крайне важно своевременно диагностировать наличие осложнений (фиброзных стриктур, свищей или абсцессов). Цель исследования. Сравнительный анализ ранних и отсроченных вмешательств при стриктурирующей болезни Крона. Материалы и методы. В отделении колопроктологии МКНЦ им. А. С. Логинова с 2014 по 2020 год было выполнено 97 оперативных вмешательств по поводу осложненного течения болезни Крона, из которых 57 (59%) мужчин и 40 (41%) женщин, средний возраст пациентов составил 35 лет. Пациенты были разделены на две группы: основная – ранняя илеоцекальная резекция (81 пациент), контрольная – вмешательство по экстренным и срочным показаниям (16 пациентов). Большей части пациентов (83%) илеоцекальная резекция (ИЦР) выполнялась в плановом порядке (отсутствовала клиническая картина кишечной непроходимости) при наличии КТ-семиотики фиброзных изменений стенки кишки. Период наблюдения составил от 14 до 72 месяцев, медиана прослеженности – 32 месяца. Результаты. Средний послеоперационный койко-день в случае выполнения экстренной или срочной операции составил 18 койко-дней. При выполнении ранней ИЦР средний послеоперационный койко-день - 6 койко-дней. При экстренных и срочных ИЦР в 100% случаев была выполнена лапаротомия. При плановых вмешательствах, в 57 случаях (70%) оперативное вмешательство начиналось с лапароскопии, и в случае технической сложности выполнялась конверсия - 7 пациентов (13%). Формирование стомы (превентивной петлевой, концевой илео- или трансверзостомы или двустольной раздельной стомы) при экстренных/срочных вмешательствах

составило 50% (8 пациентов из 16), при плановых операциях – 2,4% (2 из 81). Реконструктивные вмешательства выполнены: в группе срочных и экстренных вмешательств у 63%, в группе ранней ИЦР – в 100%, $p=0,03$. Послеоперационная раневая инфекция достоверно различалась в группах, ранняя ИЦР – 1,2%, срочные вмешательства – 31,2%, $p=0,001$. Эндоскопический рецидив после 6 месяцев возник у 4 (25%) пациентов после срочных/экстренных оперативных вмешательств и у 19 (23%) пациентов после плановых, $p=0,06$. Также проводилась колоноскопия через 1 год после оперативного вмешательства. Повторная операция в связи с рецидивом заболевания понадобилась 1 пациенту после срочной операции (6%) через 26 месяцев после первого вмешательства и 3 пациентам (3,7%) после ранней ИЦР, $p=0,04$. Выводы. Хирургическое лечение осложнений болезни Крона, выполненное по срочным показаниям по поводу кишечной непроходимости, увеличивает частоту формирования стомы и снижает вероятность ее закрытия, а также удлинит сроки лечения и реабилитации.

32. Некоторые аспекты лечебной тактики при эхинококкозе печени*Мельник И.В., Митрюшкина В.П.*

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: в последнее время отмечается тенденция к увеличению количества осложненных форм эхинококкоза человека, частота которых составляет 84,6%. Рецидив заболевания при эхинококкозе печени после хирургических вмешательств достигает 54% и не имеет существенной тенденции к снижению. Дальнейшее усовершенствование лечебной тактики позволит улучшить результаты лечения данной категории пациентов. Цель исследования: определить оптимальный комплекс лечебно-диагностических мероприятий при эхинококкозе печени, изучить непосредственные результаты лечения данных пациентов. Материал и методы: изучены результаты лечения 104 пациентов, оперированных

по поводу эхинококковых кист печени. Мужчин - 75 (72%), женщин - 29 (28%). Возраст больных от 18 до 82 лет. Единичные кисты выявлены в 61 (58,7%) случае, у остальных 43 (41,3%) больных было 2 и больше кист с различной локализацией. Распределение локализации кист по сегментам: солитарные кисты располагались в I-(2), II-(2), III-(1), IV-(3), V-(7), VI-(18), VII-(16), VIII-(12) сегментах. У 43 пациентов имелось 2 и более кист с расположением в различных сегментах печени, с наиболее частым сочетанием пораженных сегментов: VI, VII, VIII. Признаки нагноения хотя бы одной из имеющихся кист выявлены в 93 (89,4%) случаях, у 5 (4,8%) пациентов наблюдался прорыв эхинококковой кисты в билиарные пути с развитием механической желтухи и холангита, у 9 (8,7%) больных имелись признаки ранее произошедшего разрыва кисты с попаданием содержимого в поддиафрагмальное и подпечёночное пространство справа. Результаты и обсуждение: основополагающими дополнительными методами исследования, которые позволяют полностью определить лечебную тактику, по нашему мнению, являются УЗИ, МСКТ печени, РПХГ. При наличии признаков механической желтухи, прорыва содержимого кисты в билиарные пути, пациентам показано выполнение РПХГ с ЭПСТ с последующей санацией желчных путей. Среди наших пациентов такое вмешательство потребовалось в 5 случаях, осложнений не наблюдалось. Оперативное вмешательство выполнено всем пациентам (104). Малоинвазивное лапароскопическое лечение и пункционные методики не применяем. Показанием к операции считаем размер кисты 5 и более см. Оптимальным доступом - верхне-срединную лапаротомию. После удаления содержимого кист, проводим детальное обследование ее полости на наличие желчных свищей. Желчные свищи выявили в 65(62,5%) случаях. Обязательно проводим их ушивание атравматической полипропиленовой нитью 3/0. После ликвидации свищей, полость кисты обрабатываем глицерином – экспозиция 15 мин. Кисты, в которых не было выявлено признаков нагноения, ушиваем по принципам капитонажа. Нагноившиеся кисты после санации ушиваем на дренажной трубке, без капитонажа. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (13,5%) больных: желчеистечение по дренажу - у 6 (42,8%), пневмонии - у 5 (35,7%), осложнения со стороны послеоперационной раны - у 3 (21,4%). У 1 (0,9%) больного выполнена релапаротомия по поводу разлитого желчного перитонита, вследствие вытекания желчи в свободную брюшную полость из не диагностированного и функционирующего желчного свища в стенке кисты.

Послеоперационная летальность составила 1,8% (2). Причины летальных исходов: 1 - полиорганная недостаточность на фоне желчного перитонита; 1 - тромбоз эмболия легочной артерии. Выводы: таким образом, традиционный хирургический метод лечения эхинококкоза печени является на сегодня основным. Диагноз эхинококкоза печени должен быть подтвержден УЗИ и МСКТ печени. Для интерпретации данных УЗИ целесообразно использовать классификацию ВОЗ (2003). При наличии признаков механической желтухи и прорыве кисты в билиарные пути первым этапом должна выполняться РПХГ с ЭПСТ и санацией билиарного дерева. Частота послеоперационных осложнений составила 13,5%, послеоперационная летальность - 1,8%.

33. Дифференцированный подход к хирургическому лечению комбинированного геморроя

Хасанов С.Р., Хасанова Н.Ф.

Уфа

ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова»

Актуальность. Геморрой - широко распространенное заболевание, которое поражает до 15% населения экономически развитых стран. В значительном количестве - это пациенты молодого и трудоспособного возраста, что свидетельствует о существенной социальной и экономической значимости рассматриваемой проблемы. Геморроидальная болезнь изучена достаточно хорошо, об этиологии и патогенезе данного заболевания известно практически все. Так же очень много сказано по поводу лечения, в том числе хирургического. Однако, более 200 вариантов геморроидэктомий говорит о многом, это и сложные звенья патогенеза геморроя, значительное число серьезных осложнений заболевания, неудовлетворительный эффект и неутешительные отдаленные результаты лечения - достаточно частые рецидивы и наличие осложнений после ряда хирургических вмешательств подтверждают актуальность проблемы. Цель. Оптимизация методов хирургического лечения хронического

комбинированного геморроя. Материалы и методы. В период с декабря 2016 года по декабрь 2021 года в ГБУЗ "Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова" получили хирургическое лечение по поводу хронического геморроя 964 (в настоящем исследовании не учитывались пациенты с хроническим геморроем в сочетании с другими заболеваниями анального канала) пациента. По стадиям геморроя пациенты были распределены следующим образом I - 7%, II - 14%, III - 37%, IV - 42%. Всего было 510 мужчин (53%) и 454 женщины (47%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 76 лет. Показанием для оперативного лечения было: кровотечение из геморроидальных узлов у 357 (37%) пациентов, выпадение геморроидальных узлов с их тромбозом 212 (22%), сочетание первых двух осложнений – 395 (41%). Результаты. У 327 пациентам (34%) была выполнена стандартная открытая и закрытая геморроидэктомия при III-IV стадии. 134 (14%) больным при I-II стадии геморроя выполнено вакуумное лигирование геморроидальных узлов, 298 (31%) пациентам при I,II,III стадии геморроя использовали генератор LigaSure с инструментом Small Jaw с контролируемой коагуляцией. В 202 (21%) случаях при сочетании у одного пациента геморроя II-III-IV стадии было использовано сочетание нескольких хирургических методик: лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, изолированная деструкция кавернозной (эректильной) ткани геморроидальных узлов с использованием электрохирургического скальпеля и геморроидэктомия с использованием инструмента Small Jaw. Анестезиологическое обеспечение достигалось преимущественно спинальной анестезией. Длительность операций в среднем до 30 минут. Следует отметить, что потребность в наркотических анальгетиках после комплексной геморроидэктомии возникла только у каждого третьего пациента. Грозных послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Из общего числа оперированных больных у 144 (15%) отмечался выраженный болевой синдром, у 87 (9%) пациентов в послеоперационном периоде возникла рефлекторная задержка мочи, которую купировали приемом анальгетиков и спазмолитиков. У 10 (1%) пациентов был эпизод незначительного кровотечения, у 20 (2%) пациентов отмечался опек мягких тканей перианальной области. Заключение. Комплексный подход к хирургическому лечению комбинированного геморроя с применением различных хирургических методов у одного пациента (в том числе и малоинвазивных), позволяет персонализировать возможности лечения, максимально уменьшить результат

реабилитационного периода, быстро восстановить и вернуть пациента к привычному образу жизни и труду.

34. Хирургическая деятельность в городской больнице, полностью перепрофилированной для лечения COVID-19 инфекции

*Баранов Г.А., Налёттов В.В., Павленко И.А.,
Лимончиков С.В., Цопурашвили Д.Г.*

Москва

ГБУЗ "ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ"

Организация дополнительных специализированных инфекционных коек в период эпидемий требует принятия решительных мер и обоснованных действий. Опыт перепрофилирования с апреля 2020 по октябрь 2021 гг. ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ» с многопрофильным 506-коечным фондом в монопрофильный инфекционный ковид-стационар доказал необходимость специальной подготовки врачей всех направлений для работы с COVID-19 инфекцией и получения от работников в установленном порядке согласия на работу в новых условиях. В должностные инструкции введены положения, что кроме работы с инфекционными больными, врачи-хирурги (анестезиологи-реаниматологи, а также медицинские сестры (операционные) и медицинские сестры-анестезисты) выполняют по профилю консультативную помощь, принимают участие в консилиумах как врачи-специалисты и, при необходимости, участвуют в хирургических вмешательствах. Заданными условиями была единая тактика по ЛПУ городского подчинения, в соответствии с которой в случае диагностики у ковид-пациента острой хирургической патологии он подлежал срочному переводу в инфекционные стационары с хирургическими отделениями. Маршрутизация пациентов определялась практическими рекомендациями «Экстренная хирургическая помощь в условиях COVID-19» (Москва, 2020). При объективных трудностях осуществления своевременного перевода решением консилиума принималось решение о выполнении экстренного оперативного лечения на месте. В стационаре 11 штатных хирургов были

распределены по новым рабочим местам в приёмное и линейные отделения с основной трудовой функцией по приёму и лечению пациентов по поводу ковид-инфекции. Специалисты отделения анестезиологии определены на рабочие места в реанимационные отделения. Персонал оперблока направлен в реанимационные отделения и в шлюз в качестве дезинфекторов. В условиях данного кадрового распределения реализована круглосуточная готовность при необходимости в течение 30-40 мин развернуть в оперблоке операционную, сформировать операционную бригаду и выполнить неотложную операцию. В новых условиях работы за 8 месяцев на 10420 пролеченных пациентов в истекшем 2021 г. потребность в консультациях хирурга была ежедневной, и количество консультаций за сутки достигало 26. Хирургическое пособие выполнено врачами-хирургами у 545 больных. В структуре операций вмешательства на органах дыхания составили 74,9% (трахеостомии, пункции и дренирования плевральной полости у 408 пациентов). Геморрагические осложнения на фоне специфической терапии, требующие хирургического пособия в объёме пункций и вскрытия напряжённых гематом, наблюдались в 4% случаев (22 больных). В другие стационары переведено 18 пациентов с клинически значимыми гематомами, потребовавшими комплексного лечения уже в условиях хирургических отделений ковид-госпиталей. Гнойные заболевания мягких тканей в структуре вмешательств отмечены в 1,3% наблюдений (7 пациентов). Перевод в хирургические отделения осуществлён ещё 6 больным, требовавшим лечения по гнойному профилю. Острые хирургические заболевания, потребовавшие операций на месте, выполнены у 4-х пациентов (0,7%). В других аналогичных 29 наблюдениях пациенты своевременно переведены в другие городские специализированные ЛПУ. Итоги работы временно перепрофилированного стационара при отсутствии в его составе штатного хирургического отделения убедительно показали востребованность и необходимость круглосуточного наличия в больнице не менее 2-х специалистов-хирургов. При «волнообразности» госпитализаций экстренные и плановые консультации хирурга требуются постоянно. При максимальном соблюдении правил маршрутизации на хирургическое лечение в профильные ЛПУ среднее количество оказанных в стационаре хирургических пособий, включая трахеостомию, составило 2,3 операции в сутки. Представленные данные могут быть использованы при обосновании расчётов потребности в специалистах при

организации работы временных либо перепрофилированных ковид-центров.

35. Методы лечения субклинической несостоятельности колоректального анастомоза: опыт МКНЦ

Николаева А.О., Леонтьев А.В., Данилов М.А.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность: наиболее значимым и опасным послеоперационным осложнением в хирургии рака прямой кишки является несостоятельность анастомоза (НА). Частота развития НА в по данным литературы колеблется от 3 до 19%, при этом летальность от этого осложнения может достигать 10%. Как известно превентивная стома не снижает риски развития несостоятельности, однако в большей части случаев предотвращает развитие перитонита. Субклиническая несостоятельность анастомоза - несостоятельность, при которой не возникает распространённого перитонита, может иметь бессимптомное течение, не требует выполнения лапаротомии с санацией брюшной полости и разобщения анастомоза. Несостоятельность анастомоза, с одной стороны, в той или иной мере увеличивает риски развития рецидива рака прямой кишки, а с другой – повышает вероятность возникновения стриктуры анастомоза. Возможность сохранения анастомоза является одним из главных вопросов, так как его разобщение значительно снижает качество жизни больных. В настоящее время разработаны эффективные методы малоинвазивного лечения НА, к которым можно отнести марсупиализацию, использование вакуум-аспирационной системы, а также эндоскопическое клипирование дефекта. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов, оперированных по поводу рака прямой кишки. Материалы и методы: в отделении колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова в период с октября 2015 по сентябрь 2021 года пролечено 460 пациентов с диагнозом рак прямой кишки, из них 276 с превентивной стомой. Средний возраст пациентов составил 64,5+14,6 лет, 168 (60,8%) мужчин и 108 (39,2%) женщин. Большая

часть пациентов получила на дооперационном этапе неоадьювантное лечение (88,4%). В 78,2% случаях были выполнены лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства. Частота субклинической НА составила 16,3% (45 пациентов). Лечебная тактика ведения пациентов с субклинической несостоятельностью анастомоза зависела от таких показателей, как длина и диаметр свищевого хода, а также наличия или отсутствия полости абсцесса. В зависимости от вышеуказанных показателей у нас в центре разработана классификация НА. К I-й группе относятся несостоятельности с диаметром дефекта анастомоза до 5 мм, длиной не более 20 мм и отсутствием полости, ко II-й группе относятся НА с длиной свищевого хода более 20 мм, полость отсутствует, к III-й группе – НА с наличием полости затека и длиной свищевого хода до 20 мм, к IV-й группе - размеры дефекта настолько велики, что зона анастомоза в данной области сразу переходит в полость, которая в V-й группе становится более обширной и протяженной. В зависимости от длины и диаметра свищевого хода, наличия или отсутствия полости выполнялись те или иные миниинвазивные процедуры. Результаты: клипирование и абляция зоны несостоятельности выполнялась 14-ти пациентам (8 мужчин, 6 женщин). Интервал от манипуляции до закрытия стомы составил 17+3 дней, стома закрыта всем пациентам (100%), прослеженность составила 23+6 мес., стриктура – 0%. Марсупиализация выполнялась 11-ти пациентам (7 мужчин, 4 женщин). Интервал от манипуляции до закрытия стомы – 28+6 дней, стома закрыта 91% пациентов, прослеженность – 22+6 мес, стриктура выявлена у 1 пациента (10%), ВАК-система использована у 8-ми человек (5 мужчин, 3 женщины). Интервал от манипуляции до закрытия стомы – 37+11 дней, средняя продолжительность сеанса – 6+1 дней, стома закрыта всем пациентам (100%), прослеженность – 25+7 мес., стриктура – 0%. Трансанальные малоинвазивные методы (марсупиализация, ТЭО) применялись у 12 пациентов (5 мужчин, 7 женщин). Интервал от манипуляции до закрытия стомы – 16+4 дней, стома закрыта всем пациентам, прослеженность – 21+4 мес., стриктура – 0%. Выводы. Своевременное лечение бессимптомной НА снижает сроки до закрытия стомы, долю пациентов со стомой, количество повторных резекционных вмешательств на прямой кишке. Описанные методики позволяют с высокой эффективностью проводить лечение НА с сохранением функциональности анастомоза и являются методом выбора.

36. Лечение ГЭРБ у пациентов после продольной резекции желудка в ближайшем послеоперационном периоде

Ким Д.А. (1,2), Анищенко В.В. (1,2),
Патрушев П.А. (1,2), Козлов А.В. (1,2)

Новосибирск

1) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, 2) АО МЦ АВИЦЕННА Группы компаний Мать и Дитя

Актуальность. Продольная резекция желудка, самая популярная бариатрическая операция в мире, негативно влияет на состояние пищеводно-желудочного перехода и является фактором риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), что подтверждается исследованиями последних лет. Материал и методы. Проспективное контролируемое исследование 42 пациентов с ГЭРБ после перенесенной лапароскопической продольной резекции желудка со сроками послеоперационного периода от одного до шести месяцев. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (21 пациент) проходила комплексное лечение, включающее базисную консервативную терапию, дополненную эндоскопической инъекцией ботулотоксина в привратник; группа сравнения (23 пациента) получала только базисную консервативную терапию. Все пациенты, включённые в исследование, прошли анкетирование с использованием опросника GERD-HRQL. Полученные результаты и обсуждение. В основной группе ботулинический токсин вводили во время проведения фиброгастроскопии в суммарной дозировке 100 единиц в пилорическую мускулатуру в четырех точках. По данным опросника GERD-HRQL при поступлении статистически значимых различий в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$), средняя балльная оценка в первой группе составила 31,5 балла, во второй группе 31,0 балла. При дальнейшем наблюдении и анкетировании пациентов, отмечено, что в основной группе через 1 месяц после инъекции ботулотоксина общая балльная оценка снизилась до 9,4 баллов, что достоверно ($p < 0,05$) отражало положительную динамику в течение ГЭРБ. Некоторая положительная динамика присутствовала и в группе сравнения (средняя оценка 27,6 балла), что отражало эффективность консервативной терапии. Через 3 месяца наблюдения балльные оценки в обеих группах сопоставимы со значениями опросника GERD-HRQL (через 1 месяц, $p > 0,05$) и

показывали высокий уровень контроля над явлениями ГЭРБ в основной группе. Спустя 6 месяцев с начала лечения в основной группе отмечено некоторое увеличение общей средней оценки до 16,2, что, вероятно, связано со снижением клинического эффекта ботулотоксина, тем не менее, средняя оценка достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), а общая удовлетворенность пациентов относительно контроля над симптомами ГЭРБ составляла 85% (удовлетворительно + нейтрально). В группе сравнения спустя 6 месяцев не отмечено значимой и достоверной динамики, а общая неудовлетворенность состоянием сохранилась на уровне 65%. Выводы. Полученные результаты показывают, что целенаправленное воздействие на внутрижелудочное давление путем эндоскопической инъекции ботулотоксина в привратник показывает высокую эффективность в контроле над гастроэзофагеальным рефлюксом у пациентов после рукавной резекции желудка. Манипуляция безопасна, технически проста, не требует специальной подготовки и оборудования и может быть проведена амбулаторно. Указанный метод не несет патогенетическую направленность в лечении и может быть использован у пациентов временно в ближайшем послеоперационном периоде.

37. Робот-ассистированные операции при больших параэзофагеальных грыжах с развитием торакального желудка

*Воронцов О.Ф. (1,2), Толочик В.В. (1),
Арутюнов Г.Г. (2), Мюллер Т. (1), Грэм К. (1)*

1) Хоф, Германия, 2) Волгоград

1) Сана Клиникум Хоф, 2) ВолгГМУ

Актуальность. Количество параэзофагеальных грыж в общей статистике грыж пищеводного отверстия диафрагмы не превышает 5%. Различают две большие группы параэзофагеальных грыж: upside-down-stomach и thoracic stomach, которые имеют различные механизмы развития. Торакальный желудок очень часто сочетается с наличием так называемого короткого пищевода "short esophagus". Наличие таких жалоб, как давление и

боли в грудной клетке после приема пищи, изжога, частые бронхиты и пневмонии, а также железодефицитная анемия (более 30% пациентов) или признаков ущемления грыжи диктуют необходимость оперативного лечения данной патологии. Современным стандартом хирургического лечения параэзофагеальных грыж являются лапароскопические или робот-ассистированные вмешательства. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ ближайших послеоперационных результатов лечения 36 пациентов: 29 (80,6 %) женщин и 7 (19,4%) мужчин, с большими параэзофагеальными грыжами, которые были оперированы с помощью роботической системы da Vinci, в период с ноября 2019 по декабрь 2021 года. Средний возраст пациентов составил 68,6 лет в диапазоне от 46 до 91 года. У 5 (13,9%) пациентов при гастродуоденоскопии были обнаружены язвы Кэмерона (Cameron lesions), у 1 (2,8%) - сочетание язв Кэмерона и петлической язвы дистального отдела пищевода типа Савари. По поводу ущемления желудка и/или кишечника в параэзофагеальной грыже были оперированы 3 (8,3%) больных. Результаты. Из 36 пациентов, включенных в наше исследование, у 11 (30,6%) была выполнена хиатопластика с применением сетчатого имплантата, у 25 (69,4%) - операция закончилась первичным швом ножек диафрагмы. У 8 (22,2%) больных, с уже известным анамнезом рефлюксной болезни, была выполнена фундопликация по Тупе, остальным 28 (77,8%) - гемифундопликация по Дору. Среднее время операции на консоли роботической установки составило 54 минуты. У 1 (2,8%) больного возник ятрогенный пневмоторакс слева, который был купирован установкой торакального дренажа. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (8,3%) пациентов: у 2 (5,5%) развилась пневмония, которая потребовала применения антибиотика широкого спектра, у 1 (2,8%) пациентки 91 года, на 3 сутки после операции произошла перфорация в дистальной части пищевода, где до операции была диагностирована глубокая пептическая язва. Заднее средостение было дренировано под контролем КТ и на фоне проводимой эндовакуумной терапии дефект пищевода полностью закрылся. В послеоперационном периоде у 4 (11,1%) больных сохраняется изжога, легко купирующаяся приемом ингибиторов протонной помпы. Летальных исходов не было. Заключение. Роботические операции по поводу больших, нередко осложненных, параэзофагеальных грыж, могут и должны выполняться наряду с лапароскопическими вмешательствами. При определенном опыте

длительность операции не превышает одного часа. Детализация изображения и его увеличение до 14 раз позволяет на безопасном уровне максимально мобилизовать короткий пищевод. Фиксацию сетки к диафрагме выполнить несравнимо легче, чем при лапароскопическом вмешательстве.

38. Оценка средне- и долгосрочных результатов резекционного лечения больных с хроническим панкреатитом

*Воронцов О.Ф. (1,2), Толочик В.В. (1),
Арутюнов Г.Г. (2), Михин И.В. (2),
Раделлефф Б. (1), Грэм К. (1)*

Хоф, Германия, 2) Волгоград

1) Сана Клиникум Хоф, 2) ВолгГМУ

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующее воспалительное заболевание, приводящее к необратимому замещению паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) фиброзной тканью. У пациентов, в течении долгого времени страдающих ХП, смертность повышена в 5 раз, риск развития злокачественных опухолей ПЖ увеличивается до 16 раз, а продолжительность жизни меньше, в среднем, на 8 лет по сравнению со здоровой популяцией. Подавляющее большинство пациентов с ХП перед операцией проходят через долголетнее, многоэтапное эндоскопическое лечение. Более чем у 60% больных ХП, несмотря на регулярные малоинвазивные интервенции, развивается выраженный рефрактерный болевой синдром и тяжелые сочетанные морфологические осложнения, которые диктуют необходимость радикального хирургического лечения. Цель исследования: выявление прогностических факторов, позволяющих определить оптимальное время выполнения резецирующей операции и добиться долгосрочного клинического улучшения состояния пациентов с ХП. Материалы и методы. В период с 01.2018 по 12.2021 в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии больницы Сана Клиникум Хоф, в связи с различными осложнениями ХП, было выполнено 49 резекционных вмешательств на ПЖ открытым или роботическим (система da Vinci) способом: пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная

резекция (ППДР) - 26 (53%), левосторонняя резекция ПЖ с или без сохранения селезенки - 11 (22,5%), операция Фрея - 2 (4,1%), панкреатэктомия - 10 (20,4%). Наряду с другими важными параметрами, такими как количество послеоперационных осложнений, способы их минимально-инвазивной коррекции, мы оценивали болевой синдром по шкале ВАШ до и после резекции ПЖ. Время наблюдения составило от 6 месяцев до 4 лет. Результаты. В послеоперационном периоде у 8 (16,3%) пациентов развились хирургические осложнения. В 3 (6,1%) случаях была диагностирована недостаточность панкреатодигестивного анастомоза (класс А у 2 (4%) пациентов, класс В у 1 (2,1%) пациентки, что потребовало установки дренажа под контролем КТ). У 4 (8,2%) больных развилась недостаточность билиодигестивного анастомоза, которая была купирована путем установки чрескожно-чреспеченочного дренажа. У 1 (2%) пациентки, после левосторонней резекции ПЖ, развилось массивное послеоперационное кровотечение, потребовавшее выполнения релапаротомии, перезекции культи ПЖ и ее дополнительного ушивания. Тридцатидневная госпитальная летальность составила 2% (1 пациент). У 41 пациента (84,2%), после резекционных вмешательств на ПЖ, интенсивность болей снизилась с 7,9 до 1,8 по визуально-аналоговой шкале. У пациентов, которые были оперированы позже 40 месяцев от начала клинических проявлений ХП и 36 месяцев после начала эндоскопического лечения, имели значительно более частые послеоперационные осложнения и худшие показатели редукции абдоминальной боли. Выводы. Категория пациентов с тяжелыми сочетанными осложнениями хронического рецидивирующего панкреатита требует прецизионного подхода - индивидуального плана лечения. Резекционные вмешательства на ПЖ, выполненные в ранние сроки от начала заболевания, позволяют добиться значительно лучших результатов: как числа послеоперационных осложнений, так и качества жизни, немаловажной частью которого является купирование или значительная редукция болевого синдрома. Только детально проработанный концепт лечения с регулярным участием хирургов, интервенционных радиологов и эндоскопистов может привести к успешным результатам.

39. Опыт реконструктивно-пластического лечения осложнённых форм язвенного колита

Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность: Проблема хирургического лечения язвенного колита не является окончательно решенной и стандартизированной. Колопроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза и протективной илеостомией – «золотой» стандарт реконструктивно-пластических операций при осложнённых формах, однако возможность выполнения такой операции решается индивидуально в каждом случае. В мировом хирургическом сообществе не существует протоколов, регламентирующих этапность хирургического лечения язвенного колита. Культит, как проявление резидуального язвенного колита, в послеоперационном периоде доставляет значительные неудобства как хирургам, так и пациентам. Отсутствуют убедительные данные о явных преимуществах и недостатках лапароскопических и открытых вариантов реконструктивно-пластических вмешательств. Материалы и методы: В клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с 2012 по 2021 года были оперированы 76 пациентов по поводу осложненных форм язвенного колита. В 59 (77,6%) случаях из 76 произведено реконструктивно-пластическое хирургическое вмешательство (колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза и протективной илеостомией). В 17 (22,4%) случаях – другие виды операций. Из этих 59 пациентов у 38 (64,4%) операция выполнена в 1 этап. У остальных 21 (35,6%) пациентов - в 2 и более этапов. Следует отметить, что в 8 (13,6%) случаях выполнена лапароскопическая колпроктэктомия с экстракорпоральным формированием илеального резервуара и выведением протективной илеостомы через технологическое отверстие. В 32 (54,2%) случаях с целью снижения риска культита, как резидуального язвенного колита, выполнена колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального

анастомоза, высокочастотной электротермической мукоэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией. В остальных 27 (45,8%) случаях, как стандартный вариант, слизистая культи прямой кишки удалена не была. Пациентам регулярно выполняли обследования согласно разработанной в клинике программе динамического послеоперационного наблюдения: ректорезервуароскопию с биопсией культи прямой кишки и илеального резервуара для морфологического исследования; рентгенрезервуарографию; СКТ с виртуальной ректорезервуароскопией; МРТ; анкетирование опросниками качества жизни. Полученные результаты: Статистически значимой разницы в количестве и структуре послеоперационных осложнений у пациентов в зависимости от типа реконструктивно-пластического хирургического вмешательства (открыто или лапароскопически, в 1 или в 2 этапа, а также стандартно или с высокочастотной электротермической мукоэктомией культи прямой кишки) выявлено не было. Функциональные результаты (кратность стула, функция держания анального сфинктера) при выполнении лапароскопически и открытой реконструктивно-пластической операции, в 1 или 2 этапа, а также с высокочастотной электротермической мукоэктомией культи прямой кишки и без неё статистически не различались. В отдалённом послеоперационном периоде эпизодов культита у пациентов, перенесших высокочастотную электротермическую мукоэктомию культи прямой кишки, отмечено не было. Выводы: При осложненном течении язвенного колита является возможным выполнение одноэтапного реконструктивно-пластического вмешательства как в открытом, так и лапароскопическом варианте. Высокочастотная электротермическая мукоэктомия культи прямой кишки в комплексе реконструктивно-пластического лечения осложненных форм язвенного колита позволяет исключить риск культита в послеоперационном периоде.

40. Паллиативные операции при дисфагии по данным системы ОМС

Гавщук М.В. (1, 2), Гостимский А.В. (3),
Лисовский О.В. (1), Лисица И.А. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, 2) СПб ГБУЗ «Городская больница №26», 3) СПб ГБУЗ «ДГБ №1»

Актуальность. Для обеспечения энтерального питания при дисфагии первоначально выполнялась гастростомия через лапаротомию. В настоящее время существуют малоинвазивные эндоскопические операции, направленные на восстановление проходимости верхних отделов пищеварительного тракта, пункционные методики гастростомии. Дисфагией страдают больные различными заболеваниями, поэтому нет единой базы этих пациентов и проводимых вмешательств. В Российской Федерации большинство операций проводятся в хирургических стационарах и оплачиваются в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), что позволяет провести анализ операций. Материалы и методы. По запросу в Санкт-Петербургский территориальный фонд ОМС получена выборка за период с 01.01.2015 по 26.10.2020, содержащая 5344 случая оказания помощи взрослым пациентам. Проведен анализ следующих данных: пол, возраст пациента, название медицинской организации, даты госпитализации и выполнения операции, код МКБ заболевания, код тарифа операции и код тарифа случая госпитализации согласно Генеральному тарифному соглашению, исход госпитализации. Учитывая, что некоторые тарифы применяются для различных операций, из выборки исключены случаи с неподходящими кодами МКБ основного заболевания. Результаты. За период с 01.01.2015 года по 26.10.2020 года Санкт-Петербургским Территориальным фондом ОМС оплачены 2966 операций коррекции дисфагии. Среди них 2119 (71,4%) случаев, соответствующих гастростомии у взрослых пациентов и 847 (28,6%) случаев, соответствующих реканализации и стентированию пищевода. В 1561 (52,6%) наблюдении выполнена лапаротомная гастростомия, чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) – в 558 (18,8%) случаях. Существенного различия групп больных по половому составу не отмечено. Среди больных, перенесших гастростомию – 1304 (61,5%) мужчин и 815 (38,5%) женщин. У пациентов, перенесших реканализацию и стентирование пищевода – 571

(67,4%) мужчин и 276 (32,6%) женщин. Статистически значимого различия по возрастному составу групп пациентов при использовании метода Манна-Уитни не выявлено ($p > 0,05$). Лапаротомная гастростомия чаще (55,9% случаев) применялась у онкологических больных, ЧЭГ – у пациентов с ЦВБ и ОНМК (61,6% случаев), реканализация и стентирование пищевода выполнены при карциномах в 95,6% случаях. Обсуждение. Лапаротомная гастростомия является более травматичной, но выполняется чаще пункционных. Это связано с меньшей доступностью современных методик и высокой стоимостью импортных расходных материалов. Следует отметить особенности практического обучения, которое часто проводится во время операции на больном. Повышение доступности малоинвазивных пункционных методик возможно за счет внедрения симуляционного обучения ЧЭГ, уменьшения стоимости расходных материалов при отечественном производстве. При недоступности пункционной гастростомии возможно снижение травматичности операции за счет уменьшения доступа и прижимного способа формирования свища, аналогично пункционной гастростомии (патент RU2745655C1). Выводы. 1) Гастростомия является самой распространенной операцией по поводу дисфагии. 2) Преимущества малоинвазивных пункционных гастростом определяют необходимость более частого применения данных методик. 3) Повышение доступности пункционных способов гастростомии возможно при внедрении симуляционного обучения и снижении стоимости расходных материалов за счет импортозамещения. 4) Минимальная гастростомия через минилапаротомию может рассматриваться как альтернатива лапаротомной гастростомии при невозможности выполнения пункционных методик. Рекомендации. В качестве паллиативной операции для обеспечения энтерального питания у больных с дисфагией рекомендуются малоинвазивные вмешательства. Чрескожные пункционные гастростомы являются оптимальными способами наложения питательного свища. При невозможности пункционной гастростомии целесообразно использовать минимальную гастростомию через минилапаротомный доступ.

41. Лапароскопические и робот-ассистированные резекции при осложненном дивертикулите сигмовидной кишки

Воронцов О.Ф. (1,2), Толочик В.В. (1),
Арутюнов Г.Г. (2), Михин И.В. (2),
Мюллер Т. (1), Грэм К. (1)

1) Хоф, Германия, 2) Волгоград

1) Сана Клиникум Хоф, 2) ВолгГМУ

Актуальность. В настоящий момент стандартом хирургического лечения осложненных форм дивертикулита является минимально-инвазивная резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза. Резецирующие вмешательства на толстой кишке довольно часто ассоциированы с развитием послеоперационных осложнений, частота которых составляет 6–25%, а частота несостоятельности анастомозов на прямой кишке колеблется в диапазоне от 6 до 40%. Одной из возможностей снизить частоту послеоперационных осложнений после отсроченных минимально инвазивных резекций сигмовидной кишки может являться применение периоперативной кишечной деконтаминации у пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни. Цель: оценить возможности селективной периоперативной деконтаминации кишечника у пациентов с острым дивертикулитом сигмовидной кишки, осложненным прикрытой перфорацией, как формы дивертикулярной болезни, на количество общих и хирургических послеоперационных осложнений после лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств. Материалы и методы. Проведен проспективный и частично ретроспективный анализ ближайших послеоперационных результатов лечения 211 пациентов с острым осложненным дивертикулитом сигмовидной кишки и прикрытой перфорацией дивертикула, которые были оперированы в период с января 2015 по декабрь 2021 года. Больные были разделены: на группу А – 123 (58,3%) пациента, из которых 70 (33,2%) - перенесли лапароскопические и 53 (25,1%) - робот-ассистированные операции с комплексной деконтаминацией кишечника, и группу В – 88 (49,2%) пациентов, которым лапароскопические вмешательства были выполнены без деконтаминации. Резекцию сигмовидной кишки во всех случаях завершали формированием первичного аппаратного анастомоза. Результаты. Из 211 пациентов, включенных в наше исследование, хирургические послеоперационные осложнения,

такие как: недостаточность анастомоза, острая спаечная кишечная непроходимость, кровотечение из зоны анастомоза, внутрибрюшное кровотечение и локальный перитонит возникли у 14 (11,4%) из 123 пациента группы А и у 17 (19,3%) из 88 – группы В. Экстраабдоминальные (нехирургические) осложнения были диагностированы у 11 из 123 (8,9%) пациентов группы А и у 7 (8,0%) из 88 пациентов группы В. Таким образом в группе А было отмечено меньшее суммарное количество послеоперационных осложнений – у 25 (20,3%), чем в группе В – у 24 (27,3%) пациентов. Частота несостоятельности анастомозов была ниже в группе А и отмечена у 2 (1,6%) пациента, в группе В – у 4 (4,6%) пациентов. Частота раневых осложнений в группе А составила 7 (5,7%), в группе В – 10 (11,3%) случаев. Летальных исходов не было. Заключение. Используемая схема пероральной антибактериальной деконтаминации, в сочетании с механическим очищением кишечника осмолярными растворами, позволила снизить частоту недостаточности анастомоза на прямой кишке, локальных раневых, хирургических и общее число осложнений после операции.

42. Становление и развитие системы медицинской помощи при дорожной политравме

Есипов А.В., Фокин Ю.Н., Есипов А.С.

Красногорск

ФГБУ "ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского" Минобороны
России

Актуальность. Дорожно-транспортный травматизм – одна из актуальных социальных проблем. По данным ВОЗ в ДТП на планете ежегодно погибает свыше 1.2 млн. человек и свыше 10 млн. получают травмы различной степени тяжести. По показателям травматизма на дорогах РФ занимает 72 место из 175 стран. Цель. Представить исторические, а также организационно-клинические аспекты становления и развития системы медицинской помощи при дорожной политравме (ПТ). Материалы и методы. В середине прошлого века в экономических развитых государствах начала формироваться организационная система оказания помощи при ПТ, которая со временем получила название

«Травмосистема». В ее основе труды известных военно-полевых хирургов - Я.В Виллие, Д.Ж Ларрея, Н.И Пирогова, В.А. Опеля. Важные исторические вехи становления системы оказания помощи при политравме: 1925 г. - Л. Беллер в Вене организовал первый специализированный госпиталь для лечения пострадавших с травмами; 1957 г. - заступил на дежурство первый реанимобиль, созданный по инициативе профессора Гейдельбергского университета К.Х. Бауэра; 1960 г. - в Балтиморе начал работу первый травматологический центр, организованный профессором А. Коули. Отечественная система оказания помощи пострадавшим с травмами стала формироваться с организацией в 1928 г. Московского НИИ скорой помощи им Н.В Склифосовского и в 1932 г. Ленинградского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Идеологом и первым создателем организационной системы оказания помощи пострадавшим с тяжелой травмой по праву признан начальник кафедры военно-полевой хирургии Военно- медицинской академии Александр Николаевич Беркутов (1955-1973). Он доказал, что эффективность данной системы определяют следующие основные факторы: время и качество оказания медицинской помощи на месте происшествия, в машине скорой помощи, в шоковой операционной приемного отделения, протившоковой палате отделения реанимации и интенсивной терапии специализированного центра. На данных принципах и была в конце 50-х годов организована работа кафедры ВПХ академии. В 1958 г. при непосредственном участии А.Н. Беркутова на базе автобуса ПАЗ-651 был создан первый отечественный реанимобиль, который получил название «штурм-машина». Результаты. В настоящее время создана трехуровневая система оказания медицинской помощи при тяжелой сочетанной травме (приказ МЗ РФ № 927н от 15.10.2012г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с множественными, сочетанными и изолированными травмами, сопровождающиеся шоком»). С 2017 г. ФГБУ «ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского» включен в региональную систему оказания помощи пострадавшим в ДТП в качестве травматологического центра первого уровня. За это время в госпиталь поступило 1104 пострадавших. Выводы. Внедрение современных организационных методов управления и высокотехнологичных способов диагностики и лечения при ПТ, базирующихся на принятой периодизации травматической болезни и объективных оценках степени тяжести ПТ, позволило снизить летальность на 3,7%.

43. Две модели травматологических центров 1-го уровня: организационно-клиническая тактика при дорожной травме и COVID-19

Фокин Ю.Н., Есипов А.С.

Красногорск

ФГБУ "ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского" Минобороны
России

Актуальность. Совершенствование системы работы региональных травматологических центров (ТЦ) при сочетанной дорожно-транспортной травме (СДТТ) в разных условиях функционирования – одна из важных государственных задач. Материал и методы. Ретроспективно изучена медицинская документация за период с 2017 – 2021 гг. на 955 пострадавших с СДТТ и шоком, которые находились на лечении в ТЦ 1-го уровня: 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского и Городская больница № 26. Результаты и обсуждения. В структуре медицины катастроф среди ТЦ 1-го уровня выделены две региональные модели: одноэтапная и многоэтапная. Лечебно-диагностический процесс в данных ТЦ организован в контексте учения о травматической болезни и тактики damage control. В основе их функционирования – территориальные и эвакуационные особенности формирования входящего потока пострадавших. Так, в больницу № 26 г. Санкт-Петербурга пациенты направлялись санитарным автотранспортом непосредственно с места дорожно-транспортного происшествия (ДТП). Лечение проводилось до завершения клинического случая. В госпиталь им. А. А. Вишневского преобладают пострадавшие, которые эвакуированы во втором и третьем периоде ТБ из других ТЦ Московской области. После выполнения высокотехнологичных оперативных вмешательств они переводились для завершения лечения в лечебные учреждения министерства здравоохранения. В 2021 г. в больницу № 26 поступило 445 пациентов с СДТТ. Из них - 58 с шоком. Диагностирован COVID-19 у 6 пострадавших, которые переведены в перепрофилированные региональные ТЦ. В госпиталь им. А.А. Вишневского направлено 111 пострадавших. Вирусная пневмония диагностирована в двух случаях. Для дальнейшего лечения они эвакуированы в ТЦ специализированный под COVID-19. Внедрение в практику алгоритма диагностики вирусной пневмонии в сочетании с ушибом легкого способствовал своевременному установлению окончательного диагноза и принятию обоснованного решения по тактике лечения. Общая

летальность в анализируемых группах в Городской больнице № 26 - 15,0%, в госпитале им. А.А. Вишневского составила – 12,2%. Опыт работы данных ТЦ изложен в монографии «Фундаментальные вопросы высокотехнологичной медицинской помощи при дорожно-транспортной политравме»(М.,2021). Выводы. В ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского и больнице № 26 г. Санкт-Петербурга организованы и эффективно функционируют региональные модели ТЦ, которые соответствуют современной концепции оказания специализированной медицинской помощи при сочетанной травме; это перепрофилирование ряда региональных ТЦ для пострадавших с COVID-19 позволило в условиях пандемии эффективно оказывать помощь пострадавшим в ДТП.

44.Реконструкция посттравматических дефектов мягких тканей кисти

*Бирюков С.Н., Каплунов О.А., Ласков И.Г.,
Королева Д.Ю., Китаева А.В., Шаповалов С.А.*

Волгоград

ВолгГМУ

Введение. По данным различных авторов травмы и повреждения кисти составляют от 20 до 60% среди механических травм опорно-двигательного аппарата. При этом от всех травм кисти открытые повреждения встречаются в 15,5-75% случаев. Потеря трудоспособности по этой причине составляет 30% от общего количества всей нетрудоспособности. Социально-экономические потери общества от последствий повреждений кисти велики, что в значительной мере связано как с последствиями тяжелых травм, так и неправильно и несвоевременно оказанной медицинской специализированной помощью. Обширные дефекты кожи до 60% случаев сопровождаются разможением мягких тканей с нарушением целостности сосудов, нервов, костных структур. Основные причины повреждений кисти связаны с нарушением техники безопасности при обращении на производстве, при неправильном использовании электрических приборов в быту и строительстве. Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с посттравматическими дефектами

мягких тканей кисти. Материалы и методы. Объектом исследования стали 35 пациентов, ранее оперированных в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ «ВОКБ №1» в период с 2019 по 2021 год. Давность наличия дефекта находилась в периоде от 1 дня до 8 мес. По гендерной градации пациентов преобладали мужчины – 25 человек. Возраст пациентов составлял от 16 до 70 лет. До оперативного лечения выполняли лабораторное, рентгенологическое исследования, при необходимости КТ ангиографию конечности. Результаты. В период наблюдения, составивший от 4 месяцев до 1,5 лет, оценивали результаты оперативного лечения как удовлетворительные и неудовлетворительные. У 25 пациентов кожные покровы были закрыты полностью, 10 - потребовались последующие реконструктивно-оперативные вмешательства. Во всех 35 случаях отмечена субъективная удовлетворённость результатами оперативного лечения. Выводы. Реконструкция посттравматических дефектов мягких тканей кисти на ранних сроках предупреждает развитие гнойных осложнений, что способствует минимальным срокам лечения и функциональной реабилитации пациента.

45.Лапароскопические операции при прободной язве – почему так редко?

*Османов З.Х., Семенов Д.Ю., Корольков А.Ю.,
Бельтюков П.П., Кузнецова И.А., Артемук С.Д.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, НИИ хирургии и неотложной медицины

Актуальность. При перфорации гастродуоденальной язвы ушивание или оментопексия являются самыми распространенными вмешательствами в мире и выполняется более чем в 90% случаев (Сажин А.В. и соавт., 2020; Leusink A. et all., 2018). Лапароскопические операции используются в среднем по РФ только в 10,7 % случаев и только в отдельных центрах чаще (Ревитшвили А.Ш. и соавт., 2021). При этом экстренные аппендэктомия и холецистэктомия выполняются в 33% и 62% случаев соответственно. При анализе литературы оказалось,

что основными причинами столь редкого использования этой методики остаются неуверенность в надежности эндовидеохирургического шва и сомнения в лапароскопической санации брюшной полости. Целью настоящего исследования стало обоснование безопасного использования эндовидеохирургии в лечении пациентов с прободными язвами, основываясь на изучении особенностей перитонита, гистологических и ИГХ исследований краев осложненных язв и анализа клинических результатов лечения пациентов. Материалы и методы. Обследованы 288 пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвой (138 оперированы лапароскопическим и 150 традиционным способом). Для изучения биохимических и микробиологических особенностей перитонита выполнены 77 исследований, где определялись повреждающие и защитные механизмы. Гистологические и ИГХ исследования краев перфоративных язв для изучения возможностей регенерации выполнены 48 пациентам. Проведен анализ непосредственных результатов лечения оперированных пациентов. Результаты. Прогрессирование перитонита при перфоративной гастродуоденальной язве зависит от соотношения агрессивных и защитных свойств перитонеального содержимого. Значимое инфицирование происходит в среднем спустя 16 часов от момента перфорации. Инактивация соляной кислоты бикарбонатами происходит практически мгновенная, в 98% определялась слабощелочная среда. Повреждение брюшины связано в основном с воздействием трипсина и ему подобных ферментов, а протективными белками являются ?-макроглобулины, которые объясняют наличие антипротеолитических свойств в выпоте. Только после их истощения развивается парез кишки с массивным обсеменением брюшной полости. До этого момента санацию необходимо и достаточно выполнять химически инертными растворами для предотвращения дальнейшего повреждения брюшины. Гистологические и иммуногистохимические исследования выявили важные особенности в краях прободных язв. При перфорации, в отличие от других язв, минимально выражены секвестрированные участки некроза, преобладает плазмодитарная и эозинофильная инфильтрация с наличием молодых фибробластов и практически неизменной мышечной стенкой. Обнаруженные изменения и высокая, равномерно распределенная, пролиферативная активность (Ki-67 выше 50%), наличие фибробластов способствуют быстрому заживлению при сближении краев язвы без формирования грубого рубца.

Непосредственные результаты показали высокую эффективность лапароскопического ушивания перфоративных язв, сравнимую с традиционным. Количество несостоятельности эндовидеохирургических швов сопоставимо с традиционным ушиванием (1,5% и 1,3% соответственно). Прогрессирования перитонита, образования внутрибрюшных абсцессов после лапароскопической санации теплым физиологическим раствором не наблюдалось. Выводы. На основании выполненных микробиологических, биохимических и морфологических исследований, а также изучения непосредственных результатов лечения мы пришли к заключению, что лапароскопические операции у пациентов с прободными пилоробульбарными язвами являются технически выполнимыми в 98% случаев и дают сопоставимые с традиционным методом непосредственные результаты. Сомнения в эффективности эндовидеохирургии при лечении пациентов с прободными язвами являются необоснованными и необходимо рекомендовать этот метод для более широкого применения.

46.Трехбраншевый сосудорасширитель для оптимизации сосудистого протезирования в неотложной хирургии

Ибрагимов Р.И.

Санкт-Петербург

ВМедА им. С.М. Кирова

Актуальность. Улучшение качества оказания помощи пострадавшим с травмой магистральных сосудов конечностей (ТМСК) остается одной из актуальных проблем хирургии повреждений, поскольку такие травмы сопровождаются высокой летальностью, длительной нетрудоспособностью и зачастую приводят к инвалидности. Встречаемость ТМСК относительно невысока и остается неизменной на протяжении многих лет – 2-3% в общей структуре травм мирного времени. При ТМСК возникает ишемия, которая по классификации В.С. Савельева, И.И. Затевахина подразделяется на компенсированную, некомпенсированную и необратимую. Операция временного протезирования (ВП) проводится пострадавшим с

некомпенсированной ишемией конечности. Чаще всего ВП выполняется импровизированными сосудистыми протезами из полихлорвиниловых трубок от систем для переливания крови. Операция ВП является первым этапом восстановления проходимости магистрального сосуда. В последующем пострадавшему потребуются специализированная хирургическая помощь для окончательного восстановления проходимости сосуда. При выполнении операции ВП хирург сталкивается с определенными трудностями: спазм гладких мышц травмированного целевого сосуда, несоответствие диаметров данного сосуда и импровизированного сосудистого протеза в пользу последнего, что влечет за собой потребность в дилатации проксимального и дистального концов поврежденного сосуда. Цель исследования. Оценить целесообразность и возможность применения вновь разработанного устройства – трехбраншевого сосудорасширителя – в ходе операции временного протезирования артерии в эксперименте. Материал и методы. Трехбраншевый сосудорасширитель по нашим чертежам был изготовлен в «МИЗ-Ворсма» и представляет собой пинцет с тремя инвертированными браншами. Плоскость, образуемая парными браншами, перпендикулярна третьей непарной бранше. Работа инструмента осуществляется за счет приложения силы хирурга к парным браншам. За счет инвертированного строения последних осуществляется их разведение (первый компонент процесса расширения сосуда). Непарная бранша неинвертирована, ее движение вниз (второй компонент процесса расширения сосуда) вызывается прогибанием вниз пластинки, расположенной между парными браншами. В момент растяжения сосуда, между парными браншами образуется пространство, через которое в сосуд вводится временный протез. В рамках курса хирургии повреждений «СМАРТ» на трех анестезированных крупных биологических объектах (свиньях, массой 45, 50, 51 кг) нами проведены операции временного протезирования бедренных артерий (диаметры сосудов от 3,9 до 4,3 мм) ПВХ-протезом длиной 3 см и наружным диаметром 5 мм (система от капельного введения инфузионных растворов). Концы протеза фиксировали лигатурами к стенке артерии. Время проведения манипуляции с использованием глубинного механического трехбраншевого сосудорасширителя и без него фиксировали с помощью секундомера. При этом, время, потраченное для доступа к сосудам и фиксацию протеза к артерии, не учитывалось. Наблюдение за животными осуществляли в течение 1,5 ч. Результаты. На

установку временного протеза в артерию с использованием сосудорасширителя выполнялась потребовалось 41,1 (39,3-43,4) сек, в операции участвовал один ассистент. Аналогичная операция с двумя ассистентами без использования сосудорасширителя заняла 59,3 (56,8-59,9) сек. После снятия сосудистых зажимов и восстановления естественного кровотока через временный протез, «подтеканий» на видимом протяжении не было обнаружено. Важно отметить, что манипуляция временного протезирования без использования сосудорасширителя дважды осложнялась эпизодами соскальзывания сосуда со стенки протеза, что приводило к массивному кровотечению, чего не было отмечено при использовании расширителя. Выводы. Разработанное устройство для временного протезирования эффективно расширяет просвет сосуда среднего и крупного калибра в трех направлениях, позволяя облегчить введение трубки в просвет. Использование данного устройства сокращает сроки выполнения операции и требует меньшего числа ассистентов. Практическая значимость. Полученные выводы позволяют сделать заключение, что трехбраншевый сосудорасширитель облегчит операцию временного протезирования на любом этапе хирургической помощи и уменьшит нагрузку на операционную бригаду. Облегчение операции временного протезирования в свою очередь приведет к снижению количества раненых с ишемией конечности и потенциально может снизить число ампутаций.

47. Сравнительные результаты лапароторакоскопической операции типа Льюиса при хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода

*Аллахвердян А.С.(1), Анипченко А.Н.(1),
Анипченко Н.Н.(2)*

Москва

1) Больница Центросоюза РФ, 2) ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Цель. Проведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов лапароторакоскопической операции типа Льюиса при раке пищевода. Пациенты и методы. Проведен анализ как непосредственных, так и отдаленных результатов (2-х и 3-х летняя выживаемость) лечения рака пищевода. В исследование включены пациенты, наблюдавшиеся не менее 36 месяцев (оперированы в 2014-2018 гг.). Основную группу составили 36 пациентов (2015-2018гг.), которым была выполнена субтотальная резекция пищевода комбинированным лапароскопическим и правосторонним торакаоскопическим доступом (лапароторакоскопическая операция типа Льюиса). Вторая группа - 52 пациента, перенесшие традиционную «открытую» операцию комбинированным лапаротомным и торакотомным доступами (операция Льюиса). У всех пациентов была II-III стадия заболевания. В исследование были включены пациенты после радикальных операций (R0). Результаты. В первой группе пациентов послеоперационные осложнения были отмечены у 4 (11,1%). А во второй группе - у 8 (15,4%) ($p=0,023$). При этом послеоперационная летальность в первой группе составила 2,6% (1 пациент), а во второй - 5,8% (3 пациента) ($p=0,046$). Проведено исследование объема выполненной лимфаденэктомии. По количеству удаленных лимфатических узлов в первой (32 ± 4) и второй (26 ± 3) группах статистически достоверной разницы не было выявлено ($p=0,071$). Выживаемость после лапароторакоскопической операции оказалась достоверно выше: двухлетняя - 66,7% (24/36), против 51,9% (27/52) во второй группе ($p=0,038$). Трехлетняя выживаемость в первой группе - 48,6%, а во второй - 44,2% (23/52) ($p=0,043$). Заключение. Преимущества лапароторакоскопических субтотальных резекций пищевода по типу Льюиса связано с меньшим травматизмом. Это привело к уменьшению количества осложнений, ранней активизации в послеоперационном периоде, минимальному

потреблению опиоидных анальгетиков и сокращению сроков стационарного лечения. Эти факторы, вероятнее всего, повлияли на то, что достоверно лучшими оказались и отдаленные результаты лечения после лапароторакоскопических операций типа Льюиса.

48. Анализ эффективности пневмонэктомии торакаоскопическим доступом при лечении рака легкого

*Аллахвердян А.С.(1), Анипченко А.Н.(1),
Анипченко Н.Н.(2)*

Москва

1) Больница Центросоюза РФ, 2) ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Цель: Оценить эффективность пневмонэктомии торакаоскопическим доступом при немелкоклеточном раке легкого на основании сравнительного анализа непосредственных результатов и трехлетней выживаемости. Пациенты и методы: В 2015-20 г. по поводу немелкоклеточного рака легкого было выполнено 79 пневмонэктомий: 51 торакаоскопическим доступом (срок наблюдения более 3-х лет – 43 (84,3%) пациента), 28 – торакотомным (срок наблюдения более 3-х лет – 28 (100%) пациентов). Для создания торакаоскопического доступа вводили 3 торакопорта 1,5 см. и минипорт 5 см в 4-5 межреберье по переднеаксиллярной линии. В 23,5% (12 из 51) это позволило торакаоскопически выполнить комбинированную пневмонэктомию. Результаты: При торакаоскопическом доступе резекция R0 была выполнена 50 (98,0%) больным. При «открытом», торакотомном, доступе резекция R0 была выполнена 26 (92,9%) больным. Разница статистически не достоверна ($p>0,05$). После операций, выполненных торакаоскопическим доступом, гистологически, в среднем, было исследовано $25,3\pm 3,1$ лимфатических узлов, после «открытых» $21,7\pm 5,1$ лимфатических узла ($p>0,05$). Мобилизация больных после торакаоскопической операции происходила через 18-24 часа после операции. Послеоперационные осложнения при этом у 3-х больных: пневмония, токсический гепатит

и нагноение минидоступа. Продолжительность торакоскопической операции составила 151 ± 9 мин. Все пациенты были экстубированы в операционной, до перевода в палату интенсивной терапии в АРО, где наблюдались менее суток. Средний послеоперационный койко-день составил: после торакоскопических операций $8 \pm 1,5$ суток, после торакотомных - $13 \pm 2,6$. Трёхлетняя выживаемость в первой группе (торакоскопия) - 55,8% (24/43), а во второй (торакотомия) - 46,4% (13/28) ($p=0,043$). Заключение: Торакоскопический доступ позволяет полноценно выполнить расширенные и комбинированные пневмонэктомии при раке легкого. Преимущества торакоскопических операций связаны с возможностью детальной визуализации, удобством гемостаза и прецизионной мобилизации. Меньший травматизм торакоскопических операций создаёт предпосылки для ранней послеоперационной активизации пациентов, уменьшению потребления опиоидов, сокращения сроков стационарного лечения, более ранней реабилитации и расширению возможностей использования комбинированного лечения. Все эти факторы определяют достоверно лучшие отдаленные результаты лечения.

49.125 лет Пензенской хирургии и 70 лет областному хирургическому обществу

*Баулин А.А., Аверьянова Л.А., Баулина Е.А.,
Баулин В.А., Кудрявцев А.С., Баулина О.А.*

Пенза

Кафедра хирургии и эндоскопии
им.проф.Н.А.Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО Минздрава России

Пензенская хирургия прошла ряд исторических этапов фактически аналогично как и в других регионах, только действующие лица разные. 1895-1930 - спонтанная малая паллиативная хирургия и первые энтузиасты в первую очередь в губернской больнице: Лезин, Владимиров, именно у нас работал знаменитый Щёткин, уроженец нашей области - академик Н.Н.Бурденко. В 30-х годах в крупных населённых пунктах стали появляться отдельные активно настроенные доктора, которые стали производить операции малой и средней

сложности в большей степени ургентного плана. Даже сложно представить при уровне медицины и хирургии в те времена до этого, что происходило с экстренно заболевшими пациентами! Так и «косили», видимо, нещадно «Антонов огонь», какая-нибудь «лихоманка», «чёрная оспа». Среди врачей того периода гремели А.Ф.Сойнов в Чембаре - будущий Заслуженный врач и депутат Верховного Совета, Савков, Алипов, Трофимов, Леонова, Протопопов и др. в Пензе. 1941-1945 - развитие за счёт эвакуогоспиталей, где блистательно проявил себя координатор и хирург Маят. Сформировались первые самостоятельные авторитетные местные хирурги: Лившиц, Мишкинд, Некрасов, Федорчукова, Никифорова, Ежова, Вуколикова, Залётный, Иванов, Райш, Бархатова и др. 1945-1960 - решающим толчком в развитии хирургии послужило возвращение в родные пенаты докторов с фронта, которые приглашали к себе и сослуживцев. Так это случилось с пензяком М.Э.Елаевым и курянином С.В.Кульневым. Основной костяк хирургов сгруппировался в Областной больнице (Липлейский, Шумаков), но и опытные хирурги возглавили отделения в больницах города(им.Семашко, ржд, Велозавод) и крупных районных центрах: Кузнецк Каменка. Введена должность главного хирурга области, число хирургов выросло, в 1952 году образовано научно-практическое общество хирургов, которое возглавил главный хирург Кульнев, и проводились 6-9 заседаний за год. Начал шире внедряться масочный наркоз. Не только развивалась хирургия в городе, но и появились авторитетнейшие маститые районные хирурги: Назаревский, Тарбаев, Буланов, Волков, Н.Баулин, Зиненков, Нестеров, Никифорова, Кирюхин, Антонов, Тряпкина, Карагизов, Шаров, Магдеев, Кучурин, Чирков, Настин, Хохлов, Малхасьян, В.Баулин, Елфимов и др. Стали защищаться диссертации: Милушев, Н.Баулин, Кульнев. 1960-1990. Впервые в СССР объединена вся скорпомощная служба, что сформировало высококвалифицированный коллектив хирургов: Смирнова, Темногрудова, Демидов, Кременицкий, Боровкова, Кадушин и др. Инкубационный наркоз вытеснил масочный, а особенный переворот внёс внутривенный наркоз, как самостоятельный, так и вводный. Большой прирост населения стал толчком для масштабного строительства больниц в городе и районных центрах, число достигло почти 15 на 10 000. Введены в строй 3 крупные больницы с хирургическими отделениями в городе и маститыми хирургами. В конце 70-х годов открыт ПИУВ, появилась кафедра хирургии (Кулешов, Баулин, Ивачёв, Ярцев, Гуляев). Началась планомерная регулярная подготовка кадров, на

некоторые циклы приезжало до 30 хирургов со всех областей и республик. Сформировалась научная школа. 90-00-ые годы хирургия ещё держалась, но модернизация отрицательно сказалась на хирургии. Свёрнуты койки и штаты в районах, только единичные «могикане» непродолжительно держались, сформированы 4 межрайонные больницы, коллективы которых неустойчивы и слабо укреплены кадрами, в одной из них даже некому дежурить, идёт переток больных в город. Произошёл значительный отток высококвалифицированных кадров в частные центры и Москву. За 20 лет сменилось почти десяток главных хирургов. Коллективы городских больниц состоят из 3-4 квалифицированных хирургов во главе очень малоопытных коллег. Административные органы секвестрируют работу общества, только за счёт энтузиазма удаётся анализировать показатели экстренной службы. Работа «скорой помощи» в районах превратилась в тему коллегиальных пересудов, когда бригады «колесят» сотни километров, чтобы доставить больного. Хотя оснащённость, в том числе, высокотехнологичным и высокоинформативным оборудованием, несомненно, возросла. Эпидемия последние два года обнажила и добавила проблем для хирургии, остаётся надеяться.

50. Психосоматических расстройств больных с ГПОД и ГЭРБ

*Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А.,
Билалов Б.К., Баулина Е.А., Аверьянова Л.А.,
Кудрявцев А.С., Баулина О.А.*

Пенза

Кафедра хирургии и эндоскопии
им. проф. Н.А. Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал
РМАНПО Минздрава России, Медиклиник, ГКБ №6
им. Захарьина

Введение. Наличие психосоматических расстройств отмечают все доктора, кто работает с этим контингентом пациентов. Материалы и методы. В нашей группе специалистов (гастроэнтерологи, терапевты, эндоскописты, рентгенологи, хирурги) за 15 последних лет обследовано и лечилось около 25 тысяч пациентов. Все коллеги отмечают наличие тех

или иных психосоматических отклонений и нередко рекомендуют обращаться к психоневрологам. Но специально этим вопросом никто не занимается и не анализирует. Около 2-2,5 тысяч направлялись на консультацию к хирургам для решения вопроса о необходимости операции, из них 380 оперировано в договорных клиниках кафедры, и по данным сводных статистик 70-80 - в других ЛПУ. Собственные наблюдения. Основное: мы считаем, что не революция язвенная болезнь – ГЭРБ произошла, а коренным образом улучшилась диагностика и внедрение Н2 блокаторов, а особенно ингибиторов протонной помпы, избавляющие от изнуряющих пациентов болей и изжоги; сформировалась большая группа больных не удовлетворённая результатом лечения, ищущая причину, атакующая лечащих врачей, часто их меняющих, что порождает, как неверие больных во врачей, так и бессилие последних, поэтому таких пациентов переправляют к психоневрологам; подавляющее большинство таких пациентов были угнетены и неэффективностью лечения, и неизвестностью, где на первый план выходила канцерофобия. В нашей практике кардинальный перелом произошёл с внедрением ВГДС (видеоэндоскопии), чёткого определения изменений слизистой оболочки в нижней трети пищевода, обязательного выполнения инверсионного осмотра кардии с определением её состоятельности, выполнения у таких больных рентгенологического исследования желудка. Это поменяло наше понимание об «эпидемиях». И ГЭРБ, и ГПОД - они всегда с нами были, но мы их просто плохо диагностировали. Однако и была, и остаётся одна проблема, которая требует выработки систематического подхода. Она особо касается именно хирургов, поскольку именно им приходится решать: оперировать или не оперировать. В основном это касается пациентов, у которых клиническая картина ГЭРБ и ГПОД выраженная, а изменения, выявляемые приборами минимальные. Здесь трудно провести грань, что превалирует: действительно клиника (боли, изжоги, забросы, ком в горле и др. - это субъективные признаки, а мы верим в это, когда пациент говорит, что жить так не может) или психосоматика? Воздействие хирурга - это не таблетка и не укол, а определённое оперативное, которое нельзя просто отменить или пустить вспять, но решать нужно. Из тех более 2,5 тысяч пациентов около 20% имели психосоматические нарушения, обусловленные: неизвестностью, неверием врачам, не эффективностью лечения, психическими расстройствами. Последнее - самое сложное, часто нерешаемое и тоже обусловлено разными

обстоятельствами, связанными, в том числе, с современным законодательством: врач не специалист не имеет право выставить диагноз психического заболевания; не может направить на консультацию к психиатру, если пациент с этим не согласен; психиатры не могут поставить такой диагноз, если обратившийся с этим не согласен; родственники сознательно не сообщают о неадекватном поведении заболевшего, который или настолько их убеждает, что его страдание связано именно с патологией пищевода и желудка, и они верят или просто скрывают, чтобы, как бы, не опозориться в обществе. Это и вскрывается после операции. Из 380-ти больных 4 из-за длительного диагностического этапа, неверия в диагноз, не поддающегося лечению состояния лечились у психиатров стационарно, один из них - 4 месяца (после операции - прекрасный результат). Трое при наличии явной клинической картины не соглашались с диагнозом, больные и родственники настаивали на операции. У всех после операции кардия была закрыта, рефлюкс ликвидирован, но уже с первых суток высказывалось полное неудовольствие результатом, оперированы в интервале 1-4 месяца в специализированных клиниках, продолжали осаждают и хирургов, и гастроэнтерологов. Данный аспект требует более глубокого изучения.

51. Одноэтапные операции в хирургическом лечении больных с ограниченными гнойно-перфоративными осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки

*Борота А.В. (1), Кухто А.П. (1), Старцева Л.Н. (2),
Базиян-Кухто Н.К. (1)*

Донецк, ДНР

1) ГОУ ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, 2) Луганская республиканская клиническая больница

Оптимизация одноэтапного хирургического лечения больных с ограниченными гнойно-перфоративными осложнениями (ОГПО) дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки (ТК) является важной задачей современной колопроктологии. Целью исследования было

обоснование возможности выполнения одноэтапных первично-восстановительных оперативных (ПВО) вмешательств у больных ОГПО. У 76 пациентов имели место ОГПО ДБ ТК, в связи с чем они были оперированы. Контрольную группу (КГ) составили 40 (52,6%) больных, находящихся на лечении в одном лечебном учреждении, которым выполнялись различные виды обструктивных резекций ободочной кишки (типа Гартмана, Микулича), исследуемую группу (ИГ) - 36 (47,3%) больных, находящихся в клинике общей хирургии №1 ДОННМУ на базе колопроктологического отделения ДОКТМО, выполнялись одноэтапные резекции левой половины ободочной кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза. Активная хирургическая тактика выполнения ПВО может быть применена у всех пациентов при наличии высококвалифицированной хирургической бригады и необходимого анестезиологического обеспечения. Пациенты КГ и ИГ имели практически одинаковые баллы по Хинчи и MPI ($p < 0,001$) и более равную классификацию ASA. Послеоперационные осложнения (некроз стенки стомированной кишки, кровотечение, несостоятельность анастомоза, послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, нагноение раны) у пациентов из КГ составили 25%, ИГ – 11,1%, на уровне значимости $p > 0,05$. От развившихся осложнений в послеоперационном периоде умерли 5 пациентов (6,6%) - 4 (10%) пациента КГ, 2 из которых скончались от острой сердечно-сосудистой недостаточности, 2 – от калового перитонита вследствие некроза стенки стомированной кишки, в ИГ летальность имела место в 1 (2,7%) случае вследствие ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, выполнение одноэтапных оперативных вмешательств оправдано, так как не выявлено существенных различий в количестве послеоперационных осложнений и летальности при значительно лучшем функциональном результате.

52.Профилактика и лечение перфораций острых стресс-язв при острой абдоминальной инфекции

*Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н., Исаев А.И.,
Магомедалиев А.М., Шихавов А.Р., Гусейнов М.Н.,
Абдуллаев А.А.*

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Перфорация острых язв при перитоните является одной из самых трудных проблем, при которой летальность достигает 50–70%. Материал и методы. Под наблюдением в течении последних 10 лет находилось 467 пациентов с тяжелым эндотоксикозом на фоне распространенного гнойного перитонита. Источники: инфицированный панкреонекроз и парапанкреатит (16%), острый аппендицит (22%), перфорация гастро-дуоденальных язв (13%), деструктивный холецистит (17%), перфорация дивертикула ободочной кишки (7%), перфорация опухоли (16%), послеоперационная недостаточность анастомозов (7%), гинекологическая патология (2%). Острые перфорации ЖКТ при распространенном перитоните выявлено у 99 (21%) пациентов. При вторичном перитоните – 12%, при третичном – 87 (88%). Результаты: У всех 99 пациентов с острой перфорацией тяжесть по APACHE II была больше 21 балла, Мангеймский индекс перитонита – 36 ± 6 б., органная дисфункция по SOFA – $10,8 \pm 3,4$, степень эндотоксикоза 3 ст. Прокальцитониновый тест выше 10 нг/мл был у 48. При бактериологическом исследовании экссудата *Klebsiella* выявлена 44%, *Escherichia coli* – 30%, *Acinetobacter* – 9%, *Enterococcus* – 5%, грибы *Candida* в сочетании с микробами – 12%. Наиболее часто при перфорации применяли: имипенем, меропенем, дорипенем, тазобактам, линезолид, цефепим, колистин и др. по чувствительности. Первично ушивание острых перфораций выполнено у всех 99 больных. Недостаточность ушитых язв выявлено у 42%, перфорации в другом участке возникли у 32%. Перфорация от 5 до 8 язв выявлена в разные промежутки у 12%. Обструктивная резекция кишки выполнена у 28% пациентов, наложение илеостомы – у 16%. Программные санации через 24–48 часов выполнены у 68 пациентов, метод открытого живота – 22 пациентов, вакуумирование – у 9. В среднем выполнено санаций 4–7 раз, максимальное количество санаций – 15, минимально – 4. Из 99 больных умерло 53%. Удалось спасти в результате комплексной терапии 47%. Выводы: 1. Исходя их

собственных данных и обзора литературы считаем, что для профилактики и лечения острых перфораций тонкой кишки необходимо проводить комплекс обязательных мероприятий: адекватная и регулярная санация, максимально ранняя нутриционная поддержка через назоюнональный зонд и ликвидация энтеральной недостаточности, активная детоксикация (ЭКД, плазмоферез), эффективная антибактериальная терапия, достаточная белково–энергетическая поддержка, иммунозаместительная и антикоагулянтная терапия, введение 5–10 тыс. ед. гепарина на 60–80 мл 0,5% новокаина в брыжейку тонкой кишки, адекватная профилактика и лечение органических дисфункций. 2. Считать острые перфорации осложнением третичного перитонита и абдоминального сепсиса.

53.Профилактика и лечение ферментативного парапанкреатита и его осложнений.

*Дибиров М.Д., Магомедалиев А.М., Гусейнов М.Н.,
Раджабов С.Т.*

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. В фазе ферментативной токсемии острого панкреатита и профилактики осложнений основная проблема - это максимальное снижение секреции активности протеолитических ферментов для снижения аутолитического процесса и быстрое уменьшение объема некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Нами установлено, что при отеке забрюшинной клетчатки при отсутствии некроза инфицирование наступает исключительно редко, а при некрозе – у 76–80%. Для решения этих проблем необходима в первую очередь незамедлительная диагностика и госпитализация для своевременного начала адекватного лечения. Эта задача амбулаторно–поликлинического звена и персонала скорой медицинской помощи. Материалы и методы. Из 840 больных, госпитализированных в клинические базы в первые 6 часов было госпитализировано 3%, 6–12 часов – 17%, 12–24 часов – 26%, позже 24 ч – 54%. С диагнозом острый панкреатит из 840 больных были доставлены только

58%, острый холецистит – 24%, обострение язвенной болезни – 10%, перфорация полого органа – 5%, острая кишечная непроходимость – 3%. По шкале Bisar и APACHE 2 тяжелая степень отмечена у 36%, средняя – 39%, легкая – 25%. Больные со средней и тяжелой степенями госпитализировались в отделения реанимации, где выполнялись дообследования: КТ с болюсным усилением, стентирование главного панкреатического протока, персонифицированная, в зависимости от тяжести состояния, противосекреторная терапия (по 600 мкг/с в/в при средней и 1200 мкг/с в/в – тяжелый) на фоне комплекса всех мероприятий, приведенных в национальных клинических рекомендациях России (2015). Для профилактики инфицирования ферментативного парапанкреатита кроме снижения некроза необходима быстрая ликвидация СКН и ВБГ для профилактики транслокации микробной флоры общепризнанными мероприятиями (перидуральный блок, энтеральный лаваж, стимуляция кишечника). Результаты. Тактика раннего стентирования ГПП и введение высоких доз октреотида позволяет резко снизить на 2–3-е сутки активность протеолитических ферментов, их «уклонения» в забрюшинное пространство путем улучшения пассажа в двенадцатиперстную кишку. Для этого важно стент установить дистальнее зоны некроза, вплоть до хвоста. Из 630 больных средней и тяжелой степенями тяжести стентирование ГПП удалось выполнить у 592 (94%). Из 630 больных забрюшинная инфильтрация исходно на УЗИ и КТ выявлена у 602 (95%) больных, сальниковый бурсит – 60%, ферментативный перитонит – 64%, гидроторакс – 26%. При наличии жидкости в брюшной и грудной полостях больше 500 мл выполнены пункции под контролем УЗИ (n = 26) и у 6 лапароскопические санации с рассечением параколической брюшины при распространенном отеке забрюшинной клетчатки. При контроле через 7–10 суток на УЗИ и КТ некроз забрюшинной клетчатки наступил у 62 (10%) из 592 пациентов. Инфильтрация снизилась у 76%, у 14% организовалась в ограниченные асептические жидкостные скопления. Пункции выполнены у всех пациентов с положительным эффектом. Инфицирование забрюшинной клетчатки наступило у 30 (5%) из 592, а при некрозе у 28 (45%) из 62. Умерло 10(1,7%) из 592 больных. Из 28 больных с инфицированием забрюшинной клетчатки умерло 8(29%). Эти результаты значительно (в 4 раза) ниже, чем в контрольной группе и литературных данных. Вывод. Таким образом, раннее стентирование ГПП и применение высоких доз октреотида при остром панкреатите позволяет значительно улучшить результаты лечения.

54.Предоперационные показатели КТ при планировании хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж

Исмаилов Г.М. (1), Магомедов А.А. (2)

1) Махачкала, 2) Москва

1) Дагестанский государственный медицинский университет, 2) Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Предоперационная визуализация с помощью компьютерной томографии (КТ) может быть полезна при предоперационном планировании хирургического вмешательства при лечении вентральной грыжи. Параметры КТ-измерения размера дефекта послеоперационной вентральной грыжи и толщины брюшной стенки будут коррелировать с послеоперационными осложнениями при необходимости комплексной реконструкции брюшной стенки. Цель. Изучение роли КТ при планировании оперативного вмешательства послеоперационной вентральной грыжи. Материалы и методы. В обследование были подвергнуты 45 пациентов в возрасте от 35 до 68 лет. Были включены в исследование мужчин 12 (26,7%) и женщин 33 (73,3%). Пациентам, которым была проведена протезирующая операция с проведением предоперационной компьютерной томографии брюшной полости, были идентифицированы данные из истории болезни и их результаты специфичны для вентральной грыжи. Послеоперационные грыжи были W2 и W3 по классификации (EHS). КТ-измерения размеров дефекта и брюшной стенки были проанализированы и соотнесены с осложнениями и необходимостью применения методов реконструкции брюшной стенки с использованием одномерного, многомерного. Анализ основных компонентов (PC), PC1 и PC2 использовали пять показателей измерения брюшной стенки, ширину грыжевого дефекта и индекс массы тела для создания компонентной переменной. Результаты. В исследовании были включены 45 оперативных вмешательства проведенных по методике Sublay послеоперационных вентральных грыж. Дооперационные данные включали возраст $49,8 \pm 14,5$ лет, индекс массы тела (ИМТ) $35,5 \pm 6,9$ кг/м²; 60% были рецидивирующими грыжами со средней шириной дефекта $10,3 \pm 4,5$ см и площадью $169,8 \pm 211$ см²; Брюшной стенки в области пупка $8,9 \pm 1,9$ см и области эпигастрии $8,1 \pm 2,9$ см. Разделение компонентов было выполнено у 12 (26,7%) пациентов и паникулэктомия у 13,3%. Раневые осложнения возникли у 15,5% пациентов, а

у 2,2% был рецидив грыжи. Увеличение ширины, длины и площади дефекта, а также отдельные измерения брюшной стенки были связаны с увеличением потребности в разделении компонентов, сопутствующей панникулэктомии и более высокой частотой раневых и общих осложнений. Используя многомерную регрессию, PC1 был связан с раневыми осложнениями (отношение шансов 1,07; 95% доверительный интервал [ДИ] 1,02 – 1,16); PC2 (ширина грыжевого дефекта) был связан с необходимостью разделения компонентов (ОШ 1,17; 95%, ДИ 1,03 – 1,31). Рецидив грыжи не был представлен по размеру дефекта (ОШ 1,00; 95%, ДИ 0,87 – 1,14). Выводы. Предоперационные КТ-измерения грыжевых дефектов и измерения брюшной стенки прогнозируют раневые осложнения и необходимость применения сложных методов комплексной реконструкции брюшной стенки. Полученные предоперационные данные КТ должны учитываться при предоперационном планировании хирургического вмешательства послеоперационных вентральных грыж.

55. Оценка параметров микроциркуляции кожи у пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофическими расстройствами до и после комплексного хирургического лечения

Ангелова В.А., Цыплящук А.В., Стойко Ю.М., Черняго Т.Ю., Яшкин М.Н.

Москва

Национальный медико-хирургический Центр им.
Н.И. Пирогова

Актуальность. Ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей является основным методом диагностики нарушений венозного оттока крови от нижних конечностей. Однако, недостаточно изучены методы оценки состояния микроциркуляции кожи пораженной конечности при варикозной болезни, осложненной гиперпигментацией. Остаётся открытым вопрос о влиянии различных методов лечения на микроциркуляцию кожи оперированной конечности. Материал и методы. С ноября 2019 года по декабрь 2020 года в исследование включены 40

пациентов с варикозной болезнью, осложненной гиперпигментацией голени (клинический класс С4 по CEAP). Всем пациентам в плановом порядке выполнено хирургическое вмешательство в объеме эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) несостоятельной большой подкожной вены (аппарат ЛАМИ, длина волны - 1470 нм, радиальный световод Biolitec) и минифлебэктомии (МФЭ) варикозных притоков по Варади. В послеоперационном периоде пациентам назначалась компрессионная терапия (чулки, компрессия 23-32 мм рт. ст.) в течение 14 дней. Методом случайных чисел пациенты распределены на две равные группы. В первой (исследуемой) группе пациентам в послеоперационном периоде назначался сулодексид 250 ЛЕ 2 раза в сутки в течение 30 дней, во второй (контрольной) группе медикаментозная терапия не назначалась. Для оценки микроциркуляции кожи непосредственно перед операцией и через 30 дней после операции выполняли лазерную доплеровскую флоуметрию аппаратом «ЛАЗМА ПФ», Россия. Лазерная доплеровская флоуметрия проводилась на медиальной поверхности голени оперированной конечности (граница средней и нижней трети). При анализе результатов исследования оценивалась только средняя величина перфузии тканей кровью посредством показателя микроциркуляции М. Результаты. Медиана показателя М до операции составила 4,22 единицы, верхний и нижний квартили составили 2,98 и 5,47 соответственно. Медиана показателя М через 30 дней после операции составила 5,77 единицы, верхний и нижний квартили 4,44 и 7,45 соответственно. Влияние выполненной операции и компрессионной терапии на медиану показателя М оказалось существенным – показатель М достоверно увеличился в результате комплексного лечения. При анализе показателя М в зависимости от группы, на первом этапе значимых различий между группами выявить не удалось ($p = 0,213$). На завершающем этапе медиана М в контрольной группе составила 5,34 единицы, верхний и нижний квартили составили 4,39 и 5,86 соответственно. В исследуемой группе медиана показателя М составила 7,04 единицы, верхний и нижний квартили 5,1 и 7,65 соответственно, что свидетельствует о наличии существенных статистических различий ($p = 0,042$). Выводы. После эндовазального хирургического вмешательства и компрессионной терапии улучшается состояние перфузии тканей голени в зоне гиперпигментации кожи оперированной конечности, о чем свидетельствует увеличение показателя микроциркуляции М. В результате назначения

дополнительной фармакотерапии отмечено увеличение показателя микроциркуляции М по сравнению с контрольной группой (без дополнительной фармакотерапии). Рекомендации. Использование лазерной доплеровской флоуметрии возможно в рутинной клинической практике для оценки эффективности оперативного лечения варикозной болезни, осложненной гиперпигментацией. Рациональным лечебным подходом в лечении пациентов с варикозной болезнью и трофическими расстройствами кожи является выполнение оперативного вмешательства в сочетании с назначением компрессионной и дополнительной фармакотерапии в послеоперационном периоде.

56. Оценка влияния интраабдоминального давления на маркеры окислительного стресса при оперативном лечении вентральной грыжи

*Магомедов М.М., Хамидов М.А.,
Исмаилов Г.М., Магомедов М.А.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. Хирургическое лечение больших послеоперационных вентральных грыж, несмотря на использование современных профилактических мероприятий, сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений, как общих, так и местных. При закрытии больших дефектов возникает угроза повышения интраабдоминального давления, поскольку уменьшается объем брюшной полости, что может привести к компартмент-синдрому. Цель. Оценить влияние интраабдоминального давления на маркеры окислительного стресса при оперативном лечении вентральной грыжи. Материал и методы. В этом проспективном исследовании были обследованы 21 пациент с послеоперационной вентральной грыжей, которым были выполнены операции Romires, TAR и Rives-Stora с диагнозом послеоперационная вентральная грыжа W2 и W3. В исследовании были включены мужчин 8 (38,2%) и женщин 13 (61,9%) возрасте от 38 до 68 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы по 7

пациентов в каждой. В 1-ю группу вошли пациенты, которым была выполнена операция по методике Romires1 при исходном давлении до операции 8-9 мм. рт. ст., а в конце операции давление составлял 9-12 мм. рт. ст. Пациенты 2-й группы, которым была выполнена операция TAR при исходном давлении 10-13 мм.рт.ст, а в конце операции 8-9 мм.рт.ст. Пациенты 3-й группы при послеоперационной вентральной грыже W2 по методике операции Rives-Stora при исходном давлении 6-8 мм. рт. ст., а после операции 10-14 мм. рт. ст. Анализ крови были взяты до операции и после операции для изучения уровней альбумина в сыворотке крови и анализа общего антиоксидантного статуса и общего окислительного статуса и были проведены внутригрупповые сравнения. Результаты. В первой группе наблюдалось значительное повышение альбумина периоперационно по сравнению с дооперационным, а в послеоперационном периоде по сравнению с дооперационным уровнем этих переменных ($p = 0,009$, $p = 0,013$ соответственно). Отмечалось снижение общего антиоксидантного статуса с увеличением окислительного потенциала соотношения этих переменных ($p = 0,012$, $p = 0,027$). Во второй группе наблюдалось значительное снижение окислительного стресса в послеоперационном периоде по сравнению с дооперационным, а антиокислительный статус увеличилось 1,1 раза после операции со снижением интраоперационного давления ($p = 0,009$). В 3-й группе наблюдалось значительное повышение уровня альбумина в послеоперационном периоде ($p < 0,005$). Значительное снижение антиоксидантного статуса по сравнению с дооперационным значением ($p < 0,001$). Отмечается увеличение окислительного статуса по сравнению до операционным значением ($p < 0,001$). Выводы. Результаты этого исследования показывают, что высокие показатели интраабдоминального давления вызывает окислительный стресс при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж. В исследовании были проведены дооперационные, периоперационные и послеоперационные сравнения, и было отмечено, что высокие показатели интраоперационного давления может привести к неблагоприятным побочным эффектам.

57. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки

*Магомедов М.М., Омаров М.Д.,
Иманалиев М.Р., Абдулаев У.М., Бациков Х.А.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. За последнее десятилетие произошли значительные изменения в подходах, используемых в абдоминальной хирургии — стандартная лапаротомия все чаще заменяется операциями с минимальным доступом. Лапароскопия в настоящее время стала золотым стандартом при ряде абдоминальных оперативных вмешательств. Тем не менее, до сих пор ведется дискуссия о целесообразности использования лапароскопического доступа в чрезвычайных ситуациях, таких как перитонит. Ранее опубликованные исследования предупреждают, что пневмоперитонеум-индуцированной бактериемии и затяжном выздоровлении. Перфорация гастродуоденальных язв является тяжелым осложнением и связана с госпитальной летальностью 5–25%. Цель. Сравнительная оценка эффективности оперативного лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки с применением различных методов. Материалы и методы. Проведено сравнительное клиническое исследование лапароскопического и открытого оперативного вмешательства по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с участием 120 пациентов. Среди прооперированных было 98 (81,7%) мужчин и 22 (18,3%) женщины в возрасте от 21 до 65 лет. Показания к лапароскопическому ушиванию имелись у 56 (46,9%) пациентов, к открытому оперативному вмешательству — у 61 (52,1%) пациента. Для сравнения лапароскопического и открытого вмешательства в исследование включали пациентов с перфоративной язвой размером только до 2 см. Показатели исхода определялись в соответствии с продолжительностью пребывания в стационаре, послеоперационными осложнениями и летальностью. Результаты. Из 120 у 117 пациентов соответствовали заранее установленным критериям включения в исследование. Среднее время операции было несколько больше в группе лапароскопического вмешательства по сравнению с открытой операцией (74,01 и 56,17 минуты соответственно). Средняя потребность в

послеоперационной анальгезии была ниже, а время пребывания в стационаре были значительно короче после лапароскопии, чем после открытой операции 4,86 сут. по сравнению с 3,12 сут. соответственно). У 6 (10,7%) пациентов в группе лапароскопии и у 27 (44,3%) пациентов в группе открытой операции наблюдались послеоперационные осложнения. Выводы. Лапароскопическое ушивание язвы является безопасным подходом и представляется более обоснованным, чем открытая операция с точки зрения времени оперативного вмешательства, потребности в послеоперационной анальгезии, сроков мобилизации, продолжительности пребывания в стационаре и частоты развития послеоперационных респираторных и раневых осложнений.

58. Эффекты нефропротекции при острых болезнях живота и повреждении почек

*Рязанцев В.Е., Степанов Н.Ю., Дуваяров З.А.,
Машнин И.В., Захаров А.А.*

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Цель – оценить влияние инфузионной терапии на степень восстановления почечной паренхимы при острых болезнях живота и остром почечном повреждении. Материалы и методы. Анализ результатов лечения 69 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ «РКБ им. С.В. Каткова» и ГБУЗ «МРЦКБ» г. Саранска с различными острыми заболеваниями живота и остром почечном повреждении, развившегося на фоне пиелонефрита. Контроль состояния оценивался по общепризнанным методикам определения показателей общего анализа мочи и крови; концентрации мочевины, креатинина и скорости клубочковой фильтрации, глюкозы, аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, газового состава крови и кислотно-щелочного состояния; инструментальные исследования – ультразвуковые признаки изменений почек, мочевого пузыря, печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки; эхокардиография и по показаниям

различные виды рентгенологического исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Гемокоагуляционные показатели (свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем) определяли тромбоэластографом TEG 5000 Thrombelastograph (США): процент растворения сгустка на 30 минуте от начала исследования; производный коагуляционный индекс (в процентах) нескольких параметров, отражающий коагуляционный потенциал крови пациента в целом; временной показатель (в минутах), отражающий продолжительность формирования первых волокон фибрина; угол (в градусах), демонстрирующий отклонение луча от оси ОХ с точкой начала образования сгустка, характеризует динамику образования фибрина и уровень фибриногена; показатель максимальной амплитуды, которая регистрируется перед растворением сгустка при фибринолизе, отражающая функциональную способность тромбоцитов, количество и качество фибриногена. Лечение пациентов предполагало назначение антибактериальных препаратов (цефалоспорины 3 поколения), противовоспалительную терапию. Дополнительно в лечении использовали разные дозы инфузионной терапии: раствор Натрия хлорида 0,89 % - 10 или 25 мл\кг массы больного на весь период лечения. Статистический анализ выполнен в программе Microsoft Excel 2010. Результаты и обсуждение. У пациентов госпитализированных с острыми заболеваниями живота и пиелонефритом в 32 % случаев зарегистрированы гипокоагуляционные изменения, обусловленные первичным фибринолизом и низкой концентрацией тромбоцитов. В 57 % случаев отмечены гиперкоагуляционные изменения, у 11 % больных не выявлено изменений в системе гемостаза. В группе с гиперкоагуляцией преобладают (74 %) пациенты с сахарным диабетом и при продолжительности болезни более 3,9 суток зарегистрированы признаки острого повреждения почек у 20 % больных. Назначение инфузионной терапии в объеме 10 мл/кг массы больного не повлияло на снижение уровня креатинина, увеличение диуреза и восстановление скорости клубочковой фильтрации. У 3 % больных из этой группы развилась острая болезнь почек – сохранилось уменьшение диуреза и повышение креатинина крови более 7 суток. Инфузионная терапия в дозе 25 мл\кг массы тела (в две дозы в течение суток) позволила к 5-7 суткам отметить у пациентов снижение концентрации креатинина и восстановление диуреза. У 0,8 % больных развилась острая болезнь почек, что потребовало

продолжение стационарного консервативного лечения без применения заместительной почечной терапии. Выводы. Развитие острого почечного повреждения и острой болезни почек осложняет течение различных заболеваний органов брюшной полости и инфекций верхних мочевых путей. При этом регистрируются разнообразные гемокоагуляционные изменения, в основном выраженные в виде гиперкоагуляции. Применение в лечении адекватных доз инфузионной терапии позволяет снизить вероятность развития острой болезни почек. За счет воздействия на патогенетические механизмы, инфузионная терапия позволяет восстановить функциональные изменения и предотвратить морфологические изменения в почках.

59. Хирургические заболевания у паллиативных больных

Дизенгоф И.М., Заров А.Ю.

Москва

АНО ЦКБ Святителя Алексия

Актуальность. В последние годы в нашей стране много внимания уделяется паллиативной помощи, а также повышению качества жизни неизлечимо больных. В связи с этим растёт интерес к особенностям лечения хирургических заболеваний в этой группе пациентов, показаниям для операций и объёму вмешательств. Материал и методы. Был проведён ретроспективный анализ 120 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в АНО ЦКБ Святителя Алексия в паллиативных отделениях в период сентябрь-декабрь 2021 г. Из общего числа пациентов анализируемой группы, хирургическая помощь в той или иной форме потребовалась 103 больным. Оперированные пациенты были разделены на следующие группы: а) острая хирургическая патология; б) плановое оперативное лечение; в) малые вмешательства (дренирование плевральной полости, вскрытие гнойника, лапароцентез, эндоскопическая или открытая гастростомия, эндоскопическая или традиционная трахеостомия и т.п.) Полученные результаты. Всего оперировано 103 человека (86% всех

госпитализированных). По поводу острой хирургической патологии – 46 чел. (44,6% из числа оперированных). Плановые вмешательства – 13 чел. (12,7%). Малые операции – 44 чел. (42,7%) Острая хирургическая патология представлена либо осложнениями заболеваний, которые явились причиной паллиативного статуса, либо другой патологией. Пример первого случая: острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость из-за метастазирования рака яичников 4 ст в корень брыжейки тонкой кишки; пример второго случая: интенсивное геморроидальное кровотечение с развитием анемии у пациентки с тяжёлым течением болезни Паркинсона. Плановые вмешательства в анализируемой группе были представлены в основном грыжесечениями по поводу невраправимых грыж, установкой венозных порт-систем, условно плановым было вмешательство на молочной железе (мастэктомия по поводу распадающейся опухоли). В эту же группу относится вертебропластика при метастазах опухолей в позвоночник, иссечение гигантской внебрюшинной опухоли. В проведении малых операций нуждалось около 30% госпитализированных в паллиативный стационар. Обсуждение. Из анализа следует, что значительная часть пациентов, госпитализируемых в паллиативный стационар, нуждается в хирургической помощи. Основной запрос сформирован необходимостью «малых» вмешательств, в них нуждается треть всех паллиативных пациентов. В то же время, есть необходимость в выполнении вмешательств значительного объёма. Это подразумевает необходимость соответствующей диагностической и лечебной базы. Выводы и рекомендации. Тема хирургической помощи паллиативным больным актуальна и нуждается в дальнейшей разработке, в частности, в классификации хирургических заболеваний. Работ по этой теме мало. По результатам анализа можно дать следующие рекомендации: организация паллиативных отделений в составе многопрофильных стационаров с возможностью круглосуточной хирургической помощи, решение о плановом вмешательстве следует принимать консилиумом специалистов. Отдельные результаты анализа демонстрируют преимущества высокотехнологичных эндоскопических методик у паллиативных пациентов. Следующим этапом исследования должно явиться сравнение исходов хирургических заболеваний в группе паллиативных больных и группе пациентов без паллиативного статуса. При этом необходимо учитывать, что паллиативный статус связан не только с тяжестью состояния и необходимостью ухода за пациентом,

но и является юридическим, то есть немедицинским критерием. Это представляет дополнительные сложности для анализа.

60. Лечение доброкачественных заболеваний пищевода малоинвазивными методиками

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. Число оперативных вмешательств, выполняемых по поводу заболеваний пищевода с применением малоинвазивных технологий, постоянно растёт, однако количество интраоперационных осложнений, результаты ближайшего и отдаленного послеоперационного периода не всегда удовлетворяют хирургов и требуют дальнейшего изучения. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных доброкачественной патологией пищевода путем разработки и внедрения в практику новых способов вмешательств с применением малоинвазивных технологий. Материалы и методы. В настоящем исследовании проведен анализ хирургического лечения 386 больных доброкачественными заболеваниями пищевода торакоскопическим и лапароскопическим методом: выполнено 137 вмешательств при нервно-мышечных заболеваниях пищевода, 30 – при бифуркационных и эпифренальных дивертикулах, 22 – доброкачественных новообразованиях, 197 – при осложненных формах грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Дана оценка интраоперационных и послеоперационных осложнений, ближайших и отдаленных результатов лечения. Результаты и обсуждение. Анатомическими исследованиями установлено, что лапароскопический подход позволяет выполнять операции как на брюшном, так и на грудном отделе пищевода до средней его трети, возможно выполнение операций не только при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и ахалазиях, но и при эпифренальных дивертикулах и доброкачественных новообразованиях пищевода, локализующихся над диафрагмой. Правосторонний

торакоскопический доступ позволяет манипулировать на всем протяжении грудного отдела пищевода, левосторонний торакоскопический – на уровне нижней и средней его третях, а после выполнения диафрагмотомии – и на абдоминальном отделе пищевода, желудке. Во время операций отмечено 18 повреждений стенки пищевода. У 8 больных (2,1%) данное осложнение потребовало конверсии, у 10 (2,6%) дефекты слизистой были ушиты видеоэндоскопически. Ещё у 2 пациентов (0,5%) причиной конверсии явились кровотечения. При изучении жизни больных ахалазиями пищевода и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы по показателям опросника SF-36, отмечена постепенная их нормализация к двенадцатому месяцу после операции. Выводы и рекомендации. Практически при всех доброкачественных патологических процессах пищевода, требующих хирургического вмешательства, операции могут быть произведены видеоэндоскопическими методиками, но должны выполняться по строгим показаниям и принимая в расчет противопоказания. Осуществление индивидуального доступа с учетом типа телосложения, анатомических особенностей пациента, характера и локализации патологического процесса позволяет снизить число интраоперационных осложнений, возникновение которых не всегда является показанием к конверсии, зачастую они могут быть устранены без перехода на «открытую» операцию.

61. Лапароскопическая и минилапаротомная холедохолитотомия в лечении холедохолитиаза

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

Уфа

ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Среди методов оперативного лечения рассматривается холедохотомия с литоэкстракцией как наиболее частое вмешательство на общем желчном протоке при холедохолитиазе (ХДЛ), при этом лапароскопическая технология широко внедряется

и имеет перспективное направление. Отдельное альтернативное к традиционной и эндохирургической технологией направление в хирургии ХДЛ представляет методика минилапаротомного доступа, который открывает определенные перспективы при хирургических вмешательствах на желчевыводящих путях, сочетающих в себе миниинвазивность с возможностью технического выполнения различных диагностических и лечебных манипуляций в гепатопанкреатодуоденальной зоне в хирургических стационарах различного уровня и не требующего дорогостоящего оборудования, приобретения навыков эндохирургического вмешательства хирургами, которые владеют техникой выполнения открытых традиционных методов оперирования. Целью исследования является сравнительное изучение лапароскопической и минилапаротомной технологий на основании предоперационных методов диагностики и с учетом возможностей эндоскопических манипуляций в лечении определения степени риска оперативного вмешательства при ХДЛ. Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения 168 больных ХДЛ с 2017 по 2021 гг. в хирургических отделениях ГБУЗ МЗ РБ «Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы», оперированных эндохирургическим и минилапаротомным технологиями, средний возраст составил $59 \pm 2,6$ года, соотношение мужчин и женщин было 1:2,8, средний срок от момента заболевания до госпитализации составил $5,1 \pm 1,3$ ($p < 0,05$) дня. В структуру анализируемых больных ХДЛ включали: сочетание холецисто- с ХДЛ – 109 (64,9%); изолированный ХДЛ – 15 (8,9%); сочетание изолированного ХДЛ с патологией терминального отдела холедоха - 9 (5,4%); синдром Мирризи - 7 (4,2%); резидуальный ХДЛ – 16 (9,5%); рецидивный ХДЛ - 12 (7,1%). В 69 (41,2%) случаях ХДЛ протекал без желтухи и в 11 (6,8%) – при нешироких желчных протоках, одиночные конкременты в магистральных желчных протоках выявлены у 65 (38,7%) больных. Обструкция гепатикохоледоха конкрементами и нарушение желчеоттока приводит к тяжелому течению холелитиаза, развитию механической желтухи, холангита, вовлечению в патологический процесс поджелудочной железы, септическим осложнениям. Распределение больных по степени тяжести желтухи (по Э.И.Гальперину) было: легкая (класс А) - 35 больных (35,4%); средняя (класс В) – 36 (36,4%); тяжелая (класс С) - 28 (28,2%). Сочетание холангита и механической желтухи различной степени выраженности имели место у 81 (48,8%)

больного. Диагностика ХДЛ основывался на анамнестических, клиничко-лабораторных, инструментальных и интраоперационных данных. Отсутствие желтухи у 41,2% и в 6,8% случаях «скрытого» ХДЛ значительно усложняет его поиск. Инструментальные методы исследования, включающие в себя лучевые, эндоскопические, пред- и интраоперационные, являлись заключительным этапом выявления патологических изменений гепатикохоледоха. Результаты и обсуждение. Холедохолитотомия – это операция не простая, связана с многообразием анатомических деталей, общих и врожденных аномалий магистральных желчевыводящих путей и кровоснабжения, наличием спаечного процесса и инфильтратов, осложненного течения заболевания в виде образования билио-билиарных и билио-дигестивных свищей и стриктур терминального отдела холедоха. Современное оперативное лечение больных с ХДЛ характеризуется рациональным использованием эндоскопических, эндохирургических методик и оперативные вмешательства минидоступом. Данные методики в настоящее время используются как изолированный способ, так и в их сочетании. Лапароскопическая технология имеет много преимуществ, таких как лучшая косметика, минимальная боль в ране, ранний срок медицинской и социальной реабилитации, но сомнительно, имеет ли она преимущество перед минилапаротомным доступом при наличии вышеназванных деталей течения ХДЛ и сопутствующих заболеваний и не уступающего основным принципам миниинвазивности. Нами разработан алгоритм на основании дооперационных методов исследования показания для проведения эндоскопического, лапароскопического и минилапаротомного оперативных вмешательств и их сочетания при ХДЛ. Из числа больных, лапароскопические оперативные вмешательства произведены у 26 (15,5%) больных и минилапаротомные операции – у 142 (84,5%). Оперативное вмешательство включало холедохотомию, проведение интраоперационных методов исследования, литоэкстракцию, дренирование холедоха (по показаниям – глухой шов). В этом исследовании было обнаружено, что время лапароскопических вмешательств более длительная (Медиана 106,6 минуты против 84 минут при минилапаротомных). Количество конверсий с переходом на традиционный доступ при лапароскопических вмешательствах было в 3 случаях, при минилапаротомном – 5 (связана с более тяжелыми, осложненными течения ХДЛ). Осложнения в послеоперационном периоде при лапароскопическом вмешательстве выявлены у 6

больных (несостоятельность холедоходуоденоанастомоза -2; выпадение дренажа холедоха-1; подпеченочные абсцессы -3). Послеоперационная летальность составила 3,4% (5 больных), была связана с тяжелым течением ХДЛ и прогрессированием сопутствующих заболеваний. Выводы: 1. Детализация персонифицированного подхода с учетом клиники течения ХДЛ, дооперационного методов исследования и патоморфологических изменений в гепатопанкреатодуоденальной зоны, сопутствующих заболеваний играет определяющую роль в выборе оперативного вмешательства. 2. Минилапаротомный доступ при ХДЛ имеет ряд преимуществ перед лапароскопическими и традиционными оперативными вмешательствами, что позволило снизить послеоперационные осложнения до 3,8% и летальность - до 3.4%.

62. Двухэтапное лечение пациентов с тонкокишечными свищами

Стручков В.Ю., Ахтанин Е.А., Двухжилов М.В., Берелавичус С.В., Кригер А.Г.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневого» МЗ РФ

Введение. Тонкокишечные свищи являются наиболее тяжелым осложнением различных оперативных вмешательств на брюшной полости, несущим угрозу для жизни больного. Лечение данной категории пациентов ассоциировано с частым развитием жизнеугрожающих осложнений, а смертность составляет по данным отечественных авторов 35-75%, а по данным зарубежных коллег 6%-33%. Хирургическое вмешательство выполненное без соответствующей подготовки может стать фатальным и привести к резкому ухудшению состояния и смерти больного в раннем послеоперационном периоде. Каждый больной требует индивидуального подхода, однако, существуют и общие принципы лечения. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 88 больных. Несформировавшиеся тонкокишечные свищи были

у 27 больных. В гнойную (брюшную) полость свищи открывались у 7 больных; в гранулирующую рану свищи открывались у 20 больных. Сформировавшиеся свищи были у 61 больного, из них у 30 пациентов наружное отверстие свища располагалось в грыжевом мешке. У 44 больных были выявлены неполные кишечные свищи, у 38 полные и у 9 пациентов комбинированные. При поступлении объем потерь кишечного содержимого по свищу составлял 50 - 4000 мл, средний объем потерь кишечного отделяемого составлял 832 мл в сутки. Результаты. Первый этап лечения включал контроль генерализации инфекции, коррекцию энтеральной недостаточности (питательную поддержку с ежедневной оценкой нутритивного статуса), коррекцию водно-электролитных нарушений и местное лечение раны (активная аспирация кишечного отделяемого). За счет этих мер объем потерь кишечного содержимого сокращался в среднем до $320,6 \pm 292,4$ мл в сутки. Вторым этапом всем 88 больным было выполнено хирургическое лечение: резекция тонкой кишки, несущей свищ с формированием межкишечного анастомоза выполнено 72 больным; краевая резекция и ушивание тонкой кишки - 3 больным; резекция кишки со свищами, иссечение кишечного свища и ушивание дефекта - 5; операции, направленные на «отключение» свища из пассажа кишечного содержимого - 3; резекция кишки со свищами, отключение кишечного свища - 1. Всем пациентам произведена пластика дефектов брюшной стенки: у 7 с применением аллопластических материалов, в т.ч. у 3 с применением консервированной твердой мозговой оболочки. Медиана общей длительности операций у больных со сформированными ТКС составила 130 мин (30 мин; 370 мин); медиана общей длительности операций у больных с несформированными ТКС составила 175 мин (50 мин; 505 мин). Объем интраоперационной кровопотери - $109,52 \pm 315,12$ мл. Средний койко-день составил 24 ± 23 (6-70) суток. Послеоперационные осложнения возникли у 37 больных, из них 14 пациентам потребовалось повторное оперативное вмешательство (по поводу частичной несостоятельности швов анастомозов у 5 больных). Рецидив тонкокишечного свища в раннем послеоперационном периоде возник у 14 (15,9%) пациентов, но на фоне консервативной терапии у 7 пациентов ТКС самостоятельно закрылись. Летальный исход у трех больных (3,4%). Заключение. Лечение пациентов с кишечными свищами должно проводиться в специализированных центрах обладающих достаточным опытом и материальными возможностями. Оптимальный

срок для операции составляет от 3 месяцев с момента последней операции.

63. Хирургическое лечение тяжелого ПМК: стома или колэктомия?

Данилов М.А., Кротов Г.А.

Москва

Московский Клинический Научный Центр им.
А.С.Логина

Актуальность. В последние годы клостридиальная инфекция встречается все более чаще, очень часто несвоевременно диагностируются как само заболевание, так и возникающие осложнения, а стандартная консервативная терапия все чаще становится неэффективной. Наряду с этим, клостридиальная инфекция становится ведущей причиной в госпитальной летальности. *C. Difficile* продуцируют токсины А и В, которые разрушают слизистую оболочку кишки с формированием псевдомембраны. Распространенность *Cl.*-ассоциированных колитов с каждым годом увеличивается, увеличивается количество рецидивирующих форм, устойчивых к терапии, а также увеличивается количество пациентов с ПМК в постковидном периоде. Эта группа пациентов отличается интенсивной манифестацией заболевания и высоким количеством осложнений. Более чем у половины пациентов (61%) получавших антибактериальные препараты за последние 12 месяцев в анализе кала обнаруживаются токсины *Cl. Difficile*. Показатели смертности при фульминантной форме клостридиального колита крайне высокие, в связи с этим времени для принятия решения о необходимости выполнения хирургического вмешательства с момента установки диагноза не так уж и много. Колэктомия в настоящее время считается операцией выбора при фульминантной форме клостридиального колита, однако своевременное формирование петлевой стомы и антеградный лаваж лекарственных средств может быть эффективной альтернативой. Цель. Улучшение результатов лечения тяжелых форм ПМК. Материалы и методы. За три года в отделении колопроктологии МКНЦ пролечено 44 пациента с фульминантной формой псевдомембранозного

колита. Средний возраст пациентов составил 56,6±4,6 лет, 26 мужчин и 18 женщин. У 7-ми пациентов имело место наличие воспалительных заболеваний кишечника. Пациенты, в зависимости от объема хирургического вмешательства были распределены на 3 группы: 29 пациентам было выполнено хирургическое вмешательство в объеме формирования петлевой илеостомы (И), 12 пациентам – субтотальная колэктомия (СК) и 4-м пациентов была выполнена тотальная колэктомия (ТК) соответственно. Всем пациентам помимо стандартных обследований выполнялась сигмоскопия без предварительной подготовки. Результаты. Большинству пациентов удалось сформировать петлевую илеостому, установить зонд за баугиниеву заслонку и проводить антеградный лаваж ванкомицином, метронидазолом и препаратами 5-АСК. Все пациенты данной группы ответили на местную терапию, и в различные сроки им выполнены реконструктивно-восстановительные операции (100%). При тотальном поражении толстой кишки, а также при наличии ряда факторов: лейкоцитозе более 30 тысяч, СРБ более 150 мг/мл, пресепсине более 1000 пг/мл, а также гипоальбуминемии менее 25 г/л, пациенты подвергались резекционным вмешательствам лапароскопическим или открытым доступом. Группы различались по частоте гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде: в группе И – 3%, в группе СК 25% и в группе ТК 100%, $p=0,001$. Различий в длительности пребывания в стационаре не наблюдалось, средний койко-день общей выборки пациентов составил – 11. Послеоперационной летальности не было. Заключение. Своевременная диагностика и формирование петлевой стомы с антеградным лаважом – эффективная альтернатива хирургического лечения ПМК.

64. Хирургический взгляд на артериальную анатомию поджелудочной железы

Двухжилов М.В., Кризгер А.Г., Стручков В.Ю.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневого» Минздрава России

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция является одним из самых технически сложных вмешательств в абдоминальной хирургии. Наиболее тяжелым осложнением по сей день является развитие послеоперационного панкреатита, на фоне которого развивается послеоперационный панкреатический свищ и другие, специфические для поджелудочной железы осложнения. На протяжении всего времени с момента создания данной операции различными хирургами по всему миру были предприняты попытки усовершенствовать оперативную технику. Были предложены разнообразные методики панкреатоэнтероанастомозов, оперативных доступов, способы мобилизации. Одним из предположений об изменении оперативной техники, позволяющей снизить количество панкреатических свищей после панкреатодуоденальной резекции, является расширение уровня резекции поджелудочной железы. Целью нашего исследования является определение оптимального уровня резекции поджелудочной железы с учетом ее анатомического строения и артериальной ангиоархитектоники. Материал и методы. Проведен анализ литературы связанной с результатами различных вариантов панкреатодуоденальной резекции, вариантами анатомического строения и артериальной ангиоархитектоники поджелудочной железы, ее эмбрионального развития. На основании изученной литературы и данных клинических исследований сформирована оперативная техника на основании вариативной артериальной анатомии поджелудочной железы и смещением уровня резекции влево. Результаты. В нашем центре выполнено 48 панкреатодуоденальных резекций с учетом артериальной анатомии в период с 2020 по 2021 года. Количество панкреатических свищей в послеоперационном периоде составило - 7 (14,5%). Обсуждение. Различные анатомические исследования сосудистой анатомии поджелудочной железы разделяют последнюю на 2 сегмента: цефало-цервикальный и

корпорокаудальный. Данные сегменты как правило соединены 1-2 относительно крупными артериями и по данным анатомов в области шейки поджелудочной железы кровотоков наиболее слабо выражен с образованием так называемого “кровенного водораздела”. С учетом того, что поджелудочная железа кровоснабжается из трех магистральных сосудов: общей печеночной артерии и селезеночной артерии из системы чревного ствола и нижней панкреатодуоденальной артерии из системы верхней брыжеечной артерии, градиент кровотока и преимущественную артерию питающую оставшуюся культю определить технически невозможно, а также наличие вышеописанного “кровенного водораздела” типичное пересечение посередине воротной вены поджелудочной железы с большей долей вероятности провоцирует возникновение ишемии в зоне панкреатоэнтероанастомоза. Выводы. Более глубокое изучение анатомиофизиологических аспектов поджелудочной железы позволит совершенствовать технику панкреатодуоденальной резекции для уменьшения частоты послеоперационных осложнений.

65. Первый опыт эндовакуумной терапии у больных с дефектами пищевода различной этиологии

*Толочик В.В. (1), Воронцов О.Ф. (1,2),
Кастерина А.В. (2), Шпахтхольц Д. (1),
Мюллер Т. (1), Грэб К. (1)*

1) Хоф, Германия, 2) Волгоград

1) Сана Клиникум Хоф, 2) ВолгГМУ

Введение. Повреждения пищевода травматического или ятрогенного характера, а также при синдроме Бурхавэ, являются, наряду с несостоятельностью эзофагеальных анастомозов, серьезной и до конца нерешенной проблемой современной торакоабдоминальной хирургии. Все разнообразие известных хирургических методов лечения дефектов пищевода различной этиологии, на сегодняшний день, не позволяет в достаточной степени уменьшить риск развития неблагоприятных исходов. Это привело к поиску новых подходов, в частности внедрению малоинвазивных технологий с

использованием эндовакуумной внутрипросветной терапии. **Цель.** Оценка эффективности этапной эндовакуумной терапии у пациентов с перфорацией пищевода или несостоятельностью эзофагеального анастомоза. **Материалы и методы.** С 2017 по 2021 год в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии больницы города Хоф с использованием эндовакуумного метода было пролечено 8 пациентов (4 женщины и 4 мужчин). Возраст больных составил от 54 до 87 лет. Диагноз повреждения пищевода был подтвержден с помощью ФГДС и КТ. Этиологическими факторами развития повреждения пищевода были: ятрогенные перфорации вследствие бужирования и/или баллонной дилатации кардии - 1, синдром Бурхавэ - 1, несостоятельность пищеводных анастомозов - 3 и пищеводно-плевральные свищи - 3 случая. **Результаты.** Применение эндовакуумной терапии позволило у 7 из 8 пациентов восстановить целостность стенки пищевода без оперативного вмешательства. Продолжительность лечения 1 пациента с ятрогенным повреждением пищевода составила 9 суток, что потребовало трёхкратной замены эндовакуумной системы. У 1 пациентки с синдромом Бурхавэ, длина разрыва пищевода составила 10 см, на 24 сутки лечения, после 8 регулярных замен эндोगубок, отмечалось полное заживление дефекта пищевода. Из 3 пациентов с несостоятельностью пищеводно-тонкокишечных? анастомозов эндовакуумная терапия была эффективна в 2 случаях, среднее время лечения составило 22,3 суток; у 1 паллиативного пациента отмечалась отрицательная динамика заживления дефекта анастомоза, на 18 сутки, на фоне прогрессирования септических осложнений и полиорганной недостаточности, наступил летальный исход. У 3 больных с пищеводно-плевральными свищами, сформировавшихся в послеоперационном периоде (1 пациентка с некрозом торакального желудка и медиастинитом, 2 пациента с ущемленными торакальными желудками и ишемическими язвами пищевода), удалось добиться полного закрытия свища. Внутриплевральные абсцессы дренировали под контролем КТ. Регенерацию дефекта стенки пищевода контролировали посредством эндоскопии и КТ с контрастированием. **Заключение.** Опыт использования эндовакуумной терапии показал высокую эффективность данной методики в лечении больных с повреждениями пищевода и позволил избежать обширных хирургических вмешательств. Данный метод позволил контролировать гнойные осложнения средостения, таким образом существенно снизив летальность. Однако успешность проведения данной методики

требует хорошей клинической и аппаратной диагностики опыта в проведении эндоскопических вмешательств и тесного взаимодействия со специалистами смежных областей.

66. Малоинвазивные комбинации коррекции недостаточности прямокишечных анастомозов после онкологических колоректальных резекций

*Толочик В.В. (1), Воронцов О.Ф. (1,2),
Кастерина А.В. (2), Шпахтхольц Д. (1),
Мюллер Т. (1), Грэм К. (1)*

1) Хоф, Германия, 2) Волгоград

1) Сана Клиникум Хоф, 2) ВолгГМУ

Введение. Несостоятельность ректальных анастомозов после резекций сигмовидной и прямой кишки у пациентов со злокачественными новообразованиями является одним из самых опасных хирургических осложнений в колоректальной хирургии, что приводит к росту летальности пациентов в ближайшем послеоперационном периоде и ухудшению прогноза. **Цель.** Оценка эффективности малоинвазивных методов лечения несостоятельности колоректальных анастомозов, позволяющих избежать сложных повторных оперативных вмешательств. **Материалы и методы.** С 2012 по 2021 год в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии больницы города Хоф было выполнено 578 онкологических резекций ободочной и прямой кишки с формированием первичного прямокишечного анастомоза циркулярно-сшивающим аппаратом выше 6 см от сфинктера. Эти кишечные соустья не потребовали формирования протективной илеостомы. У 25 пациентов (4,3%) развилась клинически значимая недостаточность анастомоза, диктовавшая необходимость инвазивного лечения. Пациенты были поделены на 2 группы (А и Б). В группу А вошли 13 (2,2%) пациентов с признаками диффузного перитонита, которым мы выполнили открытую или лапароскопическую ревизию брюшной полости: 3 (0,5%) пациентам с разлитым каловым перитонитом и некрозом анастомоза - открытую операцию Гартмана, 10 (1,7%) - с фибринозно-гнойным тазовым перитонитом операцию ограничили

лапароскопической санацией с дренированием, формированием петлевой илеостомы, трансректальной установкой эндовакуумной губки в полость дефекта анастомоза. Иной подход мы применили в группе Б у 12 (2,1%) больных без признаков перитонита. У 8 (1,4%) из них, в зоне дефекта анастомоза, не превышающим 1/3 окружности, мы устанавливали эндовакуумную губку с одновременным формированием протективной илеостомы лапароскопическим способом, без санации и дренирования брюшной полости. У 4 (0,7%) пациентов, у которых размер несостоятельности анастомоза не превышал 10 мм, без признаков воспаления, был установлен дренаж в полость пресакарального абсцесса под контролем КТ, а дефект анастомоза закрывали с помощью OTSC клипа. Дальнейшее лечение заключалось в регулярном промывании дренажа и эндоскопическом контроле анастомоза. После уменьшения размеров дефекта дренаж удаляли, пациента выписывали для амбулаторного лечения. **Результаты.** Стационарное лечение с регулярной сменой эндовакуумной системы составило в среднем 18 ± 1 суток. Ближайшая послеоперационная летальность в группе А составила 0,3 % (2 пациента). В группе Б летальных исходов не было. **Выводы.** Малоинвазивные методы лечения недостаточности колоректальных анастомозов являются эффективным способом коррекции данного осложнения, что позволяет избежать повторных обширных операций. Для успешного проведения этих процедур требуется большого опыта в проведении эндоскопических вмешательств и тесное взаимодействие со смежными специалистами.

67. Ультразвуковые критерии диагностики острого деструктивного холецистита

Яшнов А.А. (1), Лобанов С.Л. (1), Коновалова О.Г. (1), Бурцева М.А. (1), Николаев А.Н. (2)

Чита

1) ФГБОУ ВО ЧГМА, 2) ГАУЗ КМЦ ПП№2

Летальность при остром холецистите по данным А.Ш.Ревишвили в 2019 г. составила 1,4%. Тогда как наибольший процент летальности приходится на

послеоперационную и составляет 89,6%. Данный факт указывает на несовершенную схему диагностики острого деструктивного холецистита и соответственно на неправильный выбор тактики лечения. Целью работы явилось изучить чувствительность и специфичность критериев ультразвукового исследования в диагностике острого деструктивного холецистита. Материалы и методы. Нами проведено одномоментное исследование 105 пациентов с различными клинико-морфологическими вариантами острого калькулёзного холецистита: группа 1 - острый катаральный холецистит (n=35); группа 2 - острый флегмонозный холецистит (n=35); группа 3 - острый гангренозный холецистит (n=35). Все пациенты сопоставимы по возрасту, полу и сопутствующей патологии, оперированные стандартными методиками: лапароскопической холецистэктомией и традиционной открытой холецистэктомией по поводу острого калькулёзного холецистита в возрасте от 30 до 70 лет. Группу клинического сравнения составили пациенты (n=35) с хроническим калькулёзным холециститом, оперированные методиками: лапароскопической холецистэктомией, традиционной открытой холецистэктомией в возрасте от 30 до 70 лет. Всем больным в момент поступления выполнялось ультразвуковое исследование желчного пузыря с помощью аппарата (LOGIQS8) конвексным датчиком C1-5 с частотой 4 МГц. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 7.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине. Для исследования взаимосвязей между изучаемыми параметрами проводили парный корреляционный анализ по Пирсону. Распределение степеней свободы оценивалось критерием хи-квадрат для оценки качественных данных в трех и более независимых группах. При сравнении средних значений количественного признака в трех и более независимых группах, при нормальном распределении данных во всех группах проводился однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Критерий Фридмана использовался для сравнения трех и более связанных выборок, данные в которых не подчиняются закону нормального распределения. Для парного сравнения независимых выборок использовался критерий Манна – Уитни. Результаты исследования. При проведении УЗИ желчного пузыря оценивались следующие критерии: симптом Мерфи, утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм, неоднородность стенки, перивезикальный выпот, увеличение размеров желчного пузыря (длины

более 10 см, ширины более 5 см, объема более 40 см³), симптом свисания, гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря. Установлено, что чем значительнее деструктивные процессы в стенке желчного пузыря, тем более выражено визуализируются изменения критериев при ультразвуковом исследовании. При этом симптом Мерфи при УЗИ исследовании выявлен: в группе сравнения в 14,3% случаев; в 1 группе пациентов – 94,3%; во 2 группе - 80% и соответственно группе № 3 в 68,6%. Утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм визуализировалось в группе сравнения в 34,3% случаев, в группе №1 - 94,3%, в группе №2 – 97,1%, в группе №3 - 97,1%. Неоднородность (слоистость) стенки желчного пузыря в группе сравнения не наблюдалась, в группе № 1 в 22,9% случаев; в группе №2 в 82,9%; в группе №3 в 97,1%. Увеличение объема желчного пузыря в группе сравнения выявлено в 5,7% случаев; в группе №1 наблюдалось - 94,3%, в группе №2 - 97,1%, в группе №3 - 94,3%. Перивезикальный выпот визуализировался только у пациентов с острым калькулёзным холециститом: в группе №1 в 31,4% случаев; в группе № 2 - 82,9%; в группе №3 - 91,4%. Гиперэхогенная взвесь при ультразвуковом исследовании наблюдалась в 2,9% случаев в группе клинического сравнения; в группе №1 в 17,1%, в группе №2 в 51,4%; в группе №3 в 65,7% случаев. Таким образом, наиболее информативными критериями ультразвукового исследования в диагностике деструктивного холецистита являются: неоднородность стенки желчного пузыря, симптом свисания, гиперэхогенность желчи, перивезикальный выпот. Чувствительность данных критериев составляет 65,7-97,1% [ДИ 58,3-99,2], а специфичность 94,3-97,1% [ДИ 89,4-100].

68. Симультанные и комбинированные оперативные вмешательства при колоректальном раке

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

Донецк, ДНР

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность. Определение показаний к выполнению симультанных (СОВ) и комбинированных оперативных вмешательств (КОВ) при раке толстой кишки (РТК) продолжает оставаться весьма актуальной проблемой. Цель исследования. Проанализировать результаты выполнения СОВ и КОВ при РТК. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 1280 больных, оперированных в клинике общей хирургии ДОННМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДОКТМО по поводу РТК. Их них 153(11,9%) выполнены СОВ. В этой группе резекция прямой кишки выполнена 53(34,6%) пациентам, сигмовидной - 42(27,4%), правосторонняя гемиколонэктомия - 35 (22,9%), левосторонняя гемиколонэктомия - 23(15,1%). Наряду с этим, герниоаллопластика выполнена 41 (26,7%) пациенту холецистэктомия - 34 (22,1%) аппендэктомия - 22 (14,4%), тубовариозэктомия с резекцией яичника - 18 (11,8%), экстирпация матки с придатками - 14 (9,2%), цистоовариозэктомия - 8 (5,3%), резекция дивертикула Меккеля - 7 (4,6%), удаление фиброматозного узла тела матки - 5 (3,3%), нефрэктомия - 4 (2,6%). 184 (14,4%) пациентам - произведены КОВ. При этом, резекция прямой кишки выполнена 69 (37,5%) пациентам, сигмовидной - 42(22,8%), правосторонняя гемиколонэктомия - 39 (21,2%), левосторонняя гемиколонэктомия - 34(18,5%). Наряду с этим, атипичные резекции печени выполнены 63 (34,2%) пациентам, экстирпация матки с придатками - 47 (25,5%), резекция тонкой кишки - 26 (14,1%), резекция мочевого пузыря - 21 (11,4%), резекция задней стенки влагалища-19 (10,4%), резекция желудка-4 (2,2%), нефрэктомия - 2(1,1%), эпинефрэктомии -2 (1,1%) пациентам. Результаты. Послеоперационные осложнения проявлялись в виде серомы с нагноением раны в 16 случаях, пневмонии - в 6, инфильтраты брюшной полости - в 3 случаях. Послеоперационная летальность зафиксирована по одному случаю в группе пациентов с КОВ (выполнена резекция сигмовидной кишки, гемирезекция мочевого пузыря,

экстирпация матки с придатками, пересадка левого мочеточника) и в группе СОВ (тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии) Выводы. Выполнение СОВ и КОВ при РТК не ухудшало послеоперационные показатели и качество жизни, что позволяет рекомендовать их более широкое применение.

69. Методика "Sandwich": новый подход к лечению сложных послеоперационных вентральных грыж

Чертова А.Д., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р.

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России

Актуальность. Реконструкция сложных послеоперационных вентральных грыж(ПОВГ) является актуальной проблемой герниологии. Эта проблема продиктована высоким процентом рецидивов и значительными техническими трудностями в выборе правильного подхода к тактике лечения таких пациентов. Несмотря на распространенность сложных грыж передней брюшной стенки в настоящий момент не существует единого мнения относительно наиболее подходящей техники протезирования для устранения грыжевого дефекта. В связи с чем была произведена оценка результатов лечения больных со сложными ПОВГ по новой методике "Sandwich". Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 13 больных со сложными ПОВГ, оперированных по методике "Sandwich" в период с 20.15 г по 20.21 г.; женщин было 6, мужчин - 7; средний возраст - 59±11,2. Согласно критериям N. J. Slater et all. (2013 г) у 6 пациентов с первичными грыжами ширина грыжевых ворот составляла >10см, у 3 из которых имела место "потеря домена", 6 пациентов имели рецидив грыжевого выпячивания после ранее выполненного эндопротезирования, из них у 4 пациентов также наблюдалась "потеря домена", и у 1 пациента была выявлена боковая грыжа с шириной грыжевых ворот >10см. Соотношение объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости у пациентов с "потерей домена" составляло

от 20% до 67%. Ширина грыжевых ворот варьировала от 8 до 20см. Клинически значимая соматическая патология: алиментарное ожирение – 8; сахарный? диабет II типа – 4; ХОБЛ – 1; артериальная гипертония 10; онкология 5 больных. Многократное оперирование в одной области в анамнезе отмечалось у 9 пациентов (69,2%). Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Общая продолжительность операции составляла от 115 до 645 минут. Выбор варианта пластики по методике “Sandwich” определялся индивидуально. Были использованы следующие варианты: IPOM+onlay (7 пациентов), Sublay+onlay (5 пациентов) и IPOM+sublay (1 пациент). В качестве пластического материала были использованы разные полипропиленовые, комбинированные и композитные эндопротезы. У 2 пациентов дополнительно была выполнена холецистэктомия. В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) первые сутки после оперативного вмешательства провели все пациенты. В связи с развитием общих осложнений 2 пациента провели в ОРИТ до 2 и 3 суток соответственно. Результаты и обсуждение. Местные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 8 (61,5%) больных: серома – 7 (53,8%) больных, гематома послеоперационной раны – 1 (7,7%) больной. В послеоперационном периоде 4 пациентам потребовалась чрескожная аспирация сером под УЗИ-контролем. В результате все серомы разрешились в течении 1 месяца. Общие осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 2 (15,3%) больных, которые нуждались в проведении интенсивной терапии. Летальных случаев зафиксировано не было. Длительность пребывания больных в стационаре после операции в среднем 15±5,1 дней. Сроки наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 2 лет. У 1 пациента через 2 года образовался лигатурный свищ. Из числа оперированных рецидива ПОВГ зафиксировано не было. У методики «Sandwich» есть множество модификаций и общей их особенностью является то, что они используются при больших и гигантских послеоперационных грыжах, где классические методы открытой пластики, такие как метод sublay, метод открытого IPOM и метод разделения компонентов являются недостаточными. Частота рецидивов в опубликованных исследованиях составляет от 0 до 13,3%. Методика “Sandwich”, рассмотренная в данном наблюдении, заключается в использовании двух эндопротезов в разных слоях передней брюшной стенки друг над другом, обеспечивая двойное укрепление передней брюшной стенки при сложных послеоперационных вентральных грыжах.

Выводы и рекомендации. Методика “Sandwich” является ценным методом для пластики грыжевых ворот у больных со сложными ПОВГ. Мы предлагаем эту методику в качестве альтернативы к использованию у этой сложной категории больных.

70. Оценка метода снижения раневых инфекционно-воспалительных осложнений при герниопластике по поводу послеоперационных вентральных грыж

*Щерба С.Н. (1,2), Половинкин В.В. (1,2),
Федюшкин В.В. (1,3), Щерба А.С. (1),
Гостева А.Ю. (1)*

1, 2) Краснодар, 3) Динская

1) ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ НИИ-Краевая клиническая больница №1, 3) ГБУЗ Динская ЦРБ

Актуальность. Хирургическое лечение пациентов с послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки остаётся сложной проблемой абдоминальной хирургии. Несмотря на условную “чистоту” подобных хирургических вмешательств, ранний послеоперационный период этой категории пациентов нередко осложняется инфекционно-воспалительными процессами области хирургического вмешательства (ИОХВ) в виде нагноений, появления контаминированных сером и гематом, некроза краёв раны, кожно-протезных свищей с частотой, по данным разных авторов, 4-18%. Особую актуальность этот вопрос приобретает у пациентов старших возрастных групп, страдающих ожирением, сахарным диабетом, имеющих онкологический анамнез и иммуно-супрессивный статус. Цель. Провести анализ эффективности применяемого в нашей клинике способа пролонгированного проточно-аспирационного дренирования (ППАД) подкожной клетчатки операционных ран (патент на изобретение № 2482805 от 27.05.2013), предусматривающего профилактику гнойно-септических раневых осложнений. Материалы и методы. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2016-2021

годах по поводу послеоперационных вентральных грыж MW2-3R0, возникших после выполненных хирургических вмешательств на толстой кишке по поводу заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза, а также некоторых абдоминальных заболеваний общехирургического в сроки от трёх месяцев до полутора лет с момента операции. За указанный период накопились сведения о 96 больных. Согласно критерию включения (хирургические вмешательства грыж открытым способом с применением как аутопластики, так и аллопластики – фиксацией сетчатого эндопротеза on-lay либо sublay) в исследовании участвовали 92 пациента. Из исследования исключены четверо больных, которым одновременно с грыжесечением выполнялись симультанные операции на органах брюшной полости. Мужчин было 43 (средний возраст $55 \pm 3,4$), женщин – 49 (средний возраст $59 \pm 4,4$). Все больные были разделены на две репрезентативные группы: основную – 53 человека, где применялся метод ППАД подкожной клетчатки операционной раны и контрольную – 39 человек (операционная рана заживала без дренирования подкожной клетчатки либо подкожная клетчатка операционной раны промывалась с помощью вакуум-аспиратора без элемента “гидравлической компрессии” антисептика). В обеих группах наблюдений все хирургические вмешательства осуществлялись в плановом порядке после стандартного дообследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки, тромбопрофилактики, под эндотрахеальным наркозом через срединный лапаротомный доступ. Статистическая обработка материала производилась с помощью программного обеспечения STATISTICA 6.1 (StatSoft, Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2007) в среде операционной системы Windows XP. Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде в контрольной группе имели место 5 (12,8%) различных ИОХВ (два нагноения раны, две серомы, один инфильтрат). Причём у трёх из этих больных было ожирение первой степени, а у ещё одного – второй. В основной группе лишь в одном случае (1,9%) ($t=2$; $p<0,05$) зафиксирована контаминированная серома с инфильтрацией кожных краёв раны, лечение которой произведено консервативно, с сохранением кожных швов и окончательным заживлением раны первичным натяжением. Раны пациентов контрольной группы наблюдений, где произошло нагноение, после снятия кожных швов в зоне воспаления заживали вторичным натяжением. Сетчатые эндопротезы во всех случаях были сохранены. Вывод. Анализ применения способа ППАД подкожной клетчатки у

пациентов, прооперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж, свидетельствует о достоверной эффективности метода, позитивно влияющего на снижение числа раневых осложнений раннего послеоперационного периода.

71. Хирургическое лечение синдрома запястного канала

*Бирюков С.Н. (1), Каплунов О.А. (1),
Жигало А.В. (2), Ласков И.Г. (1),
Королева Д.Ю. (1), Шаповалова Д.Д. (1)*

1) Волгоград, 2) Санкт-Петербург

1) ВолгГМУ, 2) ООО «Международный
медицинский центр „СОГАЗ”

Актуальность. Синдром запястного канала или карпального канала - наиболее распространенная туннельная нейропатия верхней конечности, вызывается сдавлением срединного нерва при его прохождении через канал запястья. По данным Центра по контролю заболеваемости США, от 4 до 6% взрослого населения страны страдают этим заболеванием - это примерно 7-16 млн жителей страны. Обычно пациенты с этим заболеванием испытывают боль и парестезии в местах иннервации срединным нервом, которые включают ладонную сторону большого, указательного и среднего пальцев и лучевую половину безымянного пальца. В основе этого синдрома лежит повышение давления в карпальном канале и уменьшение функции срединного нерва. Цель исследования. Изучение результатов и оптимизация хирургического лечения синдрома запястного канала. Материалы и методы. Объектом исследования стали 25 пациентов, оперированных в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ «ВОКБ №1» период с 2019 по 2021 год. Давность болезни составляла от 4 месяцев до 3 лет, возраст пациентов - от 45 до 65 лет. За время болезни пациенты проходили неоднократный курс консервативной терапии у невролога. Предоперационные физикальные методы обследования для верификации диагноза: симптом щелчка, тест Фалена, тест на сжатие срединного нерва; инструментальные - ультразвуковое и электродиагностическое исследования. Всем

пациентам выполняли декомпрессию срединного нерва открытым методом или миниинвазивным - эндоскопически или при помощи карпального крючка. Результаты. У всех 25 пациентов было значительное улучшение чувствительности в зонах влияния срединного нерва. Вывод. Миниинвазивные (эндоскопия, карпальный крючок) и открытые методы одинаково эффективны, но пациенты возвращаются к работе в среднем на 10 дней раньше после применения миниинвазивных методик.

72. Комплексное лечение больных распространенными флегмонами мягких тканей с применением криоплазменно-антиферментной терапии

*Цеймах Е.А. (1), Зинченко В.Ю. (1,2),
Черненко В.В. (2)*

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России,
- 2) КГБУЗ «Городская больница № 8»

Актуальность проблемы лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и по сегодняшний день бесспорна. Даже современные достижения медицины не способны в полной мере решить проблемы лечения этой категории больных. Доля хирургических инфекций составляет 1/3 от всей хирургической патологии. Значительно утяжеляют течение гнойно-воспалительного процесса множество осложнений, значительно влияющих на исход заболевания. Так сепсис, как наиболее грозное осложнение, способствует значительному увеличению летальности у этих больных. Немаловажное значение играет нарастающая полирезистентность микрофлоры к имеющемуся арсеналу антибактериальных препаратов. Особое значение, которому зачастую отводится недостаточное внимание специалистов, принадлежит нарушению микроциркуляции в гнойно-воспалительных очагах, за счет наличия септической коагулопатии у этих больных и развивающегося тромбгеморрагического синдрома. Все это требует поиска новых патогенетически обусловленных методов лечения

этой категории больных. Таким образом, в комплексном лечении больных флегмонами мягких тканей наряду с общепринятыми методами лечения (адекватное вскрытие и дренирование гнойного очага с некрэктомией, антибактериальная терапия в соответствии с чувствительностью микрофлоры из раневого экссудата и периферической крови, дезинтоксикационная и инфузионная терапия, коррекция гиповолемических и водно-электролитных нарушений) дополнительно использован криоплазменно-антиферментный комплекс (КАК) (трансфузия свежезамороженной плазмы (СЗП), гепарин, ингибиторы протеиназы) для коррекции септической коагулопатии и развивающегося синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром). Целью явилось улучшение результатов лечения больных флегмонами мягких тканей за счет коррекции септической коагулопатии и развивающегося ДВС-синдрома. Материалы и методы. В исследование включены 172 больных флегмонами мягких тканей с различной распространенностью в глубину и по анатомическим областям. Надфасциальные флегмоны — 3(1,7%), субфасциальные — 40(23,3%), межмышечные — 115(66,9%), забрюшинные — 14(8,1%). Гнойные флегмоны — 62(36%), гнилостные — 16(9,3%), некротические — 94(54,7%). Выделено 2 группы. 1 группа - 85 (49,4%) получала в составе лечения КАК наряду с общепринятым лечением. 2 группа - 87 (50,6%) получала только общепринятое лечение. Выделенные группы не имели различий по клинико-морфологическим характеристикам. Все больные комплексно обследованы (клинические, биохимические, лабораторные, инструментальные, микробиологические методы исследования). Наряду с этим выполнено развернутое изучение показателей системы гемостаза и фибринолиза (сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, общих коагуляционных тестов, конечного этапа свертывания, физиологических антикоагулянтов, тромбинемии, фибринолиза). Результаты. В зависимости от тяжести течения гнойно-воспалительного процесса и характера изменений показателей системы гемостаза и фибринолиза было выделено 3 варианта течения флегмон мягких тканей. Средне-тяжелое течение характеризовалось ограниченным процессом с поражением поверхностных фасций, без тенденции к распространению, занимающих 1 анатомическую область, без бурной клинической картины, незначительным снижением физиологических антикоагулянтов, умеренной тромбинемией и депрессией фибринолиза. Показатели системы гемостаза: протромбиновое время (ПТВ) -

14,04±0,18, антитромбин III (АТ III) - 72,8±0,4, протеин S - 85,13±7,85, тромбоциты - 536,6±20,54, фактор Виллебранда (ФВ) - 260,58±46,56, Д-димер - 773,1±49,93, орто-фенантролиновый тест (О-ФТ) - 13,86±0,28, XIIa-зависимый фибринолиз (XIIa-3Ф) - 46,8±2,4. Тяжелое течение характеризовалось бурной клинической картиной, поражением фасций, фасциальных и мышечных футляров, занимающее 2 анатомические области, умеренным снижением физиологических антикоагулянтов, выраженной тромбинемией и депрессией фибринолиза. Показатели системы гемостаза: ПТВ - 17,77±0,19, АТ III - 64,1±0,42, протеин S - 66,67±1,98, тромбоциты - 129,23±1,92, ФВ - 351,49±35,7, Д-димер - 2608,6±43,87, О-ФТ - 20,31±0,24, XIIa-3Ф - 58,1±1,8. Септическое течение характеризовалось бурно развивающимся процессом, без тенденции к отграничению занимающие 3 и более анатомических областей, с поражением глубоких мягкотканых структур, с яркой клинической картиной, наличием сепсиса с полиорганной недостаточностью, выраженным снижением физиологических антикоагулянтов, выраженной тромбинемией и депрессией фибринолиза. Показатели системы гемостаза: ПТВ - 26,74±0,89, АТ III - 41,2±1,6, протеин S - 46,87±5,77, тромбоциты - 75,5±3,43, ФВ - 553,3±28,2, Д-димер - 6036,4±221,92, О-ФТ - 28,38±0,24, XIIa-3Ф - 63±1,1. Так, показатели системы гемостаза и фибринолиза свидетельствовали о развитии септической коагулопатии у больных со средне-тяжелым течением и ДВС-синдрома у больных с тяжелым и септическим течением флегмон мягких тканей. Обсуждение. Для коррекции септической коагулопатии и ДВС-синдрома у больных флегмонами мягких тканей использовался КАК. Подбор компонентов КАК осуществлялся относительно тяжести течения гнойно-воспалительного процесса и характера изменений показателей системы гемостаза. Так, при средне-тяжелом течении использовали малые дозы СЗП и большие дозы гепарина. При тяжелом течении - средние дозы СЗП, гепарина и ингибиторов протеиназ. При септическом течении - большие дозы СЗП и ингибиторов протеиназ, малые дозы гепарина. Анализ клинических исходов показал, что при использовании КАК наблюдалось более быстрое очищение ран в 1,4 раза, снижалась летальность в 2,6 раз, снижалось количество тромботических и тромбоэмболических осложнений в 1,75 раз. Использование в составе комплексного лечения КАК эффективно корректирует септическую коагулопатию и ДВС-синдром, что улучшает микроциркуляцию, способствуя улучшению проникновения антибактериальных и

других препаратов в зоны воспаления. При этом улучшаются действенность комплексного лечения и клинические результаты.

73. Некоторые аспекты лечения длительно незаживающих ран

*Омарова Х.З, Исрапилов М.М., Курбанова З.В,
Курбанисмаилова М.Г., Багаудинова С.Г.,
Омаров О.И, Далгатов Г.М.*

Махачкала

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Введение. Одной из важных проблем современной медицины является лечение длительно незаживающих ран, в первую очередь, язв различной этиологии, в случаях, когда репаративные возможности организма человека нарушены или недостаточны. Актуальность. Большинство язв нижних конечностей (около 80–90 %) имеют в своем патогенезе сосудистые нарушения, среди которых преобладают язвы, связанные с венозной недостаточностью, и язвы, развивающиеся на фоне диабета. Актуальность обусловлена большой распространенностью трофических язв и недостаточной эффективностью существующих консервативных методов лечения, которые приводят к огромному экономическому ущербу, вызванному потерей трудоспособности. Материалы и методы. Предлагается авторский способ сочетания использования современных инновационных повязок фирмы «Hartmann» - гидрокола и гидротака. Повязки подбираются соответственно стадии раны, размеру и форме, таким образом, чтобы они выступали за края раны на 2 см. Смену повязки проводят 1 раз в день, чередуя повязки, сигналом к смене повязки служит деформация в виде пузыря, распространяющаяся за пределы раны. Результаты. Данный способ лечения длительно незаживающих ран использован на 23 пациентах. Метод показал хорошие результаты. Сроки заживления ран варьировали от 1,5 до 3 мес. Во всех случаях происходило заживление ран по типу вторичного натяжения. Обсуждение. При использовании предлагаемого способа результат достигается технологией AquaClear® Gel, который обеспечивает оптимальный баланс влажности,

необходимый для эпителизации и способствующий концентрации факторов роста, стимулируя закрытие раны эпителием и продолжая образование грануляционной ткани до полного ее заживления. Выводы и рекомендации. Предлагаемый нами способ лечения длительно незаживающих ран прост в использовании. Впитывающая способность, создание влажной среды для заживления, атравматичность при смене повязки, хорошее моделирование на ране позволяет применить данные повязки при различных локализациях хронических ран. Широкое применение в рутинной практике данного способа позволило бы улучшить результаты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов с длительно незаживающими ранами.

74. Применение аутологичных гемопоэтических стволовых клеток в лечении язв прямой кишки у пациентов с Болезнью Крона

*Виниченко А.А., Немков А.С., Каманин А.А.,
Позднякова В.Г., Морозов В.П.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, НИИ
хирургии и неотложной медицины

Актуальность. Больные с язвами прямой кишки при болезни Крона (БК) представляют значительную проблему для современной медицины. Ввиду отсутствия системного воспаления, данный контингент больных не подлежит иммуносупрессивной или биологической терапии. При длительном течении язвенного процесса есть риск формирования стриктуры и малигнизации в пораженном сегменте прямой кишки, а операцией выбора является экстирпация или резекция прямой кишки с формированием кишечной стомы. При этом в 50% случаев стома остается на всю жизнь. Это значительно ухудшает качество жизни пациентов, в большей степени молодого трудоспособного возраста, что диктует необходимость поиска новых способов лечения данной категории больных. Клеточная терапия одно из новых направлений в медицине, основанное на применении регенеративного потенциала гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) взрослого организма для

лечения ряда тяжелых заболеваний. В последние годы все чаще в лечении болезни Крона применяется клеточная терапия, конечной целью которой является заживление пораженных сегментов кишки, увеличение продолжительности ремиссии, уменьшение частоты и тяжести осложнений ухудшающих качество жизни больных. Целью настоящего исследования является оценка влияния аутологичных ГСК на язвы прямой кишки при их локальном введении. Материалы и методы. Обследованы и пролечены 15 пациентов с язвенными поражениями прямой кишки на фоне БК. Для оценки активности воспалительного заболевания кишечника проведен клинико-биохимический, эндоскопический, эндосонографический спектр обследований, гистологическое исследование краев язв для изучения возможностей регенераторного потенциала, мультидисциплинарное обсуждение каждого пациента с участием гастроэнтеролога, колопроктолога, анестезиолога, патоморфолога, психотерапевта и врачей других специальностей. Аутологичные ГСК вводились в края язвы. Проведен анализ непосредственных результатов лечения оперированных пациентов. Результаты. Для оценки качественного состава костного мозга достаточно применения метода проточной цитофлуорометрии. В течение месяца после введения аутологичных ГСК отмечено купирование клинической симптоматики, в виде купирования болевого синдрома, исчезновения примеси крови в стуле, снижение частоты тенезмов. Через 6 мес отмечено уменьшение диаметра язвенного дефекта и глубины при эндоскопическом контроле. Через 12 мес получены данные о гистологической ремиссии БК с формированием рубца. Выводы. На основании полученных результатов методика введения аутологичных ГСК в язвы прямой кишки при Болезни может рассматриваться как вариант лечения данной группы пациентов. Это позволит снизить процент агрессивных операций, приводящих к инвалидизации трудоспособного населения. Анализ литературы показывает, что выбор окончательного метода хирургического лечения той или иной формы осложнений БК требует дальнейшего его изучения.

75. Возможности коррекции нарушений гомеостатических констант при остром панкреатите в ранней фазе

Аль-Кубайси Ш.С., Власова Т.И., Умнов Л.Н., Мышкина Н.А., Хачатуров М.Ю., Левкин К.И., Вирысов Д.В.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Цель исследования. Установить эффекты влияния комплексной терапии с ремаксолом на нарушения в системе гемостаза и синдром эндогенной интоксикации. Материалы и методы. Проведено исследование 40 больных острым панкреатитом. Обследуемые больные разделены на 2 группы: группа сравнения (первая, n=20) – пациенты со среднетяжелой степенью, возраст – 44,3±4,28 года, мужчин – 10 (50,0%), женщин – 10 (50,0%) – проведена стандартизированная терапия и основная группа (вторая, n=20) – больные со среднетяжелой формой, их возраст – 46,5±4,71 лет, мужчин – 8 (40,0%), женщин – 12 (60,0%) – лечение включало инфузии ремаксоло (800,0 мл в первые 3-е суток, далее – 400,0 мл). Проведено проспективное исследование путем сплошной выборки. После госпитализации в клинику больным назначена традиционная терапия, в которую входили следующие компоненты: инфузионно-детоксикационный, антибактериальный (по показаниям), десенсибилизирующий, симптоматический и др. Методы. Определен уровень гидрофобным токсических метаболитов (по общей и эффективной концентрации альбумина, резерву связывания альбумина и индексу токсичности) и гидрофильных (молекул средней массы (λ =254, 280 нм). Оценка коагуляционно-литической системы крови проведена по ряду показателей: реактивному времени, а-углу (скорость фибринового структурообразования), процессу лизиса сгустка с помощью тромбозластографа TEG® 5000 (США). Контрольные сроки периода послеоперационного наблюдения – 1, 3, 6 и 10-е сутки. Результаты и обсуждение. В патогенезе острого панкреатита важная роль отводится эндогенной интоксикации, которая проявлялась большим выбросом токсинов в кровь и накоплением их избыточных концентраций в важных органах организма, что вызывает дисбаланс гомеостатической системы. На 1-е и 3-и сутки зарегистрировано снижение концентрации ОКА и РСА в первой группе на 18,9 и 14,8, 20,7 и 16,8% (p<0,05) соответственно. Гидрофильные продукты

(МСМ) и индекс токсичности при легкой степени тяжести были повышены на первом и втором этапе наблюдения на 24,1 и 15,2 и 34,4 и 23,0 % (p<0,05) соответственно. Токсические процессы, формирующиеся при неотложных патологиях живота, ведут к существенным изменениям в коагуляционной системе вплоть до развития фатальных осложнений. Начальные сроки острого панкреатита характеризуются существенными нарушениями системы гемостаза в виде гиперкоагуляции и гипофибринолиза. В основной группе пациентов изменения гомеостатических констант на фоне комплексной терапии с ремаксолом достоверно были выражены в меньшей степени (p<0,05), что положительным образом повлияло на клиническое течение острого панкреатита – меньше случаев прогрессирования болезни и развития осложнений. При этом отметим, что статистически значимых различий не было, что связано с незначительной в количественном отношении выборкой. Несомненно, увеличение количества наблюдений позволит более аргументированно определить целесообразность такого рода терапии.

76. Оценка ближайших результатов лечения больных колоректальным раком

Шишкина Г.А., Топузов Р.Э., Петряшев А.В., Топузов Э.Г., Ерохина Е.А., Круглов А.Н., Бобраков М.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости в России колоректальный рак (КРР) занимает 3 место и составляет 11,5%. Несмотря на использование методик ускоренного восстановления (fast-track), внедрения новых методик оперирования, возможность сокращения сроков госпитализации у пациентов данной категории сильно ограничена. Цель. Улучшение результатов лечения больных колоректальным раком путём оценки результатов хирургического лечения с применением эндовидеохирургических технологий. Материал и методы. Нами проведён анализ результатов лечения больных КРР, которые

находились на лечении в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опделя ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова в 2015 г. и 2020 г. Пациенты, проходившие лечение в 2020 г. составили группу А, в неё вошли 58 больных (у 18 пациентов (31%) (12 женщин и 6 мужчин) опухоль локализовалась в прямой кишке; у 40 больных (69%) (22 женщин и 18 мужчин) она располагалась в ободочной кишке). Группу В составили больные, проходившие лечение в 2015 г.- 44 пациента (у 20 больных (45,5%) (8 мужчин и 12 женщин) опухоль локализовалась в прямой кишке; в ободочной кишке- у 24 пациентов (54,5%) (9 мужчин и 15 женщин)). В обеих группах больше всего было пациентов со II стадией заболевания (T3-T4N0M0): в группе А - 12 больных (66,7%) с опухолью в прямой кишке и 19 человек (47,5%) с локализацией опухоли в ободочной кишке; в группе В 19 больных (43,2%): 10 больных с локализацией опухоли в прямой кишке (50%) и 9 с расположением опухоли в ободочной кишке (37,5%). Результаты исследования. На первом этапе был оценён средний койко-день. В группе А средний срок госпитализации составил 12 дней; в группе В - 16 у пациентов с неосложнённым послеоперационным периодом, 31 день в случае наличия осложнений. Сокращение сроков госпитализации осуществлялось за счёт сокращения сроков предоперационного периода, более широкого внедрения протоколов «fast-track», использования разработанных на базе университета рекомендаций по профилактике послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком, ранней диагностике послеоперационных осложнений, более широкого применения эндовидеохирургических технологий. В группе В только 47,7% оперативных вмешательств выполнялись с использованием эндовидеохирургических технологий; в группе А этот показатель достиг 74,1%. В группе А осложнения в раннем послеоперационном периоде были выявлены у 8 пациентов (частота осложнений 13,8%); в группе В у 10 пациентов (частота осложнений 22,7%). Можно увидеть снижение частоты осложнений в 2020 г. по сравнению с 2015 г., однако, различия статистически недостоверны ($p>0,05$). Была выявлена тенденция на снижение частоты несостоятельности швов анастомоза в 2020 г. по сравнению с 2015 г. (при этом различия статистически недостоверны). Несостоятельность анастомоза наблюдалась у пациентов с локализацией опухоли в левой половине толстой кишки, прежде всего, в прямой кишке. При этом, если среди пациентов группы В 6 больным (85,7%) с развившимся данным осложнением потребовалось повторное оперативное лечение, то в группе А у 2

больных отмечалась несостоятельность швов анастомоза класса А и В по классификации International Study Group of Rectal Cancer и было достаточно проведения консервативных и малоинвазивных мероприятий. В связи с этим можно отметить тенденцию на снижение частоты развития несостоятельности анастомоза класса С, которая требует оперативного лечения ($p=0,07$). Выводы. На основе полученных данных можно сделать вывод, что более широкое внедрение рекомендаций по результатам исследований в данной сфере с применением эндовидеохирургических технологий помогло добиться определённого снижения частоты грозных послеоперационных осложнений несостоятельности анастомоза с развитием перитонита.

77.Тридцать лет лапароскопической антирефлюксной хирургии. Нерешенные вопросы

Багненко С.Ф., Василевский Д.И.

Санкт-Петербург

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

Первое хирургическое вмешательство по поводу хиатальной грыжи и ассоциированного с ней гастроэзофагеального рефлюкса было выполнено в 1919 году А. Soresi. Спустя десятилетие S. Harrington опубликовал результаты собственных операций, выполненных в клинике братьев Mayo. Однако это были единичные наблюдения. Эпоха активного развития данной области практической медицины началась в середине XX века и была связана с именами выдающихся хирургов того времени: R. Belsey, N. Barrett, P. Allison, J.L. Lortat-Jacob, R. Nissen, M. Rossetti, J. Collis, J. Dor, A. Toupet, L. Hill, и ряда других. Именно тогда были разработаны применяющиеся и поныне методики оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы и их осложнений. На протяжении нескольких десятилетий сдерживающими факторами широкой популярности данного направления хирургии являлись травматичность оперативного доступа (лапаро- или торакотомия) и не всегда отличные отдаленные результаты. Эпоха ренессанса в

антирефлюксной хирургии началась после 1991 года, когда В. Dallemagen впервые выполнил операцию R. Nissen лапароскопически. В течение короткого периода к новым методикам были адаптированы все классические варианты вмешательств. Количество выполняемых операций стало увеличиваться пропорционально числу выявляемых хиатальных грыж. Идеология ушла на второй план, уступив свое место медицинскому технологизму. В течение трех последних десятилетий многократно трансформировались рекомендации для хирургов и гастроэнтерологов по лечению данной патологии, проводились бесчисленные клинические исследования, совершенствовалась методология оперативных вмешательств, появлялись “новые” и исчезали “старые” материалы и инструменты. Эволюционировали многие взгляды на проблему, но неудовлетворительные долгосрочные результаты хирургического лечения хиатальных грыж и гастроэзофагеального рефлюкса отмечаются, в зависимости от источника данных, в 10-60%! Новые технологии не изменили законы анатомии и физиологии. Большие размеры хиатального отверстия, слабость мышечных ножек диафрагмы, их расходящееся к позвоночнику направление, не смотря на применение протезов для закрытия дефекта диафрагмы, не позволяют избежать рецидива заболевания. Первичное или вторичное укорочение абдоминального отдела пищевода приводит к разрушению антирефлюксной реконструкции, независимо от ее варианта. Используемые в практике методики фиксации желудка к передней брюшной стенке, преаортальной фасции или удлинения пищевода за счет его малой кривизны приводят к тяжелым нарушениям функции верхних отделов пищеварительного тракта, и, решая одни проблемы, создают другие. Дыхательные экскурсии диафрагмы, обуславливающие сокращение хиатальных ножек, и пропульсивные сокращения пищевода и желудка являются независимыми друг от друга и имеют разные вектора действия. Данный физиологический феномен – естественное условие, создающее дополнительный риск неудовлетворительного результата хирургического вмешательства. Возможность коррекции всех указанных факторов в каждом отдельном случае и определяют успех или неуспех в данной области хирургии, независимо от используемых технологий. Подводя итог, следует констатировать, что поиск путей повышения эффективности оперативного лечения хиатальных грыж и гастроэзофагеального рефлюкса лежит в плоскости изменения сознания специалистов, занимающихся данной проблемой.

Глубокое понимание особенностей анатомии и физиологии данной зоны, максимально взвешенный подход при определении показаний к операции, достаточная теоретическая и техническая подготовка – неперенные условия выполнения хирургических вмешательств при грыжах пищевода отверстия диафрагмы и ассоциированных с ними заболеваниях.

78. Компромисс между безопасностью и эстетикой в хирургии эндокринных органов шеи

*Грязнов С.Е. (1), Мелконян Г.Г. (1),
Шулутко А.М. (2), Семиков В.И. (2),
Буриев И.М. (1)*

Москва

1) ГБУЗ ГВВ 3 Департамента здравоохранения города Москвы, 2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Актуальность. Поиск компромисса между безопасностью и эстетикой в тиреоидной хирургии привел к появлению множества альтернативных доступов к эндокринным органам шеи. Эндоскопические технологии позволили избежать кожного дефекта на шее и переместили его в подмышечную впадину, грудную и заушную области. Трансоральный эндоскопический доступ полностью исключил кожный разрез. Технологии безопасности, применяемые в открытой тиреоидной хирургии, были адаптированы для эндоскопических вмешательств. Технические и анатомо-топографические аспекты эндоскопических доступов достаточно подробно освещены в зарубежной и отечественной литературе. Дискуссионными становятся вопросы показаний и ограничений при выборе того или иного эндоскопического доступа. Цель. Изучить результаты собственного опыта трансоральных оперативных вмешательств у пациентов с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез. Материал и методы. За период с марта 2018 г. по декабрь 2020 г. с использованием трансорального доступа оперировано 23 женщины и 1 мужчина. Средний возраст составил $42,8 \pm 12,0$ года. Критерии включения - первичное заболевание, размер наибольшего узла не более 5

см и/или объем железы не более 40 см³, санированная полость рта и носоглотки, эутиреоидное состояние, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, желание избежать рубца на коже. Критерии исключения - цитологические категории V и VI по классификации Bethesda. Показаниями к операции в 10 случаях было подозрение на фолликулярную неоплазию, в 2 случаях ДТЗ, в 2 случаях ПГПТ, аденома ОЩЖ, в 6 случаях узловой зоб с косметическим дефектом, в 2 случаях многоузловой токсический зоб и в 2 случаях многоузловой зоб с компрессионным синдромом. У одной пациентки ПГПТ и паратиреоидит диагностированы в сочетании с гормонально неактивной опухолью головки поджелудочной железы, в рамках синдрома МЭН 1 типа. Хирургическая техника включала в себя трехточечный доступ в нижнем своде преддверия рта и газовый способ поддержания рабочей полости. В послеоперационном периоде пациенты прошли тест по субъективной оценке результата операции с использованием опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Результаты. 22 операции выполнены трансоральным доступом в полном объеме. В 2 случаях потребовалась конверсия. 4 пациентам выполнена тиреоидэктомия, 18 пациентам – гемитиреоидэктомия и 2 пациентам – паратиреоидэктомия. В случае пациентки с синдромом МЭН 1 симультанно выполнена лапароскопическая околоопухолевая резекция головки поджелудочной железы. Средний размер удаленного препарата составил 40,7±7,9 мм. Время операции при гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии в среднем составило 189,3±48,5 мин. и 241,2±34,5 мин., соответственно. Паратиреоидэктомия в среднем заняла 120±7,07 мин. Средняя кровопотеря составила 39,5±52,3 мл. Гистологически верифицирован в 12-ти случаях пролиферирующий коллоидный зоб, в 6-ти случаях аденома, в 2-х случаях папиллярный рак, в 2-х случаях ДТЗ и в 2-х случаях – аденома ОЩЖ. Из осложнений, у одной пациентки отмечен преходящий парез ВГН с восстановлением голосовой функции через 2 мес. после операции, в одном случае отмечена гематома в проекции удаленной доли - регрессировала на фоне консервативных мероприятий. Гипопаратиреоз и инфекционные осложнения отсутствовали. Среднее значение ДИКЖ составило 1,89±2,3 балла, что свидетельствует о незначительном отрицательном влиянии местных результатов операции на качество жизни. Заключение и рекомендации. Трансоральный эндоскопический доступ к эндокринным органам шеи безопасен и бесспорно

эстетичен. При строгом соблюдении критериев включения, тщательном соблюдении техники и в исполнении операционной бригады с большим опытом открытой тиреоидной хирургии и эндоскопических/лапароскопических вмешательств, трансоральная операция является оптимальным выбором у пациентов, желающих избежать рубца на коже.

79. Миниинвазивные операции у больных с прободной язвой

*Панин С.И., Бебуришвили А.Г., Михайлов Д.В.,
Поляков А.А., Михин Е.С., Суворов В.А.*

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность исследования. При выборе хирургического метода лечения прободной язвы, при стабильных витальных функциях, необходимом оборудовании и соответствующем уровне подготовки операционной бригады большинство хирургов используют лапароскопические технологии. В качестве альтернативы рассматривается также вариант лапароскопически-ассистированной операции из минидоступа. При этом, эффективность различных миниинвазивных вмешательств сравнивается с лапаротомными операциями и опубликованы единичные исследования, по сравнительной оценке, нескольких миниинвазивных технологий в лечении прободной язвы. Цель работы. Провести сравнительную оценку лапароскопического и лапароскопически ассистированного минилапаротомного способов ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 181 пациента с прободной язвой. Контролируемое нерандомизированное проспективное исследование проведено на клинических базах ВолгГМУ. У 32 (17,6%) больных, составивших основную группу, выполнено лапароскопическое ушивание. В группу сравнения вошли 149 (82,4%) пациентов, перенесших лапароскопически ассистированное ушивание из минидоступа. Вмешательства были проведены при размере перфоративного отверстия до 1 см.

Пациенты, которым было необходимо выполнение патогенетических операций большого объема (резекция желудка или ваготомия с пилоропластикой), были исключены из исследования. В группе больных, перенесших лапароскопические операции, было 25 (78,1%) мужчин и 7 (21,9%) женщин, средний возраст составил 42,8±16,4 года. Среди пациентов, оперированных лапароскопически-ассистированным способом, средний возраст (39,8±2,8 лет) значимо ($t=-1.154$, $p=0,25$) не отличался и мужчин также было больше ($n=131$, 87,9%), чем женщин ($n=18$, 12,1%). В обеих группах сравнения преобладали серозные и серозно-фибринозные формы перитонита: 27 (84,3%) и 130 (87,2%) наблюдений. Гнойный перитонит имел место у 5 (15,7%) больных в основной и у 19 (12,8%) в группе сравнения соответственно ($\chi^2=0.02$, $p=0.882$). Полученные результаты. Лапароскопические операции были менее длительные по времени. Продолжительность лапароскопических операций составила 50 (20-140) мин., минилапаротомных - 60 (20-160) мин. ($U=1472$, $p=0.144$). Интраоперационных осложнений не отмечено. Конверсий на лапаротомию при лапароскопических операциях не было, в 1 (3,1%) случае, из-за технических сложностей формирования интракорпоральных швов, осуществлен переход на минилапаротомию. При лапароскопически-ассистированных операциях конверсия на лапаротомию, из-за выраженного периульцерозного инфильтрата, имела место в 1 (0,67%) наблюдении. Продолжительность стационарного лечения после лапароскопических операций составила 5 (4-13), после лапароскопически-ассистированных 11 (5-16) суток ($U=53.5$, $p<0.001$). Послеоперационные осложнения отмечены в 1 (3,1%) наблюдении в группе лапароскопических и в 5 (3,4%) группе лапароскопически-ассистированных операций. В 1 (3,1%) наблюдении после лапароскопического и в 4 (2,7%) после минилапаротомного ушивания были выполнены санационные релапароскопии, в 1 (0,67%) случае, после лапароскопически-ассистированной операции, с ушиванием десерозированного участка тонкой кишки. Послеоперационная летальность в первой группе не отмечена, во второй группе умер 1 (0,67%) пациент ($F=1$, $p>0.05$). Заключение. Лапароскопические и лапароскопически-ассистированные минилапаротомные операции ушивания прободной язвы не имеют значимых интраоперационных различий у больных с серозными и серозно-фибринозными формами перитонита, при стабильном состоянии пациентов и

размере перфоративного отверстия до 1 см. В послеоперационном периоде длительность стационарного лечения пациентов более продолжительна после лапароскопически-ассистированного ушивания из минидоступа.

80. Лечение ран различного спектра контролируемым субатмосферным давлением

Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Лечение отрицательным давлением, также называемое местной вакуум-терапией, впервые описано в качестве дополнительного метода лечения ран в 1997 г. К 2004 г. данный метод стал стандартом медицинской помощи при ранах различной этиологии. На сегодняшний день вакуум-терапию используют для лечения широкого спектра острых и хронических ран, заживающих первичным и вторичным натяжением. Материалы и методы. Метод местного контролируемого субатмосферного давления или вакуум-терапия (VAC, NPWT, CNP) в РостГМУ применяется с 2013 года. За период наблюдения лечению подверглись 93 пациента с ранами широкого спектра. Мужчины составили – 70 (75,3%) случаев, женщин – 23 (24,7%), средний возраст составил 47,9±2,2 лет. Структура пролеченных пациентов включала: 1) послеоперационный стерномедиастинит ($n=5$); 2) осложнения после маммопластики ($n=2$); 3) осложнения после абдоминопластики ($n=4$); 4) пищеводные свищи после эзофагокардиомиотомии, гастрэктомии и дивертикулэктомии ($n=4$); 5) герниопластика сетчатыми имплантами ($n=13$); 6) осложнённые лапаротомные раны ($n=14$); 7) открытые раны после иссечения пилонидальных свищей ($n=39$); 8) декубитальные раны ($n=3$); 9) раны после травматологических операций ($n=6$); 10) осложнённые раны после иссечения параректальных свищей ($n=1$); 11) перитонит после дистальной резекции желудка ($n=1$); 12) панкреатический свищ после дистальной резекции поджелудочной железы со спленэктомией ($n=1$).

Для VAC-терапия использовались устройства различных производителей: L&R, Германия; KCI, США; Hartmann, Германия и Smith&Nephew, Великобритания. Комплексное лечение пациентов включало хирургическую обработку очага инфекции, коррекцию метаболических расстройств и этиотропную антибиотикотерапию. Закрытие дефектов мягких тканей с помощью наложения вторичных швов и кожной пластики выполнено у 23 (25,8%) пациентов. Полученные результаты. Лечение локальным отрицательным давлением у 39 (41,9%) пациентов начинали на 2 сутки после хирургического этапа лечения, у 26 (28%) – на 3–7 день, у остальных 29 (31,2%) больных – позднее 7 суток. Продолжительность лечения пациентов отрицательным давлением составила от 7 до 25 суток. Лечение проводилось согласно разработанным способам лечения (пат. 2559936, 2758546, 2758546) с выбором давления в зависимости от фазы раневого процесса и вакуум-инстиляции антисептическими растворами. Смена повязок осуществлялась каждые 48–72 часа, в среднем количество смен повязок составило 5. Переход раневого процесса во вторую фазу в среднем составлял 8,4 суток. Обсуждение. За две недели лечения контролируемым отрицательным давлением раневая поверхность сокращалась в 2,7 раз. На 5 сутки лечения уменьшался системный воспалительный ответ, антибактериальная терапия прекращалась на 7–9 сутки. Неудовлетворительных результатов лечения и интенсивного болевого синдрома не отмечалось, раневое кровотечение зафиксировано в 3 (3,2%) случаях, которые не потребовали коррекции лечения. Повторных операций и некрэктомии не отмечалось. Количество койко-дней составило от 9 до 31 дня, период полного заживления ран составил от 22 до 30 дней. Выводы и рекомендации. Терапию контролируемым субатмосферным давлением следует применять в качестве индивидуального комплексного плана лечения различного спектра как острых, так и для хронических ран.

81. Информативность опросника GIQLI в оценке эффективности видеолапароскопического антирефлюксного вмешательства у больных аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (АГПОД)

Оскретков В.И., Григорян М.А., Андреасян А.Р.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный
медицинский университет МЗ РФ

Актуальность. Одним из важных критериев эффективности оперативного лечения ГЭРБ при ГПОД является самооценка пациентами качества своей жизни. Полученные при этом результаты позволяют внести соответствующие коррекцию в проводимое лечение. Материал и методы. Работа основана на результатах анкетирования 124 больных АГПОД, сочетанной с ГЭРБ, которым была выполнена видеолапароскопическая циркулярная эзофагофундопликация с коррекцией пищеводного отверстия диафрагмы по показаниям. Первую группу (107 человек) составили пациенты без рецидива ГЭРБ, вторую группу (17 человек) с рецидивом ГЭРБ, что подтверждено специальными методами исследования (внутрипищеводная суточная Рн-метрия, рентгеноэндоскопическое исследование пищевода и желудка, манометрия желудочно-пищеводного перехода). Анкетирование по опроснику GIQLI у больных обеих групп было проведено до операции и в сроки от 6 мес. до 18 лет после операции. Использован опросник GIQLI (гастроинтестинальный индекс качества жизни), потому что он позволяет характеризовать состояние замыкательной функции кардии, органов желудочно-кишечного тракта, общее физическое состояние организма, эмоциональное здоровье пациентов. Категория вопросов, отражающих антирефлюксную функцию кардии, составляет 11% от всех вопросов анкеты (4 вопроса из 36). Максимальное число баллов, которое можно получить при анкетировании, составляет 144 (желаемый результат). Полученные результаты, обсуждение. До операции у обеих групп больных общая сумма баллов была одинаковой (соответственно $78,52 \pm 1,39$ и $76,94 \pm 4,12$ баллов, $p=0,91$). После операции пациенты обеих групп указывали на улучшение общего состояния - увеличение суммы баллов в 1,6 раз независимо от отсутствия или наличия рецидива ГЭРБ (соответственно $129,56 \pm 1,52$ и $125,88 \pm 4,96$ баллов, $p=0,325$). Выраженность симптоматики ГЭРБ до операции пациенты обеих групп оценивали

одинаково (соответственно $6,15 \pm 0,22$ и $5,77 \pm 0,51$ баллов, $p=0,403$). После операции при отсутствии рецидива ГЭРБ по сравнению с пациентами второй группы на 20% наступило улучшение антирефлюксной функции кардии ($13,43 \pm 0,22$ и $8,77 \pm 1,25$ соответственно, $p=0,001$). Отмечено положительное влияние операции и на функцию пищеварительного тракта (на 18,88 и 19,7 баллов соответственно, $p=0,001$) с одинаковой частотой в группах ($p=0,706$). Эмоциональный компонент здоровья увеличился в 1,7 раз в обеих группах ($p=0,001$). Выполненное оперативное вмешательство способствовало увеличению физической активности с привычно выполняемыми функциями у пациентов обеих групп соответственно в 1,8 раз и в 1,5 раза ($p=0,001$). Выводы. Опросник GIQLI из-за малого числа вопросов по наличию признаков ГЭРБ не позволяет дать углубленной оценки антирефлюксной функции кардии. Опросник GIQLI может быть с успехом применяться для изучения функционирования желудочно-кишечного тракта, состояния привычной физической активности, эмоционального фона до и после антирефлюксного вмешательства. Рекомендации. Для углубленной самооценки ГЭРБ больными ГПОД до и после оперативной коррекции замыкательной функции кардии необходимо использовать более специализированные опросники (GERD-HRQL и др.).

82. Новый способ малоинвазивной хирургической коррекции асимметричной килевидной деформации грудной клетки у детей

Эльнур А.А.И.

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 2) Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова

Актуальность. Асимметричная килевидная деформация грудной клетки (АсКДГК) составляет не более 6% от всех случаев килевидной груди у детей. При данной патологии отмечается неравномерное развитие грудной клетки в виде односторонней

килевидной деформации с прилегающими ребрами. При этом существующие традиционные способы хирургической коррекции данной деформации грудной клетки характеризуются большой травматичностью и, зачастую, неудовлетворительным косметическим эффектом. В последние годы предложены различные варианты минимально инвазивных способов коррекции грудной стенки, как с использованием металлических пластин, так и без них. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии ДГКБ им. Н. Ф. Филатова г. Москвы с 2018 по 2020 годы прооперирован 21 пациент с АсКДГК. Мальчиков было 19 (90,5%), девочек - 2 (9,5%). Все дети оперированы в возрасте 8 – 17 лет, когда деформация грудной клетки имела наиболее выраженный характер. Синдромальная патология (синдром Марфана, марфаноподобный синдром и синдром Элерса-Данло) отмечены у 6 (28,5%) детей. Основными этапами предложенной нами операции являются два небольших поперечных разреза кожи по боковым поверхностям грудной стенки. Также для формирования загрудинного тоннеля используются третий (промежуточный) разрез максимально у края грудины с прилегающими деформированными рёбрами. Проводник вначале проводится загрудинно через промежуточный разрез на противоположную сторону, создавая компрессию деформированной половины грудной стенки. Далее проводится нить с проводником вначале через промежуточный разрез и затем через подмышечный канал и боковой разрез с противоположной стороны. Пластина проводится за нить со стороны деформации. Для этого проводник с пластиной выводят в обратном направлении через сформированные тоннели. На последнем этапе пластина ротируется в правильное положение и фиксируется к ребрам. По предложенной технологии нами получен патент РФ №2748958 от 02.06.2021 «Способ малоинвазивной хирургической коррекции АсКДГК». Результаты и обсуждения. Продолжительность операции составила в среднем 30–40 минут. Обезболивание в эпидуральное пространство в комбинации с наркотическими анальгетиками проводится в течение 2 суток. На 3-е сутки начинали вертикализировать больных. Пациентов выписывали из стационара на 5–7-е сутки. В 98% наблюдений деформация устранена полностью. Анкетирование пациентов указывает на отличные и хорошие результаты в 96% наблюдений. В одном случае (4%) удовлетворительный результат обусловлен небольшим остаточным выбуханием грудины и примыкающих ребер. У 3 детей (14,53%) выявлен гемоторакс по данным УЗИ плевральных полостей. Лишь в одном наблюдении (4,7%)

потребовалась плевральная пункция с эвакуацией геморрагической жидкости. Заключение. За основу методики малоинвазивной хирургической коррекции АКДГК был взят метод Насса, применяемый при коррекции воронкообразной деформации грудной стенки. Таким образом, разработанный способ торакопластики позволяют эффективно устранять деформацию грудно-реберного комплекса при асимметричной килевидной деформации грудной клетки у детей и позволяют в подавляющем большинстве случаев достичь отличных результатов.

83. Малоинвазивные вмешательства при абсцессах молочной железы

Осипов А.Г.

Донецк, ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность. Основными недостатками рутинных операций при абсцессах молочной железы (МЖ) являются необходимость госпитализации и общего обезболивания, длительное заживление раны, косметические дефекты. Сегодня успешной альтернативой открытой хирургии являются пункционно-дренажные малоинвазивные вмешательства (МИВ) под контролем эхографии (ЭГ). Цель данной публикации – представление собственного опыта МИВ под контролем ЭГ при абсцессах МЖ. Материал и методы. Из числа обратившихся были исключены пациентки с локальной деструкцией кожи, многокамерными абсцессами, а также интоксикацией, тяжелыми соматическими заболеваниями, сахарным диабетом, приемом антикоагулянтов, расстройствами психики. Сформирован контингент из 152 женщин в возрасте от 18 до 72 лет. С помощью ЭГ определяли локализацию и размеры абсцесса, толщину стенок, наличие внутренних перегородок, сгустков фибрина и/или секвестров, дополнительных камер, соустьев между ними. С учетом указанных параметров у 137 (90,1%) пациенток выполнили пункции и аспирации, у 15 – дренирование. В амбулаторных условиях под местной анестезией и непрерывным ЭГ контролем

пунктировали полость абсцесса венфлоном 14-16G либо троакаром 0,3 см с катетером. Максимально аспирировали гной и промывали антисептиками. При размерах полости абсцесса до 2,0 см, толщине стенок до 0,2 см, полной эвакуации гноя, смыкании стенок абсцесса удаляли катетер и завершали процедуру. При размерах и толщине стенок больше указанных, отсутствии смыкания стенок оставляли активный дренаж. Результаты и обсуждение. При аспирациях полную ликвидацию абсцесса наблюдали у 116 (76,3%) пациенток после 1-2 процедур и у 21 – после 3-4. Переход к открытой хирургии произошел в 17 (11,2%) наблюдениях, средние сроки лечения составили $7,8 \pm 0,6$ дня. После дренирования открытая хирургия понадобилась в 6 (3,9%) случаях при средних сроках лечения $13,3 \pm 1,3$ дня. Успех МИВ у 129 (84,9%) пациенток был обеспечен скрупулезной детализацией ЭГ структуры абсцессов, непрерывным контролем за точностью расположения пункционного инструмента, а также динамикой и полнотой эвакуации гноя. Переход к открытой хирургии в 23 (15,1%) наблюдениях был обусловлен длительной антибактериальной и противовоспалительной терапией. Патогистологическими исследованиями после резецирующих вмешательств установлено, что в таких случаях формировались пиогенная капсула с плотным соединительно-тканым компонентом, что препятствовало смыканию стенок абсцесса. Но даже при неполном эффекте от нескольких (не более 3-4) пункций, размеры гнойно-воспалительных инфильтратов заметно сокращались, что способствовало уменьшению объема открытых операций, если в них возникала необходимость. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 26 лет хорошие. Выводы и рекомендации. При абсцессах МЖ пункционно-дренажные МИВ под контролем ЭГ успешно конкурируют с рутинными открытыми операциями. Скрупулезная детализация эхографической структуры, контроль за полнотой аспирации, обоснованное дренирование, регулярное динамическое наблюдение, лимитированное количество пункций, своевременный переход к открытой хирургии гарантируют положительные результаты у 84,9% пациенток. Именно пункционно-дренажные МИВ более всего соответствуют идеалу хирургической философии, ибо представляют собой синтез максимальных возможностей и минимальной травматизации, что позволяет рекомендовать их для широкого внедрения в клиническую практику.

84. Комплексная программа профилактики осложнений в хирургии распространенного гнойного перитонита

Дарвин В.В. (1,2), Волкивский А.Б. (1,2),
Лещинский А.Е. (3), Бубович Е.В. (1,2),
Скальская Н.Т. (1,2)

1,2) Сургут, 3) Выселки

1) БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет, 2) БУ Сургутская окружная клиническая больница, 3) ГБУЗ Выселковская центральная районная больница

Введение. Распространенный перитонит, являющийся наиболее тяжелым и грозным осложнением острой абдоминальной хирургической патологии, сопровождается частотой осложнений до 25,0–40,0% и повышает послеоперационную летальность до 35,0-50,0%, а при развитии полиорганной недостаточности – до 70,0–80,0%. Цель исследования – разработать и оценить эффективность программы профилактики послеоперационных осложнений на основе учета патогенетических механизмов их формирования. **Материал и методы исследования.** Настоящее исследование включает анализ результатов лечения 130 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом. Всем пациентам при поступлении в стационар выполнена программа обследования для установления диагноза и решения тактических вопросов в соответствии с регламентирующими документами: сбор жалоб, анамнеза заболевания, общеклиническое обследование, лабораторные методы. При анализе инструментальных методов исследования установлено, что УЗИ органов брюшной полости применено у 74,6%, обзорная рентгенография – у 63,0%, компьютерная томография – у 14,6%, фиброэзофагогастродуоденоскопия – у 55,3%, фиброколоноскопия - у 16,1%. Средний возраст в анализируемой группе составил 54,4±1,27 г. Гендерное распределение: мужчин - 75 (57,7%), женщин - 55 (42,3%). Наличие сопутствующей патологии отмечено у 71 пациента (54,6%). По анатомии первичной нозологической формы: патология желудка и двенадцатиперстной кишки – у 32,3%, червеобразного отростка – у 18,6%, толстой кишки – у 26,9%, тонкой кишки – у 13,8%, желчного пузыря и поджелудочной железы у - 8,4%. Нами разработана комплексная программа профилактики осложнений, включающая в себя следующие элементы: интраоперационная

фотодинамическая терапия, применение шовного материала с антибактериальным покрытием, периоперационный перманентный мониторинг уровня внутрибрюшного давления, раннее энтеральное питание. Данная программа применена у 40 пациентов основной группы. Контрольную группу составили 90 пациентов. Рандомизация проводилась методом конвертов. **Обсуждение результатов.** При проведении статистического анализа полученных результатов выявлено, что, если рассматривать когорту пациентов, которым потребовалось проведение двух и более программированных релапаротомий, отмечена достоверная разница ($p=0.014$): необходимость выполнения двух и более программированных релапаротомий в основной группе составила 30%, а в контрольной - 53,3%. Среднее количество программированных санационных релапаротомий на одного больного в основной группе - 1,44, в контрольной – 2,07. В процессе реализации программы санационных релапаротомий в основной группе осложнения выявлены у 12 больных, в контрольной группе – у 38 ($p = 0,187$). После завершения программы релапаротомий в основной группе осложнения отмечены у 11 больных (27,5%), в контрольной – у 43 (47,7%) ($p=0.031$). При анализе тяжести осложнений по шкале Clavien-Dindo в расчет принималось наихудшее осложнение у каждого больного. Тяжесть послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo в контрольной группе достоверно выше по сравнению с основной ($p=0.042$). Одним из наиболее важных показателей результатов лечения этой сложной категории хирургических больных является послеоперационная летальность. В исследовании получены следующие результаты: уровень послеоперационной летальности в основной группе (17,5%) достоверно ниже, по сравнению с контрольной (35,5%) ($p=0.039$). **Заключение.** Включение в программу лечения больных с разлитым вторичным гнойным перитонитом в фазе сепсиса разработанной программы профилактики осложнений сопровождается более быстрым купированием воспалительного процесса в брюшной полости, что приводит к снижению среднего числа релапаротомий на 1 пациента с 2,07 до 1,44, достоверному уменьшению частоты послеоперационных осложнений, особенно IV и V степени по шкале Clavien-Dindo, и послеоперационной летальности - с 35,5% до 17,5%.

85. Алгоритм диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) после видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства

Оскретков В.И., Григорян М.А., Андреасян А.Р.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ

Актуальность. Согласно данным литературы частота рецидива ГЭРБ у больных ГПОД после видеолaparоскопической коррекции замыкательной функции кардии составляет от 2 % до 42% , что требует у 3%-6% из них повторных реконструктивных вмешательств, которые в 23%-89% являются успешными. В определенной мере причиной безуспешного лечения рецидивов заболевания может быть поздняя обращаемость оперированных пациентов при появлении выраженных клинических проявлений рецидива с осложненным течением. Своевременная диагностика рецидива заболевания может быть достигнута динамическим наблюдением пациентов с самооценкой ими своего состояния. Материалы исследования. Работа основана на результатах обследования 187 больных аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в сроки от 6 мес. до 18 лет после выполненной антирефлюксной операции (иссечение грыжевого мешка, низведение желудка под диафрагму, циркулярная эзофагофундопликация, коррекция пищеводного отверстия диафрагмы при показаниях). Всем больным до операции и в сроки от 6 мес. до 18 лет после операции было проведено анкетирование по специальным опросникам GIQLI, GERD-HRQL и общему опроснику SF-36. На первом этапе исследования выявлены две группы пациентов – без признаков рецидива ГЭРБ (63 больных) и с наличием клинических проявлений рецидива ГЭРБ (124 больных) – группа риска. Пациентам второй группы были проведены специальные методы исследования антrefлюксной функции кардии (рентгеноскопические исследования пищевода и желудка, суточная внутрипищеводная Рн-метрия, манометрия желудочно-пищеводного перехода). По результатам этих исследований пациенты второй группы были разделены на две подгруппы – с ложно-положительной симптоматикой рецидива ГЭРБ (107 чел) и с истинным рецидивом ГЭРБ (17 чел). Результаты исследования и обсуждение.

Исследования показали, что при рецидиве ГЭРБ рентгенологически у 94,1% больных выявляется гастроэзофагеальный рефлюкс, у 70,6% пациентов рефлюкс-эзофагит с дислокацией эзофагофундопликационной манжеты у 41,1% пациентов выше диафрагмы в среднем на $2,59 \pm 0,44$ см. Эндоскопически при рецидиве заболевания у всех пациентов отмечается зияние кардии, уменьшение расстояния от резцов до кардии на 35,3%, у 94,1% пациентов выявляется рефлюкс-эзофагит. По данным внутрипищеводной суточной рН-метрии о рецидиве ГЭРБ свидетельствует повышение обобщенного показателя DeMeester более 14,72, общего времени закисления пищевода более $4,45 \pm 1,4\%$, общего числа гастроэзофагеальных рефлюксов более $46,9 \pm 12,8$ в сутки, гастроэзофагеальных рефлюксов продолжительностью более 5 мин более $3,5 \pm 1,2$ в сутки, наиболее продолжительного рефлюкса более $19,8 \pm 7,9$ мин, общего клиренса пищевода более 0,5, общего рефлюкс-индекса более 1,5, общего индекса рефлюкса более 0,03. Согласно манометрии пищеводно-желудочного перехода признаками рецидива ГЭРБ являются укорочение кардии (менее 3,25 см), снижение тонуса нижней пищеводной зоны высокого давления менее $19,54 \pm 0,39$ мм рт. ст., повышение тонуса желудка более $8,31 \pm 0,31$ мм рт. ст., снижение пищеводно-желудочного градиента менее $11,33 \pm 0,39$. Выводы. 1. Анкетирование позволяет у 66,3% оперированных больных выявить наличие симптомов недостаточности кардии с формированием из них группы риска, среди которых, по данным специальных методов исследования, у 86,3% имеется ложноположительная, а у 13,7% истинно положительная симптоматика рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рекомендации. Алгоритм диагностики рецидива ГЭРБ после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства у больных ГПОД должен быть двухэтапным. Первый амбулаторно-поликлинический этап должен включать анкетирование по специальным опросникам GERD-HRQL, GIQLI и общему опроснику SF-36 с выявлением пациентов, имеющих симптомы рецидива патологического гастроэзофагеального рефлюкса (группа риска). Последующие уточнение у них диагноза специальными методами исследования замыкательной функции кардии проводится на втором этапе в условиях поликлиники или стационара.

86. Особенности профилактики осложнений у пациентов с циррозом печени до и после операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного стент-шунтирования

*Сапронова Н.Г., Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В.,
Канцуров Р.Н., Светова Э.В., Калинин Д.С.,
Саркисян В.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Единственным радикальным способом лечения цирроза печени (ЦП) на сегодняшний день является её трансплантация. При этом, количество пациентов, находящихся в листе ожидания, остаётся внушительным. Альтернативным эффективным методом снижения портальной гипертензии (ПГ) является трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS). Однако, в п/о периоде в разные сроки нередко развивается дисфункция шунта, в частности – тромбоз, стеноз, окклюзия. В тоже время используемые «базисные» методы оценки состояния системы гемостаза выявляют гипокоагуляционные изменения крови, несмотря на наличие клинически подтверждённых тромботических осложнений (ТО). Материалы и методы. Хирургическая клиника РостГМУ располагает опытом лечения более 800 пациентов с ЦП. До 2007 года им выполнялась операция наложения спленоренального венозного анастомоза, а после 2007 года уже выполнено 232 операции TIPS в разной модификации. Нами были проанализированы результаты обследования и лечения 172 пациентов с ПГ цирротического генеза. Оценка эффективности лечения пациентов осуществлялась в ближайшие и отдаленные сроки после операции. Всем пациентам было проведено комплексное обследование согласно стандарту диагностики органов пищеварения, в дополнение к которому, используя диагностическую лабораторную систему «Регистратор тромбодинамики Т-2», были изучены показатели гемостаза *in vitro* с учетом пространственно-временной динамики. Пациентам I группы (n=62) была выполнена операция TIPS без эмболизации гастроэзофагеальных вен. Пациентам II группы (n=54) - процедура TIPS с селективной эмболизацией левой и задней желудочных вен (ЛЖВ и ЗЖВ) через созданный внутрипеченочный шунт после размещения в нём стента. Пациентам III группы (n=54) первым этапом выполняли трансъюгулярное формирование

внутрипеченочного портосистемного канала, затем селективную эмболизацию левой, задней и короткой вен желудка (КВЖ), после чего операция TIPS завершалась размещением стента в канале по авторской методике (патент РФ № 2673986). Результаты и обсуждение. Для определения риска развития гиперкоагуляции нами использовался другой авторский метод (патент РФ №2665118), мы персонализированно рассчитывали прогноз для 61 пациента, которым была выполнена операция в объёме TIPS. Из них у 45,1% пациентов была определена группа риска А, у 35,5% пациентов – группа риска В и у 19,4% пациентов – группа риска С. Важным критерием снижения портального давления является смещение стента после операции, которое было установлено у 28,7% больных II группы и не было выявлено у пациентов I и III групп. Несмотря на то, что во II и III группе операцию дополняли селективной эмболизацией путей притока к пищеводным и желудочным вариксам, использование авторской методики, изменение этапности оперативного пособия позволили профилировать это грозное осложнение. Оценивая результаты лечения в более протяженный период до 60 месяцев, было установлено, что через 31 месяц после операции между группами сформировалось различие кумулятивной доли выживших. В III группе показатель был наиболее высоким и снижение его произошло во II и I группе. Различия между II и III группами, $p < 0,0001$, I и III группами, $p < 0,0001$, было статистически значимым. Это дало основание утверждать, что эмболизация ЛЖВ и ЗЖВ наиболее значительно повышает выживаемость пациентов в той группе, где эта процедура предшествовала стентированию внутрипеченочного портосистемного канала. Выводы и рекомендации. Таким образом, селективную эмболизацию путей притока к пищеводным и желудочным вариксам целесообразно проводить первым этапом, предшествующим этапу стентирования внутрипеченочного портосистемного канала, что позволяет предотвратить смещение стента, являющегося ведущим среди установленных факторов риска дисфункции TIPS, приводящего к рецидиву геморрагии. Использование способа определения риска развития гиперкоагуляции у больных с ПГ после проведения портосистемного шунтирования обеспечивает возможность прогнозировать риск развития ТО.

87. Отдалённые результаты антирефлюксной хирургии при ГЭРБ и ГПОД

Баулин А.А. (1), Аверьянова Л.А. (4), Билалов Б.К. (5), Баулина О.А. (1), Стародубцев В.А. (1)

Пенза, Москва

1) ПИУВ – филиал РМАНПО МЗ РФ, 2) НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 3) РМАНПО МЗ РФ, 4) ГБУЗ ГКБ №6 им. Г.А. Захарьина, 5) ЧУЗ ОКБ на Пенза-1

В настоящее время насчитывается более 30 методик антирефлюксных операций трансабдоминальных и трансторакальных, а вместе с внутрисветными насчитывается почти полсотни. Неудовлетворённость результатами побуждает к поиску новых подходов. Опирируя по наиболее распространённым методикам более 50 лет в клинике за последние 15 лет взят крен в сторону малоинвазивной новой методики, о которой докладывалось на Всероссийских съездах РОЭХ и Международных в РНЦХ и ежегодных Гастронеделях, суть которой в фиксации угла Гиса и восстановлении клапана (складки) Губарева. Опирирован 381 больной, из которых 18 открытым способом симультанно в связи с наличием вентральных грыж. Отдалённо более 5 лет изучены результаты у 126 оперированных по общепринятым методикам (Ниссен, Черноусов, Тупе) и у 253 больных по новой. Сравнительные данные мы изучали по следующим показателям: Б-Д-Д-И-И-М-Р-Р-С. С учётом требований по тезисам вместо таблицы формируем результаты: буква = расшифровка = группа сравнения = основная группа. Б = боль = может быть длительной, требующей пациентам повторного вмешательства у 11% = обычные кратковременные послеоперационные требующие 1-2 инъекции кеторола, у 2 из 253 потребовалась передняя крурорафия; Д = дисфагия - в целом у 24%, упорная, требующая длительного лечения и даже реоперация 3% = кратковременная по типу «порожка» у 6%, лечения не требует, упорная, потребовалось снять ленту у 1(0,4%), причина реакция на ксеноперикард, отёк; Д = диарея = чаще по Черноусову, у 6%, фактически не поддаётся терапии = нет; И = изжога = не проходит у 4%, возобновляется у 14%, причина в изначальной несостоятельности муфты или её сползании = возобновляется у 2%, причина в оставшейся недостаточности кардии 1 степени; И - икота - 1 из 126 икает 20 лет, консервативная терапия не эффективна = нет М = миграция = в группе сравнения сетка не использовалась, по литературным противоречивым данным до 3%, извлечение

представляет определённые трудности, особенно при круговом расположении = полипропилен у 8%, извлекли лапароскопически, 2 отказались из-за боязни возврата болезни и после 154 операций применяем комбинированную ленту, у которой к органу прилежит ксеноперикард, ксеноперикард у 4%, деградирует под действием желудочного сока, на слизистой оболочке не остаётся никаких следов, стеноз не развивается, при воспалении остатки легко извлекаются из малых разрезов у мест крепления, возврата болезни не наблюдали; Р = рецидив грыжи = 18%, 11% реоперированы в специализированных клиниках, двое дважды = наша операция не преследует цель ликвидировать грыжу, при ГПОД 1 и 2 степени рентгенологи грыжу после операции не видят, при 3 и 4 степени видят у 70%, однако болевой синдром был только у 2 из них при больших грыжах, исправлено передней крурорафией; Р = рефлюкс = зависит от длительности срока после операции, в ближайший год у 5%, после 5 лет 21%, субъективно жалуются 27% = субъективно жалуются 6%, рентгенологически 1%; С = стаз, дуоденостаз, гастростаз, пилороспазм = чаще после Черноусова, одному потребовалась гастрэктомия после длительной безуспешной стимулирующей терапии = таких явлений нет. Упорные субъективные жалобы сохраняются у отдельных больных в обеих группах с психоневрологическими отклонениями, возможно, по типу патомимии, хотя эндоскопически и рентгенологически подтверждается фиксация угла Гиса и восстановление клапана Губарева. Итак, имеется преимущество новой методики, совершенствование кроется в поиске инертного материала не вызывающего отторжение и миграцию.

88. Человек, посвятивший себя хирургии и малой родине - к 90-летию Николая Афанасьевича Баулина

Гуляев А.А. (1, 2, 3), Аверьянова Л.А. (4),
Кудрявцев А.С. (5)

Пенза 2) Москва

1) ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2) НИИ СП им. Н.В.Склифосовского 3) РМАНПО МЗ РФ, 4) ГБУЗ КБ №6 им. Г.А. Захарьина (Пенза), 5) ПГУ

Имя Николая Афанасьевича Баулина славит Поволжские земли ещё с советских времён. Сейчас кафедра хирургии института ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России с гордостью носит его имя. А ведь в далёком 1932 году крестьянское семейство Баулиных и не предполагало, что родившийся Николай и следом ещё двое сыновей, вырастят большую врачебную династию. Трудно вообразить, как в деревнях, где количество жителей не составляло и двух тысяч человек, вырастают такие сильные духом люди. Но именно в таком селе Пустынь Пачелмского района Пензенской области десятилетний подросток становится старшим «мужчиной» и примером для младших в семье, когда отца забирают на фронт. Даже в военное время, год за годом он шёл к профессии врача, в 1955 году с отличием окончивая санитарно-гигиенический факультет Казанского Государственного медицинского института. Казалось бы, назначен главным врачом Белинской районной СЭС Пензенской области, отличное продвижение по службе! Но нет, тянет к хирургическому ремеслу, и Николай Афанасьевич проходит первичную специализацию по хирургии в областной больнице имени Н.Н. Бурденко. С конца 50-х годов родная земля и Поимская районная больница становится для него местом созидания и хирургической деятельности. После каждого рабочего дня будущий учёный анализирует объём выполненной работы, совершенствует знания. Спасая жизни и здоровье сельчан, именно тогда и рождается в его голове тема для будущей кандидатской диссертации «Профилактика сельскохозяйственного травматизма, организация травматологической помощи и пути улучшения качества лечения больных в сельском врачебном пункте». Сейчас городской пациент лечится у узкоспециализированных врачей. В районе же в то время молодой хирург овладевал несколькими специальностями: терапевт, травматолог, хирург, гинеколог. В процессе практической работы и накопленных знаний, которые были изучены в

литературе, у Николая Афанасьевича рождаются новые идеи хирургических операций. Но как быть убежденным в их правильной тактике? Так организуется экспериментальная хирургическая лаборатория, в которой была разработана и апробирована на собаках модификация резекции желудка с редупликацией отводящей петли. По этой теме в 1974 году Николай Афанасьевич Баулин защитил докторскую диссертацию на тему "Анатомо-физиологическое обоснование резекции желудка с редупликацией отводящей петли". Слава молодого хирурга выходит за пределы районов, его приглашают в Пензу, где он возглавляет отделение в городской больнице и становится профессором кафедры Пензенского педагогического института. Если сейчас спросить старшее поколение врачей и сестёр о Николае Афанасьевиче: какой он был? Они часто говорят, что в операционной, где он работал, была особенная обстановка: внимание коллег приковано к его мастерской работе рук, для бригады врачей и сестёр этот человек был настоящим примером для подражания. Операционная была с «куполом», где всегда толпились студенты, которые ловили каждое его слово. В 80-е годы Н.А. Баулин уже профессор и заведующий кафедры хирургии в Пензенском институте усовершенствования врачей. К нему часто обращались больные с запущенными патологиями, когда кажется, что уже никто не мог помочь, а он их спасал! Так, например, на основе изученных методик пластики грыж живота, Николай Афанасьевич создал новое направление этапной вентропластики местными тканями при рецидивных послеоперационных грыжах. Его учениками были А.В. Сергеев, М.И. Зайцева, А.С. Ивачёв и многие другие, которыми было защищено в целом 18 кандидатских и 6 докторских диссертаций. Н.А. Баулин опубликовал в печати свыше 200 статей и тезисов, им получено 15 авторских свидетельств и патентов на изобретения, и свыше 80 удостоверений на рацпредложения, к тому же изданы 4 монографии. Профессор участвовал во многих съездах, международных конгрессах, научных конференциях, был членом Проблемной Комиссии научного Совета по неотложной хирургии Академии медицинских наук.

89.К вопросу о токсическом зобе у мужчин*Володченко Н.П., Бойко Е.А., Кириченко М.В*

Благовещенск

ФГОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, ГАУЗ
АО «Благовещенская городская клиническая
больница»

Актуальность проблемы. В течение последних десятилетий регистрируется устойчивый рост патологии щитовидной железы у лиц мужского пола, в том числе диффузного токсического зоба (ДТЗ). ДТЗ у мужчин развивается в любом возрасте, чаще — трудоспособном. Цель исследования. Изучить особенности течения и исходы лечения токсического зоба у мужчин. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 37 мужчин, оперированных по поводу ДТЗ в клинике. Возраст мужчин колебался от 30 до 75 лет, средний возраст (43,2 ± 1,5 года). Длительность заболевания составила 2,0±1,1 года. Диагностический алгоритм включал: общеклиническое обследование и инструментальные методы: УЗИ с ТАПБ, сканирование щитовидной железы, определение уровней тиреоидных гормонов (Т4,3), ТТГ, (по показаниям) рентгенографию шеи и средостения в двух проекциях с контрастированием пищевода. Результаты и обсуждение. Заболевание у мужчин начиналось, как правило, после какой-либо психоэмоциональной нагрузки или стресса. Болезнь начиналась и развивалась, как правило, постепенно, и только у 2 пациентов тиреотоксикоз возник остро и нарастал в течение нескольких суток. Тиреотоксикоз тяжёлой степени отмечен у 19 (51,4%). В клинической картине токсического зоба у мужчин на первый план выступала кардиальная патология. Мерцательная аритмия наблюдалась у 21 (56,7%), тиреотоксическая миокардиодистрофия отмечена у 23 (62,2%), у 15 (40,5%) больных токсический зоб сочетался с эндокринной офтальмопатией. У 40,6% мужчин на фоне тиреотоксикоза имело место снижение либидо и у 49,1% - ослабление потенции, снижение массы тела у 17 (45,9%). У 15 (40,5%) отмечено загрудинное расположение щитовидной железы. Компрессии трахеи наблюдалась у 8,5%, пищевода у 2,4%. Узловые образования на фоне ДТЗ выявлены у 17%, при этом каждый третий узел (39,3%) оказался карциномой. В старческом возрасте заболевание могло иметь лишь кардиальные проявления. Традиционной консервативной терапией удалось ликвидировать тиреотоксикоз у 89,7% мужчин. Из сопутствующих заболеваний у мужчин наиболее

часто встречались язвенная болезнь (9,7%), сахарный диабет первого и второго типов (4,2%). Показаниями к операции у мужчин, страдающих ДТЗ, являлись: рецидив тиреотоксикоза - 91,5%, непереносимость тиреостатических препаратов - 9,7%, сочетание ДТЗ с неопластическими процессами в ЩЖ у 5,6%, компрессия органов шеи и средостения у 9,7%. Все больные оперированы под общим обезболиванием. Объём операции - тиреоидэктомия. Специфические осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 3 больных. Транзиторный гипопаратиреоз - у 2 больных, двухсторонний парез у 1 больного. Из неспецифических осложнений - 1 кровотечение. По гистологической структуре: диффузный коллоидный зоб - 21 (56,7%), токсическая аденома выявлена у 8 (21,6%), аутоиммунный тиреоидит - у 5 (13,5%), папиллярный рак - 3 (8,1%). Отдалённые хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения отмечены у 87,9% мужчин больных токсическим зобом. Заключение. Клиническое течение токсического зоба у мужчин более тяжелое и агрессивное, сопровождается быстрым нарушением функции сердечно-сосудистой системы. Узловые новообразования на фоне токсического зоба у мужчин выявляются реже, чем у женщин, но часто отмечается малигнизация узлов. Своевременное хирургическое лечение мужчин, страдающих токсическим зобом, позволяет избежать серьёзных осложнений и улучшить качество жизни больных.

90. Особенности хирургического лечения рака пищевода*Толстокоров А.С., Рамазанов Э.Н.,
Дергунова С.А., Саргсян А.К.*

Саратов

Саратовский государственный медицинский
университет им В.И. Разумовского

Актуальность. Оперативное лечение больных раком пищевода является тяжелой задачей с низкими ближайшими и отдаленными результатами. Цель работы. Оценка результатов оперативного лечения больных раком пищевода с различным исходным уровнем функционального состояния, качества

жизни в зависимости от выбранного объема хирургического вмешательства. Материалы и методы. Анализирован и обобщен клинический материал с 2004 по 2019 гг. За указанный промежуток времени на стационарном лечении находилось 952 больных с раком пищевода, из них мужчин было 768, женщин – 184. Возраст больных колебался в широких пределах от 20 до 90 лет. Средний возраст во всей исследуемой популяции составил 63,24 года. Всем больным, помимо обязательного обследования с целью оценки функционального статуса, проведена оценка качества жизни посредством модифицированного опросника гастроинтестинального индекса GIQLI. Результаты и обсуждение. Из числа радикально оперированных больных у 17,4% больных выполнен 1-й этап хирургического вмешательства, заключающийся в удалении опухоли (операция Торека-Добромыслова в видеоторакоскопическом варианте). При этом у чуть более половины больных хирургическое лечение завершить не удалось по различным причинам. При оценке качества жизни после первого этапа следует отметить низкие показатели по шкалам социального функционирования, психического и физического состояния, субъективного восприятия своего здоровья, при удовлетворительных показателях шкалы симптомов и шкалы влияния проведенного лечения. После пластического этапа индекс качества жизни несколько улучшился за счет шкал психического и физического состояния, социального функционирования. Остальным больным выполнена одномоментная операция. В 74% случаев выполнена видеоторакоскопическая резекция пищевода с заградительной пластикой желудочной трубкой, в остальных случаях выполнялись проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода, гастрэктомия с резекцией пищевода и пластикой тонкой кишкой и др. Следует отметить сохраняющийся высокий процент послеоперационных осложнений – 7,4%, а также послеоперационной летальности – 5,1%. Наиболее частой причиной смерти является несостоятельность швов анастомоза с развитием медиастинита и острой эмпиемы плевры. Осложнения и летальность в этой группе больных сравнимы с группой больных, перенесших 1 этап хирургического лечения. При анализе качества жизни в послеоперационном и в отдаленном периоде отмечаются удовлетворительные показатели по всем шкалам. Последние значительно лучше, чем после 1-го этапа хирургического вмешательства, при аналогичных послеоперационных осложнениях и летальности. Выводы и рекомендации. Многоэтапные операции

по поводу рака пищевода, не приводя к улучшению показателей послеоперационных осложнений и летальности, ухудшают качество жизни по всем шкалам не только между этапами хирургического лечения, но и после окончания всех этапов. Выполнение одномоментных операции приводит к улучшению результатов хирургического лечения и качества жизни как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Даже при низком нутритивном и функциональном статусе предпочтительнее не делить хирургическое лечение на этапы, а выполнить одномоментную операцию после тщательной многокомпонентной предоперационной подготовки.

91. Односторонняя TAR-пластика – по ту сторону от полулунной линии

*Поляков А.А., Соловьёв А.О., Кастерина А.В.,
Запалацкая О.В., Михин И.В., Ягулов П.П.*

Волгоград

ВолгГМУ

Основным направлением в современной хирургии вентральных грыж является восстановление архитектоники и функциональности брюшной стенки с переходом от пластики «без натяжения» к пластике с «физиологическим напряжением», когда центром внимания становится восстановление «центрального сухожилия» – белой линии живота, дополненной использованием сетчатого имплантата. Идеальный хирургический подход к пластике вентральной грыжи, особенно в сложных случаях, до сих пор остается предметом дискуссий из-за высокой частоты периоперационных осложнений (синдром абдоминального компартмента и дыхательной недостаточности, местных осложнений), частых рецидивов и низкого качества жизни. Наиболее подходящим положением для сетки является ретромультикулярная/предбрюшинная плоскость. По общему мнению, именно операция Rives-Stoppa, с размещением протеза под прямыми мышцами живота, отвечает всем современным требованиям герниологии на сегодняшний день. Эта методика проверена временем и зарекомендовала себя как эффективный способ лечения вентральных грыж.

Имплантат располагается на 6-8 см по обе стороны от срединной линии. Однако главный недостаток его традиционного ретромулярного положения – малая площадь этого пространства, ограниченного влагаллищами прямых мышц живота, что может не позволить выполнить аппроксимацию задних листков или недостаточно перекрыть дефект и предрасполагает к высокому риску рецидивов. Именно этот момент стал отправной точкой для разработки в начале передней сепарационной пластики, а затем и задней. В 2012 году Y. Novitsky предложил методику задней сепарации с пересечением поперечной мышцы живота (TAR) – это латеральное продолжение операции Rives-Stoppa с образованием широкого пространства между поперечной мышцей живота и комплексом поперечная фасция-брюшина, с сохранением сосудисто-нервных пучков в зоне полулунной линии. Одна из основных ловушек этой техники – повреждение этих пучков при рассечении поперечной мышцы латеральнее полулунной линии; это приводит к атрофии мышц, релаксации брюшной стенки, асимметрии и закономерному развитию рецидива. При TAR-пластике сетчатым протезом удаётся перекрыть большие грыжевые дефекты, латеральнее влагаллищ прямой мышцы живота. Вентральные грыжи значительной ширины (?8-10 см) почти всегда требуют TAR, а меньшие дефекты могут потребовать TAR в зависимости от состояния тканей вокруг дефекта, преперитонеального пространства по срединной линии и ретракции прямых мышц, даже при положительных значениях индекса Carbonell. В общем плане любой пациент, подвергающийся ретромулярной пластике, у которого задние листки влагаллищ прямых мышц живота не могут быть ушиты без натяжения, нуждается в одностороннем или двустороннем TAR. Самые последние инновации – эндовидеохирургическое исполнение этих операции как трансабдоминально, так и экстраперитонеально (е-TEP Rives-Stoppa, е-TEP TAR). Необходимо понимать, что односторонняя задняя сепарация не добавляет большей прочности реконструкции, в первую очередь используется для формирования барьера между сеткой и внутренними органами. Еще одним показанием к односторонней сепарации является сочетание срединных и латеральных грыж брюшной стенки, при этом задействуются субмулярное пространство для срединного дефекта, а преперитонеальное и претрансверзальное – для латеральной, с возможным использованием единого или отдельных сетчатых имплантатов. Анализированы истории болезней 67 пациентов, из них 44 (65,6%) выполнили операции Rives-Stoppa: в

открытом варианте – у 22, е-TEP – у 21. В 6 случаях, в связи с недостатком «материала» задней стенки, вмешательства дополнены односторонней задней сепарацией: в 5 – при традиционной методике, в 1 – при эндоскопической. В эту же группу отнесен 1 больной с сочетанием срединной послеоперационной грыжи (M1-4W2) и боковой (L4W2) после перенесенного панкреонекроза с люмботомией, которому для срединных дефектов достаточно было выполнение методики Rives-Stoppa, однако вмешательство расширено до односторонней TAR-пластики для боковой грыжи. По классической (двусторонней) методике по Y. Novitsky (TAR) оперированы 23 (34,4%) пациента. В 1 случае при е-TEP Rives-Stoppa выполнили симультанно лапароскопическую холецистэктомию, в другом – двустороннюю паховую эндогерниопластику. Фиксацию имплантатов не выполняли. Интраоперационных осложнений не наблюдали, в послеоперационном периоде клинически значимые серомы развились у 3 (4,4%) пациентов: у 2 – после открытой ретромулярной пластики, у 1 – после эндоскопической. Все пациенты излечены пункцией под УЗ-контролем, без инфекционных осложнений. Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 5 лет проведено у всех пациентов. Рецидивы выявлены у 2 (2,9%) больных: у 1 после TAR-пластики через 1,5 года, вследствие «центрального разрыва» макропористого имплантата, еще у 1 после е-TEP Rives-Stoppa, из-за технических погрешностей выполнения вмешательства на этапе освоения методики. Обоим пациентам выполнена открытая герниопластика сетчатым протезом по Chevrel. Таким образом, техника Rives-Stoppa для герниопластики вентральных грыж широко используется из-за хороших результатов с низким процентом периоперационных осложнений и рецидивов. Однако этот подход ограничен размерами субмулярного пространства, что может привести или к недостаточному оверлапу или дефициту тканей для закрытия задней линии и потенциально может потребовать выполнения задней сепарации компонентов брюшной стенки, которую при необходимости можно провести с одной стороны. Всё это требует от хирурга технической подготовки, четкого понимания анатомии передней брюшной стенки и самой возможности расширения операции «по ту сторону от полулунной линии».

92. Паховая эндогерниопластика: сэндвич-эффект или когда брюшина и «друг», и «враг»

*Поляков А.А., Соловьёв А.О., Арутюнов Г.Г.,
Запалацкая О.В., Кастерина А.В., Ягулов П.П.*

Волгоград

ВолГМУ

Многолетняя история эндовидеохирургии паховых грыж подтвердила свою патогенетическую направленность, доказала эффективность и постепенно, из редкой и недоступной, становится рутинной методикой лечения пациентов с паховыми грыжами. При трансабдоминальном и экстраперитонеальном доступах физические законы удерживают сетку от дислокации, при адекватном оверлапе и позиционировании в зоне миопектиналильного отверстия, практически гарантируют отсутствие рецидива. При десуфляции газа из брюшной полости или экстраперитонеального пространства брюшина должна «прижиматься» к сетке, формируя так называемый сэндвич-эффект в латеральном компартменте, а мочевого пузыря – в медиальном. Как раз отсутствие этого сэндвич-эффекта при технических ошибках и провоцирует развитие рецидивов грыж в связи с подворотом медиального нижнего края мочевого пузырем, а латерального, как верхнего, так и нижнего – воздушным мешком, в котором возможно неконтролируемое и невидимое глазу «ковшеобразное» складывание сетки (грейферный эффект). Таким образом, брюшина, являясь протектором для сетчатого имплантата, одновременно может служить и фактором, провоцирующим его дислокацию в случаях неадекватного ушивания брюшины при TAPP или ее дефектах при TEP/(e-)TEP. В случае выполнения экстраперитонеальной пластики без повреждения брюшины или выполнении вакуумирования преперитонеального пространства при TAPP, с учетом адекватной мобилизации и размера имплантата, операция становится идеальной, и не только с точки зрения физических законов. Понимание этого механизма позволяет использовать в большинстве случаев бесфиксационное позиционирование, либо минимизировать фиксацию имплантатов. Кроме того, устранение дефектов брюшины при экстраперитонеальной пластике и герметичное ушивание брюшины при TAPP является профилактикой возможного ущемления кишки или ее фиксации к сетке с развитием кишечной непроходимости. Мы располагаем опытом 425

эндовидеохирургических герниопластик. По технологии TAPP выполнено 192 (45,2%), по экстраперитонеальной - 233 (54,8%) операции, из них TEP – 10 (4,3%), e-TEP – 223 (95,7%). Используются только цельные имплантаты без края под семенной канатик со стартовыми размерами 15x12 см, с увеличением их площади, в зависимости от размера грыжевых ворот, состояния тканей пациента, до 20x15 см. Импланты размещали после полной и адекватной диссекции преперитонеального пространства, исключающей любую деформацию сетки увеличенного размера, с максимально равномерным позиционированием относительно миопектиналильной зоны. При TAPP использовали аспирацию газа из преперитонеальной полости или технику дересуфляции, при этом пытались исключить образование «воздушного пузыря». При экстраперитонеальной методике без повреждения брюшины сэндвич-эффект обеспечивался адекватной диссекцией до 3 см ниже связки Купера с визуализацией запирающего отверстия и исключением подворота имплантата в медиальном и латеральном компартменте; при повреждении брюшины использовали прием дересуфляции, дефекты более 5-10 мм ушивали. Летальных исходов не было. Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 5 лет выполнено у 87% пациентов, хронического болевого синдрома и рецидивов не выявлено. Таким образом, в эндовидеохирургии паховых грыж остается множество вопросов, связанных с применением этой методики в той или иной ситуации, техническими нюансами, тактическими решениями. Использование бесфиксационного позиционирования с формированием сэндвич-эффекта, имеющего под собой научное обоснование на основе закона Паскаля, требует от хирурга безупречного выполнения вмешательства, понимания роли брюшины в возникновении грейферного эффекта и рецидива.

93. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение при артериальных кровотечениях

*Дурлештер В.М., Бухтояров А.Ю., Бабенко Е.С.,
Лясковский К.О., Никитин С.П., Оганесян О.А.,
Волколуп О.С., Чехов С.В.*

Краснодар

ГБУЗ ККБ2

Цель: проанализировать и продемонстрировать результаты рентгенэндоваскулярных методов лечения артериальных кровотечений. Материал и методы: за период с 2014 по июль 2021 г. было произведено 104 рентгенэндоваскулярных вмешательства у 96 пациентов (женщин - 49, мужчин - 47) в возрасте от 25 до 78 лет (47±20 лет). Все пациенты поступали с клиническими признаками продолжающегося кровотечения, средний показатель гемоглобина составлял 70±30 г/л. Пункционный трансбрахиальный доступ применялся у 75 (78%) больных, лучевой – у 12 (12,5%), трансфemorальный – у 9 (9,5%). Причины артериального кровотечения: рак желудка у 18 (19%), гастродуоденальная язва - у 13 (13,5%), панкреонекроз - у 12 (12,5%), рак поджелудочной железы - у 10 (10%) пациентов, рак прямой кишки - у 8 (8%), ятрогенные повреждения висцеральных органов - у 3 (4%), спонтанный подкапсульный разрыв печени у - 1 (1%), травма почки - у 1 (1%), спонтанный разрыв чашечно-лоханочной системы почки - 1 (1%), 29 (30%) - спонтанные кровотечения различной локализации у пациентов с COVID 19. У всех пациентов выявлены прямые или косвенные ангиографические признаки артериального кровотечения. Прямые признаки артериального кровотечения - выход контрастного препарата за пределы сосуда (экстравазация), определялись у 36 (37%) пациентов, у 60 пациентов (63%) были косвенные признаки кровотечения – ранний венозный возврат, гиперваскуляризация, обрыв (тромбоз) сосуда. Источниками кровотечения являлись левая желудочная артерия у 22 (23%) пациентов, желудочно-двенадцатиперстная артерия – у 15 (16%), ветви верхней и нижней брыжеечных артерий - у 10 (10%), селезеночная артерия – у 9 (9,4%), печеночная артерия – у 5 (5,3%), почечная артерия – у 5 (5,3%), панкреатодуоденальная артерия – у 1 (1%), 29 (30%) - кровотечения из различных артериальных источников у пациентов с COVID 19. В нашем распоряжении было несколько разновидностей материала для эмболизации артерий. У 31 (32%) больных использовались только спирали, у 26 (27%)

– только эмбосферы, у 23 (24%) – комбинация спиралей и эмбосфер, у 7 (7,3%) – только гранулы «PVA», у 6 (6,5%) – комбинация микросфер и гранул «PVA», у 2 (2,2%) – комбинация спиралей и гранул «PVA». Для эмболизации источника кровотечения применялись эмбосферы «Embosphere» (MeritMedical) размерами от 300 до 900 мкм, гранулы «PVA» размерами от 500 до 1000 мкм, спирали «Mreue» (COOK) размерами от 3 до 10 мм. У 1 (1%) больного использовался стент-графт размерами 4.0x18мм из-за большого дефекта в стенке сосуда. Результаты: технический успех процедуры окклюзии источника кровотечения составил 100%. Клинический успех составил 96%. Ранний рецидив кровотечения отмечен у четырех пациентов (4%) - в одном случае после эмболизации селезеночной артерии, в других – гастродуоденальной и левой желудочной артерий, что потребовало в двух случаях проведения открытого оперативного вмешательства с пластикой дефекта артерии, в двух повторной эмболизации причинного сосуда. В одном случае эндоваскулярный гемостаз выполнялся после неэффективного открытого хирургического лигирования сосуда - перевязки нижней эпигастриальной артерии у пациента с COVID-19. Несмотря на успешный гемостаз, госпитальная летальность составила 18 (19%) пациентов в виду прогрессирования полиорганной недостаточности, из них 8 (8,3%) – пациенты с COVID-19. Выводы: эндоваскулярные вмешательства являются эффективными методами лечения артериальных кровотечений, особенно у крайне тяжелых пациентов.

**94. Эндovasкулярные методы лечения
кровотечений при портальной гипертензии у
больных с циррозом печени**

*Дурлештер В.М., Бухтояров А.Ю., Бабенко Е.С.,
Лясковский К.О., Никитин С.П., Оганесян О.А.,
Волколуп О.С., Чехов С.В.*

Краснодар

ГБУЗ ККБ2

Цирроз печени и сопровождающая ему портальная гипертензия способны вызвать ряд жизнеугрожающих осложнений: пищеводно-желудочные кровотечения из варикозно расширенных вен, гепаторенальный синдром, печеночную кому. В последнее время в лечении данной патологии всё большую роль приобретают малоинвазивные эндovasкулярные вмешательства такие как трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС) и транспеченочная эмболизация вен желудка и пищевода. Материалы и методы. За период с 2014 по ноябрь 2020 г. было выполнено 77 рентгенэндovasкулярных вмешательств у 69 пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени. Выполнено 56 операций трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования. Возраст пациентов колебался от 30 до 73 лет ($51,1 \pm 9,79$ год), мужчины – 32 (57%), женщины – 24 (43%). У 34 (60%) больных были эпизоды кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, признаки состоявшегося кровотечения – у 15 (27%), на высоте кровотечения оперировано 14 (25%) больных, с применением зонда Блекмора – 11 (20%). Эндоскопическое лигирование выполнялось у 40 (71%) пациентов. У 26 (46%) больных операция проводилась с дополнительной эмболизацией варикозно расширенных вен пищевода и желудка, в 13 (50%) случаях эмболизирована одна вена желудка, в 10 (38%) – две вены, в 3 (12%) – три и более вен. 44 (78%) пациентам – имплантированы гепатобилиарные стенты Hanarostent (M.I..Tech Co., Ltd), в остальных 12 (22%) случаях имплантированы билиарные стенты Egis, Hanarostent (Biotech, M.I..Tech Co., Ltd). В 54 (96%) случае выполнена имплантация одного стента, в 2 (4%) случаях потребовалась имплантация двух металлических стентов Absolute Pro, Omnilink (Abbott Vascular). За период с 2017 по февраль 2020 г. была выполнена 21 транспеченочная эмболизация варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Женщин – 12 (57%), мужчин – 9 (43%), средний возраст

составил $55,1 \pm 15,6$ год. Лигирование вен пищевода в дооперационном периоде проводилось у 8 (40%) пациентов, в 10 (47,6%) случаях применялся зонд Блекмора. В 8 (38%) случаях эмболизированы одна желудочная вена, в 7 (33,5%) – две, в 6 (28,5%) случаях – три и более вены. Для эмболизации вен желудка и пищевода применялись спирали MReye диаметром от 8 до 20 мм (COOK). Результаты и обсуждение. Все пациенты после проведенных операций ТИПС наблюдаются в сроке от одного месяца до 4 лет. Технический успех процедуры составил 98%, у 1 пациента (2%) в виду особенностей анатомического строения печеночных вен выполнить операцию ТИПС не удалось, но ему была выполнена транспеченочная эмболизация варикозно расширенных вен желудка. С применением «коронарной техники» проведено лечение 5 (9%) пациентам. Дисфункция шунтов наблюдалась в 7 (12,5%) случаях – ранний тромбоз стента отмечен у 2 пациентов, в отдаленном послеоперационном периоде отмечена окклюзия шунта в сроки от 3 месяцев до 2 лет у 5 пациентов. Рецидив кровотечения отмечен у 6 (11%) пациентов через 5, 7 и 12 и 20 месяцев после установки ТИПС, что потребовало повторного выполнения операции ТИПС у 5 (9%) пациентов и в 1 (2%) случае – транспеченочной эмболизации вен желудка. Летальный исход – 8 (14%) пациентов. Четверо пациентов умерли в клинике после выполнения ТИПС от прогрессирования полиорганной недостаточности вследствие раннего тромбоза шунта. У одного пациента летальный исход наступил от прогрессирования онкологического заболевания. В трех случаях причиной летального исхода стало массивное кровотечение из варикозно-расширенных вен дна желудка, манипуляции эндоскопического, механического гемостаза и интенсивной терапии эффекта не имели. Трём (5,3%) пациентам после ТИПС выполнена ортотопическая трансплантация печени. Технический успех транспеченочной эмболизации вен желудка составил 90%, у двух пациентов (9,5%) выполнить под УЗИ-наведением пункцию воротной вены не удалось. Осложнений в интра- и послеоперационном периоде отмечено не было. Рецидив кровотечения на госпитальном этапе наблюдался у 2 пациентов (9,5%) – одному выполнена операция ТИПС, другому эмболизация нового портокавального анастомоза желудочной вены. Рецидив кровотечения спустя 3 месяца отмечен у 1 пациента (4,7%), что потребовало проведения эмболизации новой варикозно расширенной вены желудка. Госпитальная летальность – 3 (14,2%) пациента, в виду прогрессирования полиорганной недостаточности.

Выводы. Операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования в лечении портальной гипертензии позволяет выполнить эффективную и стойкую декомпрессию портальной системы. Одномоментная эмболизация варикозно расширенных вен пищевода и желудка во время этой процедуры является закономерным и высокоэффективным методом, позволяющим снизить рецидив кровотечений. Все эти мероприятия являются паллиативными вмешательствами при данной патологии и служат неким «мостом» перед ортотопической трансплантацией печени. Транспеченочная эмболизация является менее эффективным методом лечения венозных кровотечений, так как при отсутствии декомпрессии и сохранении синдрома портальной гипертензии высока вероятность развития новых варикозно расширенных вен пищевода и желудка, а следственно и повторных кровотечений.

95. Управление конфликтом в сестринском коллективе

Цаплин С.Н., Соколова Е.Л., Есина О.В.

Москва

ФГБУ "Клиническая больница №1" УДП РФ

Актуальность. Конфликт в медицинской организации – актуальная многофакторная проблема, влияющая как на здоровье медицинских работников, так и на эффективность работы. Методам выхода из конфликтной ситуации не обучают ни в школе, ни в медицинских колледжах. Материалы и методы. Для разработка рекомендаций по урегулированию и профилактике конфликтов на базе операционного блока ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ проведено анкетирование 18 медицинских сестер операционного блока. Сформулированы следующие задачи: 1. Выявить знания медицинских сестер операционного блока о конфликтах и методах их урегулирования. 2. Определить уровень конфликтности медицинских сестер. Проведен анализ литературных источников, анкетирование, использована методика «Определение психологического климата в организации» (Уткин

Э.А. и соавт., 1999), методика «Конфликтная ли Вы личность» (Рогов Е.И., 2005), методика «Стиль поведения в конфликте» 6 (Анцупов А.Я., Шипилов А.И., 2004), проведена статистическая оценка результатов. Полученные результаты. Психологический климат в отделении по большинству показателей соответствовал оптимальному или среднему уровню. Оптимальным оказался показатель контактности (7,1); средними – показатели ответственности (6,7), организованности (6,5), информированности (6,5), открытости (6) и коллективизма (5,3) и низким показатель сплоченности (3,7). Особого внимания заслуживает низкий показатель сплоченности и невысокий коллективизма. Оценка результатов проведенного анкетирования в сфере разрешения конфликта и уровня конфликтности показала высокий уровень знаний о возможностях предотвращения и разрешения конфликта. Конфликтная ситуация в подавляющем большинстве случаев разрешается усилиями конфликтующих сторон. Административный же персонал привлекается к урегулированию конфликта крайне редко. Подавляющее большинство медицинских сестер отделения имеют низкий уровень конфликтности и лишь 6% опрошенных демонстрируют средний уровень конфликтности, что является отличным показателем. Наиболее предпочтительным стилем поведения медицинских сестер отделения в условиях конфликта является компромисс (33%), за ним следуют приспособление (28%) и избегание (22%), соперничество, как стиль поведения, не выбрала ни одна медицинская сестра. Обсуждение. Очевидна важность мероприятий, направленных на уменьшение стрессорных воздействий, предотвращение и разрешение конфликтных ситуаций в среде сестринского персонала. Внедрение мероприятий, направленных на предупреждение развития конфликтов, положительно скажется на психоэмоциональном состоянии персонала и будет способствовать повышению качества медицинской помощи для населения. Выводы и рекомендации. 1. Обучение операционных сестер базовым основам психологии и социологии научит их избегать конфликтов, а также избирать оптимальную стратегию поведения при их возникновении. 2. Целесообразна организация кабинета психологической разгрузки или введения в штатное расписание медицинского учреждения должности психолога, что позволит обучить медицинских сестер эффективным методикам психологической саморегуляции. 3. Обучение руководителей учреждения принципам эффективного управления коллективом и

предотвращения конфликтов, а при возникновении последних – проявлять участие в его урегулировании. 4. Предпочтительным методом управления конфликтом выбрать объективное решение проблемы (стратегия выиграть-выиграть) и выработку компромиссных решений.

96. Видеолапароскопические операции в экстренной абдоминальной хирургии: опыт городской больницы скорой медицинской помощи города Ростова-на-Дону

*Турбин М.В. (1,2), Черкасов М.Ф. (1),
Бондаренко В.А. (1,2), Меликова С.Г. (1),
Алексеев К.А. (2), Бондаренко И.В. (2)*

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 2) МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» города Ростова-на-Дону

Актуальность. Важным этапом развития хирургии является внедрение современных малоинвазивных технологий в повседневную практику хирурга. Лапароскопия, которая уже давно известна как "золотой стандарт" в плановой хирургии, недавно зарекомендовала себя как важная диагностическая и лечебная процедура в экстренной хирургии. Именно возможность сочетания диагностической процедуры с лечебной предполагает, что лапароскопия может играть важную роль в неотложной хирургии, демонстрируя свою эффективность при urgentной хирургической патологии органов брюшной полости. Материал и методы. С 2008 по 2021 год в хирургическом отделении ГБСМП г. Ростова-на-Дону выполнено 24125 оперативных вмешательств по поводу острых заболеваний брюшной полости, из которых 18552 (76,9%) – лапароскопически. Основные нозологии: острый аппендицит, острый холецистит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, острый панкреатит и другая редкая патология. Полученные результаты. При выполнении диагностической лапароскопии в 68,5% предоперационный диагноз был подтвержден. Острый аппендицит верифицирован

во время лапароскопии у 8344 (81,6%) пациентов. Частота конверсии составила 1,6%. Накапливая опыт проведения лапароскопической аппендэктомии, к настоящему времени нами значительно сужены противопоказания к данной операции, которыми являются: распространенный перитонит, плотный аппендикулярный инфильтрат или единый конгломерат с плотными фиброзными сращениями, а также выраженный парез кишечника. Опыт лапароскопической холецистэктомии включает 9938 случаев, это 97,8% от всех вмешательств по поводу острого холецистита. В 2% случаях потребовался переход на открытую операцию. Деструктивные формы острого холецистита были отмечены у 72,4% больных. Из 442 пациентов, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, 114 (25,8%) больным выполнена лапароскопия. Показания к видеолапароскопии следующие: небольшой срок от начала заболевания, наличие симптомов острой кишечной непроходимости, в том числе при отсутствии подтверждения по данным рентгенологического исследования, даже без наличия анамнестических данных (перенесенные ранее операции на органах брюшной полости, забрюшинного пространства или малого таза). Лапароскопическое ушивание прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки выполнено у 136 пациентов. Первостепенную роль в выборе показаний к использованию лапароскопии при ушивании язвы, мы считаем распространенность перитонита и размеры перфоративного отверстия (для луковицы 12-перстной кишки - не более 5 мм, для желудка - не более 10 мм). Лапароскопические вмешательства пациентам с острым панкреатитом выполнили в 433 (92,9%) случаях из 466, они заключаются в санации брюшной полости, удалении экссудата, капсулотомии, дренирования сальниковой сумки, холецистостомии, холецистэктомии, дренировании брюшной полости. Доля лапароскопических вмешательств при редкой хирургической патологии, такой как перекрут жировых подвесков толстой кишки и пряди большого сальника, перфорация рыбьей костью тонкой кишки, Меккелев дивертикулит составила 93,2%. Обсуждение. В последние годы острые хирургические заболевания органов брюшной полости все чаще успешно лечат с помощью лапароскопии. При острых аппендицитах и холециститах, перфоративных язвах и других острых хирургических патологиях проводимые исследования доказали, что видеолапароскопическая операция такая же безопасная и эффективная, как и "открытая", но с меньшим количеством осложнений и более

быстрым восстановлением. Выводы. Видеолапароскопическая операция у пациентов с острой абдоминальной патологией в большинстве случаев обеспечивает одновременное выполнение диагностического этапа с верификацией диагноза, а также непосредственно этапа лечения. Видеолапароскопические операции имеют несомненные преимущества перед "открытыми" – легче переносятся больными, меньше количество осложнений, более короткое пребывание пациентов в стационаре, быстрое послеоперационное восстановление и более быстрое возвращение к социальной активности.

97. Индивидуальный подход в лечении панкреонекроза

Костырной А.В., Солдатенко С.В., Гройзик К.Л.

Симферополь

КФУ им. В.И. Вернадского. Медицинская академия им. С.И. Георгиевского. ГБУЗ РК "Симферопольская городская клиническая больница №7"

Актуальность. Заболеваемость острым панкреатитом по разным странам мира составляет 20-80 на 100 000 населения. Общая летальность при остром панкреатите составляет 7-15%, при присоединении инфекции к очагам асептического некроза - 40-80%. Высокие цифры летальности свидетельствуют об отсутствии единых взглядов в лечебно-диагностической программе острого панкреатита тяжелой степени. Данные о результатах различных хирургических подходов остаются спорными и противоречивыми. Материалы и методы. В основе клинической части работы лежит 20-летний опыт наблюдения и лечения 706 больных с панкреонекрозом. Диагноз верифицировали по результатам клинико-лабораторным критериям, УЗИ и КТ ОБП, лапароскопии, интраоперационной ревизии. При этом у 75 пациентов течение заболевания осложнилось ферментативным перитонитом. При госпитализации пациентам проведено стандартное общеклиническое обследование. Оценку тяжести состояния пациента проводили, применяя прогностические шкалы APACHE-II, а также собственные шкалы разработанные для острого

панкреатита и распространенного перитонита. Полученные результаты и обсуждение. Основное направление в лечебной программе при лечении панкреонекроза направлено на снижение энзимной токсемии путем назначения синтетических аналогов соматостатина – октрестатина; профилактику инфицирования проводили комбинацией антибактериальных препаратов – фортум + амикацин + мератин, сульбактомакс + амикацин + мератин и монотерапия карбопенемами - меропенем. Инфузионно – дезинтоксикационная терапия выполнялась растворами реосорбилакт, трисоль, Рингера, Крахалева; профилактика гемодинамических расстройств проводилась рефортаном; профилактика нарушения обменных процессов и коррекция расстройств микроциркуляции проводилась назначением цитофлавина; раннее блокирование синдрома системного воспалительного ответа проводилось с помощью пентоксифиллина; профилактика образования стрессовых язв ЖКТ выполнялась препаратами ингибиторами протонной помпы. Проводимое комплексное консервативное лечение у 64 (9,1%) больных позволило снизить явления ферментативного перитонита, при этом у 44 больных в брюшной полости устанавливался дренаж после проведенной лапароскопии. У 40 больных прогрессирование эндогенной интоксикации требовало установки лапароскопически 2-х дренажей в брюшную полость для последующей санации. В этой группе умерло 14 пациентов, что составило 21,9%. Ретроспективно анализировался период 1980–1990 гг. - 25 больных, когда не так широко использовались лапароскопические технологии. В этот период летальность составила 40%, у 41% больных выявлено инфицирование асептических очагов некроза, в 72% случаев после лапаротомии развивались послеоперационные гнойные осложнения вторичного генеза. Прогрессирование некроза железы и присоединение инфекции с распространением процесса по парапанкреатической клетчатке и забрюшинному пространству в настоящее время является абсолютным показанием к оперативному вмешательству. С этой целью нами применялись разработанные способы лечения инфицированного панкреонекроза под лапароскопическим контролем с введением водорастворимых мазевых композиций. При прогрессировании распространенного гнойного перитонита, требующего программированных санаций, применялась методика хирургического лечения перитонита основанная на коррекции внутрибрюшного давления. Выводы.

1. Максимально возможное проведение современной консервативной терапии с учетом прогностических интегральных шкал позволяет оценить эффективность проводимой терапии и добиться отграничения очагов некроза. 2. Щадящий этап первого оперативного вмешательства при наличии гнойно-некротических осложнений инфицированного панкреонекроза, адекватное дренирование очагов воспаления на фоне интенсивной современной терапии позволило снизить послеоперационную летальность с 40% до 18,7%. Рекомендации. Только индивидуальный подход в лечебной программе инфицированного панкреонекроза позволяет получить положительный конечный результат.

98.3-летний опыт работы центра амбулаторной хирургии клиники университета

Лапшин А.С., Котомина Ж.В., Зайцева М.И.

Санкт-Петербург

Центр амбулаторной хирургии клиники НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

Актуальность. Одним из перспективных направлений современного здравоохранения России по оказанию медицинской помощи населению, является развитие стационарзамещающих хирургических технологий. При таком методе лечения сохраняется привычный уровень качества жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде; ускоряется темп медико-социальной реабилитации. Значительное число хирургических больных может быть прооперировано за счет расширения объема оперативной деятельности в амбулаторных условиях. Опыт западных стран и США показывает, что 75–80% плановых хирургических вмешательств может быть выполнено в амбулаторных условиях. В нашей стране из всех плановых операций около 30% выполняется в амбулаторных условиях (Здравоохранение в России. стат. сб., – 2019, часть 3) Цель. Проанализировать результаты работы ЦАХ организованного на базе крупного многопрофильного медицинского учреждения. Материалы и методы. Наш центр амбулаторной

хирургии (ЦАХ) расположен на первом этаже хирургической клиники, являясь структурным подразделением НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И.П.Павлова. В своем составе имеет две оборудованные операционные («большая» и «малая»), палату наблюдения на 5 коек. Анестезиологическое пособие обеспечивается сотрудниками отделения клиники. За период с 2019 по 2021 гг. нами выполнено 2463 операции. Из них проктологических операций - 118 (4,8%), операций при варикозном расширении вен (ВРВ) нижних конечностей – 398 (16,2%), радикальных операций при грыжах передней брюшной стенки – 254 (10,3%), операции на кисти – 286 (11,6%), операции при доброкачественных новообразованиях мягких тканей поверхностных локализаций – 1345 (54,6%). Доля оперативных вмешательств средней категории сложности составила 45,4%. Результаты. Значимых послеоперационных осложнений не было: у 1 больного гематома послеоперационной раны после удаления липомы больших размеров, у 2 больных серома в области операции по поводу грыж брюшной стенки с использованием сетчатого импланта. Во всех случаях произведено дренирование раны в условиях ЦАХ, выздоровление. Госпитализация не потребовалась. 8 пациентов после операции с сопутствующим диагнозом "гипертоническая болезнь" переведены в стационарное хирургическое отделение на 1- 2 сутки для коррекции АД и мониторинга наблюдения. Данных результатов удалось добиться путем тщательного отбора больных для лечения в условиях ЦАХ, полным обследованием на догоспитальном этапе с целью выявления значимой сопутствующей патологии, использованием на госпитальном этапе современных малоинвазивных технологий, применением адекватной анестезии (как местной, так и общей), привлечением к работе в ЦАХ высокопрофессиональных специалистов университета, полноценным оснащением ЦАХ, наличием рядом расположенного хирургического отделения с отделением реанимации. Выводы. Расположение ЦАХ на базе крупного многопрофильного медицинского учреждения позволяет использовать материально–техническое оснащение этого учреждения и расширяет возможности амбулаторной помощи больным хирургического профиля.

99. Экспериментально-клиническое обоснование использования ТахоКомба в профилактике несостоятельности культи червеобразного отростка

*Мамедов Т.А. (1), Малков И.С. (2),
Шакиров М.И. (1), Филиппов В.А. (2),
Тагиров М.Р. (1), Коробков В.Н. (2)*

Казань

1) ГАУЗ ГKB №7, 2) КГМА

Актуальность. При остром деструктивном аппендиците, осложненным тифлитом и периаппендикулярным абсцессом, традиционная аппендектомия с перитонизацией культи червеобразного отростка может сопровождаться ее несостоятельностью в виду прорезывания швов и развитием тяжелых послеоперационных интраабдоминальных осложнений. Целью нашего исследования явилось провести в эксперименте патоморфологическую оценку эффективности профилактики несостоятельности швов при ранении слепой кишке с помощью ТахоКомба и обосновать его клиническое использование при аппендэктомии у больных с острым гангренозным аппендицитом, осложненным тифлитом и периаппендикулярным абсцессом. Материал и методы. Эксперимент проведен на 15 лабораторных крысах обоего пола весом 180,0-200,0 грамм. Под кетаминным наркозом производили лапаротомию, цекотомию с последующим ушиванием дефекта и аппликацией линии шва пластиной ТахоКомба. Животных выводили их эксперимента на 3 сутки (5 крыс), 7 сутки (5 крыс) и 14 сутки (5 крыс). Для исследования предоставлялся фрагмент слепой кишки с пластиной ТахоКомба. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином, по Перлсу, по Пикро-Маллори. Клиническое исследование было основано на анализе результатов лечения 84 пациентов с острым гангренозным аппендицитом, осложненным тифлитом и периаппендикулярным абсцессом в возрасте от 17 до 78 лет. В виду выраженной инфильтрации купола слепой кишки во всех случаях производилась открытая лигатурная аппендэктомия. У 54 пациентов группы сравнения оперативное вмешательство завершали введением через операционную рану в брюшную полость дренажа Пенроуза с дополнительным дренированием через контрапертуру малого таза. У 30 пациентов основной группы культи аппендикса и подлежащую стенку слепой кишки закрывали пластиной ТахоКомба путем ее аппликации.

Полученные результаты. На 14 сутки после хирургического вмешательства на всех препаратах отмечалось разрастание грануляционной ткани в месте аппликации ТахоКомба. Формирование грануляционной ткани происходило в виде пролиферации фибробластов, уплотнения нитей фибрина с положительной окраской по Пикро Маллори, новообразования большого количества сосудов, инфильтрация макрофагов. На макропрепаратах невозможно было дифференцировать ТахоКомб и стенку слепой кишки, поскольку это была единая плотно-эластическая структура, надежно закрывающая наложенные швы. Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с осложненным деструктивным аппендицитом в основной группе и группе сравнения показала снижение раневых послеоперационных осложнений в 3 раза, образования инфильтратов брюшной полости в 2 раза, сокращение сроков госпитализации в 1,8 раза. В группе сравнения в 4 случаях имела место несостоятельность культи аппендикса с формированием калового свища, открывающегося в рану. Выводы. Экспериментальное изучение динамики патоморфологических изменений в стенке слепой кишки при аппликации ТахоКомба показало его хорошие адгезивные свойства. Клиническое использование с целью профилактики несостоятельности культи аппендикса аппликации ТахоКомба не выявило каких-либо осложнений, связанных с его применением и во всех случаях была отмечена эффективность разработанного метода.

100. Технические аспекты выполнения эндоскопического стентирования пищевода при использовании различных типов доставочных устройств

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

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность. Эндоскопическое стентирование пищевода (ЭСП) - одно из эффективных методов разрешения симптомов дисфагии, обусловленной в большинстве случаев злокачественной стриктурой. Системы доставочных устройств металлических стентов бывают двух видов: 1) стандартная система доставочного устройства, состоящая из внутренней трубки, которая помещена во внешнюю, а между ними располагается стент в собранном виде. При стягивании внешней оболочки в проксимальном направлении стент постепенно раскрывается; 2) доставочное устройство в форме кожуха, на поверхности которого натянута по окружности непрерывная нить, при распускании которой происходит постепенное высвобождение стента. Данное доставочное устройство характеризуется возможностью дистального либо проксимального раскрытия. Цель исследования. Отработать оптимальную оперативную технику ЭСП в зависимости от типа применяемого доставочного устройства; проанализировать непосредственные и отдаленные результаты применения ЭСП при использовании различных типов доставочного устройства. Материал и методы. С 2016 по 2021 гг. нами были изучены результаты ЭСП у 119 пациентов. В группу 1 вошли 60 пациентов, которым был установлен металлический стент на доставочной системе в виде вязаного кожуха, из которых 31 пациенту были использованы стенты с проксимальным раскрытием и 29 пациентам – стенты с дистальным раскрытием. В группу 2 вошли 59 пациентов, которым был установлен металлический стент на доставочной системе в виде стягивающейся внешней оболочки. Результаты. Технический успех достигнут в обеих группах в 100% случаев. Клинический успех в группе 1 наблюдался у 100% больных, а в группе 2 – у 96,7% пациентов ($p>0,05$). У 2 пациентов в группе 2 сохранялись симптомы дисфагии на фоне неполного раскрытия стента при контрольном обследовании (до 10-12 мм при возможных 18-23 мм). В 11 случаях (18,3%) в группе 1 и в 3 случаях (5,1%) в группе 2 ($p<0,01$)

интраоперационно потребовалось применение дополнительного трубчатого жесткого проводника в связи с «заламыванием» доставочной системы. Ручное интраоперационное репозиционирование стента потребовалось в большинстве случаев при дистальном типе раскрытия стента: в 10 случаях (16,7%) в группе 1 и в 24 случаях (40,7%) в группе 2 ($p<0,01$). Статистически значимых различий при анализе времени оперативного вмешательства не наблюдалось ($p>0,05$). Срок госпитализации пациентов в группах 1 и 2 был в среднем $6,7\pm 2,4$ суток и $6,9\pm 2,1$ суток соответственно ($p>0,05$). Интраоперационных осложнений отмечено не было. В группе 1 у 1 пациента (1,7%) на 2-е сутки после операции был отмечен эпизод кровотечения из распадающейся опухоли. Была выполнена эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция источника кровотечения. В группе 2 случаев кровотечения не было. Болевой синдром в грудной клетке в раннем послеоперационном периоде на фоне постепенного раскрытия стента наблюдался в 94,3% в группе 1 и в 93,7% в группе 2. Хронизация болевого синдрома в группе 1 наблюдалась у 10 больных (16,7%) и у 11 больных (17,7%) в группе 2 ($p>0,05$). Миграция стента в раннем послеоперационном периоде выявлена у 1 пациента (1,7%) в группе 1 и у 2 пациентов (3,4%) в группе 2. Таким образом, различия в общей частоте ранних послеоперационных осложнений оказались статистически незначимыми ($p>0,05$). Рецидив симптомов дисфагии на фоне опухолевой обструкции через 3 месяца зафиксирован у 23 пациентов (38,3%) в группе 1 и у 24 пациентов (40,7%) в группе 2. Данным пациентам было выполнено повторное ЭСП по типу «стент-в-стент». Трехмесячный показатель летальности в целом составил 14,3% (в группе 1 – 8 случаев и в группе 2 – 9 случаев). Вывод. ЭСП у пациентов со злокачественными стриктурами характеризуется хорошими результатами в независимости от применяемых типов систем доставочных устройств. При этом считаем, что наиболее адекватное интраоперационное позиционирование стента достигается при использовании доставочного устройства с проксимальным типом раскрытия, чем с дистальным раскрытием.

101. Damage Control Surgery при экстренной абдоминальной патологии*Костырной А.В., Гройзик К.Л., Оноприев А.В.*

Симферополь, Краснодар

КФУ им.В.И.Вернадского. Медицинская академия им.С.И.Георгиевского. Кубанский государственный медицинский университет.

Актуальность. В противовес традиционного хирургического учения в абдоминальной хирургии о радикальности оперативного вмешательства, постепенно входит понимание Damage Control Surgery (DCS). Термин DCS изначально взят из военно-морского диалекта, как борьба за живучесть корабля. Господствующий в 70-80-е годы принцип единовременного хирургического пособия (early total care), когда грубые метаболические нарушения приносились в жертву анатомическому перфекционизму, доказал свою несостоятельность. Сегодня принцип DCS экстраполируется и в хирургии. Тактика DCS включает многоэтапный подход, в котором повторные операции выполняются после коррекции физиологических нарушений. Главная задача DCS – остановка кровотечения и прекращение контаминации. В XXI веке нет единого взгляда на интраоперационные моменты при мезентериальном тромбозе, ущемленной грыже, кишечной непроходимости, распространённом перитоните, инфицированном панкреонекрозе. Материалы и методы: Стратегия DCS была использована нами при лечении 18 пациентов с экстренной абдоминальной патологией в состоянии. 13 (72,2%) пациентам выполнена ликвидация источника перитонита, резекция нежизнеспособной кишечной трубки без восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. При этом культя петель кишечника заглушены по стандартной методике с последующей назоинтестинальной интубацией проксимального отдела кишечника по Житнюку. Кроме этого, при мезентериальном тромбозе произведена тромбэктомия в системе art. mesenterica superior с последующей установкой канюли для проведения тромболитической терапии. Были разработаны 2 интегральные шкалы: первая - для оценки тяжести состояния пациента и прогнозирования оперативного риска на основе физиологических показателей, вторая – для обоснованности ведения конкретного пациента в режиме damage control. Оценка тяжести состояния пациента была адаптирована к реальным возможностям среднестатистического стационара.

Учитывался: возраст пациента, АД, ЧСС, Hb, K, Na, мочевины, лейкоциты, ЭКГ, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, температура и pH. Все параметры оценивались в баллах: 1-10 – компенсированный статус (прогноз благоприятный); 11-29 – субкомпенсированный (пограничное состояние); 30-44 – декомпенсированный (прогноз неблагоприятный). Для обоснованности ведения в режиме DCS разработана шкала, в которую вошли следующие критерии: длительность заболевания, источник перитонита, характер воспалительно-деструктивных процессов в брюшной полости, при мезентериальном тромбозе учитывался уровень некроза кишки, при острой кишечной непроходимости – генез непроходимости, в случае инфицированного панкреонекроза – распространённость и локализация процесса: < 8 баллов – нет показаний для damage control, 9-14 баллов – прямые показания для damage control. Ключевым моментом стратегии DCS является проблема закрытия лапаротомной раны. Существующие способы ("Bagota bag", "silo", "sandwich", фиксация рассасывающейся сетки, открытая лапаростома и др.) не отвечают в полной мере запросам современной хирургии. Используемая собственная лапаростомическая конструкция, выполненная в виде «иллюминатора», сделана из прозрачного, инертного органического материала, позволяющая визуализировать изменения в брюшной полости, вовремя определить показания для программированной санации органов брюшной полости, что уменьшило трудность диагностики внутрибрюшных гнойно-септических осложнений, обусловленные скудностью и стёртостью клинических проявлений. Полученные результаты: 5 (27.8%) больным при отсутствии объективных критериев жизнеспособности кишки резекция кишечника не производилась (сомнительный сегмент кишечной трубки выделялся двумя лигатурами и погружался в брюшную полость до следующего этапа операции). Следует отметить, что даже такая минимальная по объёму и непродолжительная по времени операция была непереносима у 3 (16.7%) пациентов. У части пациентов передняя брюшная стенка ушивалась спиралевидным швом с захватом только кожного слоя по методике клиники с учетом и коррекцией внутрибрюшного давления, в другой группе пациентов применяли разработанную лапаростомическую конструкцию. После стабилизации гемодинамики больные были повторно оперированы через 12-36 часов. Объём операции (при гарантированной ликвидации или локализации источника перитонита, отсутствии

неудалимых очагов некроза, прозрачном серозном экссудате, наличии перистальтики кишечника и отсутствии распространенного воспаления в брюшной полости, в одних случаях заключался в восстановлении непрерывности кишечной трубки, в других, при подтвержденной визуальной оценке жизнеспособности кишечной трубки - в ушивании лапаротомной раны, при грыже – пластике полипропиленовой сеткой. Обсуждения. Анализируя стандартную тактику ведения 40 пациентов с аналогичной экстренной абдоминальной патологией, летальность до 40% была обусловлена респираторным дистресс-синдромом, абдоминальным компартмент-синдромом и полиорганной недостаточностью, несмотря на адекватную хирургическую санацию первичного очага и коррекцию гемодинамических и дыхательных расстройств. Выводы: Стратегия «прерванной» операции (damage control surgery) позволила снизить послеоперационную летальность до 22% и обоснована, как альтернатива стандартным тактико-техническим принципам, в экстренной абдоминальной хирургии. Рекомендации. Основываясь на общие иммунологические и гистологические изменения, механизмы патогенеза systemic inflammatory response syndrome, которые одинаковы для массивной абдоминальной травмы, так и для экстренной хирургической патологии, обусловленной инфекционным процессом, позволяют применять принципы этапного подхода в лечении пациентов с экстренной абдоминальной патологией.

102. Местное лечение ран крестцово-копчиковой области отрицательным давлением

*Галашомян К.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.,
Ендоренко К.В.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ, пилонидальный синус) выявляется в 3–5 % случаев при массовом обследовании и занимает 4-е место в структуре колопроктологических заболеваний, проявляется в активном трудоспособном возрасте, а более половины оперируются до 30 лет.

Результаты лечения ЭКХ нельзя назвать удовлетворительными: у 6–30% рецидивы, у 13–24% осложнения. При закрытии раны и наложении швов после иссечения в 14–74% отмечается несостоятельность швов, а рецидив заболевания в 4–45%. Открытый способ, вследствие своей простоты, является распространенным методом лечения в мире, основной его недостаток — это длительное заживление раны крестцово-копчиковой области. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с ранами крестцово-копчиковой области путём разработки и применения в практике терапии отрицательным давлением (вакуум-терапия). Материалы и методы. В представленном исследовании выполнен анализ хирургического лечения 149 больных с пилонидальным синусом. При этом выполнено 34 операции иссечения ЭКХ с открытым ведением, 33 операции с иссечением и марсупиализацией раны, 43 – с первичным швом по Донати и 39 больным выполнено иссечение пилонидального синуса с последующей терапией контролируемым отрицательным давлением. Результаты. В группе больных с вакуум-терапией гнойных осложнений не отмечено. В группах с традиционным лечением вторичным заживлением нагноительные осложнения зафиксированы в 5 случаях (14,7%), при марсупиализации – 9 (27,3%), при использовании швов Донати – 14 (32,6%). Наименьшее количество койко-дней отмечено при применении вакуум-терапии, что составило в среднем 9,2 дней. Период эпителизации ран с вакуумной терапией составил в среднем 27,4 дней, в случае с традиционным лечением мазевыми повязками – 67,3 дней, в подгруппе с марсупиализацией – 37 дней, а у больных со швами Донати составил 16,3 дня. У пациентов с вакуум-терапией период нетрудоспособности достоверно меньше, чем у пациентов, которым проводилось лечение мазевыми повязками – 21,6 и 28,8 дней соответственно. Рецидив заболевания в подгруппе с применением отрицательного давления отмечен в 1 (2,6%) случае в то время, как у больных с традиционными методиками достигал 11%. Обсуждения и выводы. Радикальной методикой лечения пилонидальной болезни является оперативное лечение. В настоящее время представлен широкий спектр оперативных пособий: открытое лечение, первичное закрытие раны (без перемещения и с перемещением межъягодичной складки), пластические операции и лечение с применением малоинвазивных технологий. Однако результаты ближайшего и отдаленного послеоперационного периода не всегда удовлетворяют колопроктологов. Представленный

способ лечения с применением терапии отрицательного давления позволяет уменьшить период заживления ран крестцово-копчиковой области после иссечения эпителиального копчикового хода и снижает частоту послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

103. Актуальные подходы при выполнении сегментарных резекций печени

*Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Сизова А.Н.,
Вахромкин В.С.*

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России

Актуальность: на современном этапе хирургии печени одной из основных составляющих безопасности резекций печени любого объема является профилактика интраоперационной кровопотери. Повышение безопасности во многом определяется корректным предоперационным планированием объема резекции, учитывающим индивидуальные особенности сосудистой анатомии печени, а также технические аспекты предстоящей резекции с использованием современного оборудования. Материалы и методы: за период с 2012 по 2021 гг. было выполнено сегментарных резекций при первичном раке печени 30 операций, при метастатическом поражении печени – 107 операция. На дооперационном этапе проводилось 3D моделирование с использованием программного обеспечения MYRIAN XP-Liver с сосудистой трёхмерной реконструкцией и волюметрическим анализом, что позволило четко определить хирургическую тактику. На интраоперационном этапе после ревизии органов брюшной полости проводилось ультразвуковое сканирование печени с целью определения локализации сосудистой ножки и последующая маркировка коагуляцией ее проекции на капсуле печени. Далее посредством высокотехнологических средств с использованием кластерных аппликаторов производилась коагуляция тканей печени в проекции сосудистой ножки, что позволяло обеспечить мгновенный некроз тканей в

зоне инцизии. Далее осуществлялся доступ к секторальной ножке с последующей ее перевязкой. По формирующейся демаркационной линии с использованием того же аппликатора проводилась резекция печени (сегментэктомия). В результате такого подхода в нашей клинике удалось снизить объем интраоперационной кровопотери, уменьшить количество послеоперационных осложнений и сократить послеоперационный и общий койко-день. Выводы: совершенствование подходов планирования оперативного вмешательства с использованием 3D моделей и при выполнении сегментарных резекций печени с использованием высокотехнологических средств позволяет значительно снизить риск интра- и послеоперационных осложнений при сохранении радикальности, а также сократить количество койко-дней при госпитализации.

104. Лазерная деструкция в хирургическом компоненте лечения первичных и метастатических опухолей печени

*Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Сизова А.Н.,
Светашов В.С.*

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России

Актуальность. Несмотря на развитие и совершенствование методов диагностики и лечения существует группа больных, которым выполнение оперативного вмешательства в объеме резекции опухолевого очага выполнить не представляется возможным. Это приводит к развитию малоинвазивных и минитравматичных методов локальной деструкции. Цель. Улучшение результатов лечения больных с первичными и метастатическими опухолями печени. Материалы и методы. В работе рассмотрены и проанализированы результаты лечения 32 больных с метастатическим поражением печени и 5 больных с первичным раком печени с использованием методики лазерной абляции за период с 2017 по 2021 гг. Средний возраст составил 61,1±2,7 года. Мужчин 39%, женщин 61%. Поражение правой доли печени выявлено у 71% больных, левой - 22%,

билобарно у - 7%. Лазерная абляция(ЛА) образований печени, средний размер 29,8±1,7 мм, выполнялась перкутанно под контролем УЗИ в режиме реального времени. Для ЛА был использован аппарат ECHO LASER, производства Италии. Контроль эффективности воздействия осуществлялся УЗИ гепатобилиарной зоны на 1; 3; 5 сутки после абляции, УЗИ, МСКТ и МРТ с внутривенным болюсным усилением в динамике 1 раз в 3 месяца в течении первого года после выполнения операции и далее каждые 6 мес. Результаты. В раннем послеоперационном периоде отмечали болевой синдром, в течении 3-х суток, купированный приемом анальгетиков, изменение биохимических анализов (АЛТ, АСТ, ЩФ) наблюдалось в течение 10-суток. В раннем послеоперационном периоде отмечалось образование подкапсульной гематомы в области стояния световода, не потребовавшее хирургического вмешательства. Формирование остаточной полости наблюдалось в 1 случае, потребовавшее дополнительно чрезкожное дренирование. При морфологическом исследовании зоны абляции через 6 месяцев после деструкции отмечается патоморфоз четвертой степени (по Лушникову). Средний койко-день составил 4 дня. Однолетняя выживаемость составила 88%, двухлетняя 71%, трехлетняя 59%. Выводы. Применение ЛА позволяет расширить показания к хирургическому лечению больных с опухолями печени, уменьшить количество операционно-анестезиологических рисков и послеоперационных осложнений; сократить пребывание больных в стационаре; увеличить продолжительность жизни и ее качество у нерезектабельных больных.

105. Роль СВЧ термодеструкции в хирургическом компоненте лечения опухолей печени

Праздников Э.Н., Трандофилов М.М., Вахромкин В.С., Доспехов Д.Г.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России

Актуальность: в современном варианте комбинированного лечения пациентов с метастатическим и первичным поражением печени, получающих химио- и таргетную терапию, актуальным является применение малоинвазивных локальных методик деструкции опухолей печени. Одной из новых методик является использование СВЧ деструкции при лечении опухолей печени. Материалы и методы: в исследование с 2019 по 2021 гг. включено 42 больных (33 (79%) больных с метастазами колоректального рака, 3(7%) больных с нейроэндокринными образованиями, 6(14%) больных с первичным раком печени). С 2019 г. нами начато использование нового сверхвысокочастотного (СВЧ) генератора SURBLATE, производитель Vison Medical (Китай) нового поколения с максимальной мощностью 120 Вт при постоянной частоте микроволнового излучения 2,45 ГГц. и аппликаторов диаметром от 1,6 до 3,0 мм, длиной от 100 до 270 мм для проведения комфортной абляции открытым, лапароскопическим или чрескожным доступами с системой активного жидкостного охлаждения с непрерывной циркуляцией. Целевая температура 110°C. Время воздействия от 5 до 30 мин. Термодеструкция использовалась как самостоятельный метод у нерезектабельных больных, перкутанно в 17 случаях (13 больных с метастазами колоректального рака, 2 больной с гепатоцеллюлярным раком и 2 с нейроэндокринными образованиями), при сочетании с резекцией печени в 5 случаях (4 с метастазами колоректального рака и 1 нейроэндокринным образованием) и при резекции печени в 20 случаях (4 больных с гепатоцеллюлярным раком и 16 с метастазами колоректального рака). При резекции печени использовался микроволновый аппликатор с двойным кончиком обеспечивающий мгновенный некроз тканей в зоне инцизии. Результаты: в послеоперационном периоде наблюдались осложнения: внутripеченочная гематома в двух случаях, формирование остаточной полости в печени в одном случае, формирование биломы в

одном наблюдении, пристеночный тромбоз воротной вены в одном случае. Заключение: СВЧ термодеструкция в хирургическом компоненте лечения опухолей печени при проведении резекции значительно снижает объем интраоперационной кровопотери. Использование данной методики у нерезектабельных больных повышает эффективность результатов их лечения.

106. Пропорции и диспропорции в преимуществах стационарной и амбулаторной помощи пациентам с хроническими ранами

Павлова О.В., Черепанин А.И.

Москва

АПО ФГБУ ФНКЦ

Актуальность. Хронической является рана (ХР), не заживающая более 4-х недель и характеризующаяся длительной инфекцией, реинфекцией, хронической интоксикацией, мультифазным раневым процессом. ХР страдают более 6,5 миллионов людей в мире, в США затраты на лечение ХР достигают 5,5% национального дохода в год. В России статистики по ХР, расходам на их диагностику и лечение нет, отсутствует законодательная и организационно-материальная база по оказанию помощи пациентам с ХР в амбулаторных условиях. Материалы и методы. Проанализированы PubMed, Медлайн, законодательные документы МЗ РФ: приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 922н; от 24 декабря 2012 г. № 1434н и собственный опыт амбулаторного лечения 35 пациентов с ХР в возрасте 50-78 лет, из них 6 мужчин, 29 женщин. Комплексное лечение проводилось как в КДЦ ФНКЦ ФМБА, так и на дому. Группа включала ХР различных нозологий: пролежни в области крестца - 4 пациента, пролежни в области пяток - 2, венозные трофические язвы - 6, трофическая посттравматическая язва голени - 1, трофическая язва Мортарелла - 1, постлучевая ХР промежности - 1, ХР ампутационной культы нижней конечности - 1, трофические нейропатические язвы стоп - 12, артериальные трофические язвы - 7. Все пациенты обследованы по специально разработанному протоколу. Курс лечения индивидуален для каждого пациента в зависимости

от стадии раневого процесса и коморбидного состояния. Регионарно использовался хирургический и ферментативный дебридмент, гелевые влажные повязки, сухая аутоплазма, кондиционная клеточная среда. Обсуждение. В США в 2014 году уже было 129 амбулаторных раневых центров в 32 Штатах, использующих ЭУЗ (ENR transaction), специально предназначенных для лечения и ухода за пациентами с ХР. В настоящее время, в связи с пандемией Sars-cov-2, количество центров увеличилось, что позволило исключить пребывание пациентов в стационарах. В России такой амбулаторной службы нет, а основным документом является лишь приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 922н, согласно которому на базе дневного стационара предусмотрено наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю "хирургия" в стационарных условиях и реабилитации, которые не могут решить всего комплекса проблем пациентов с ХР. Другой приказ МЗ РФ от 24 декабря 2012 г. №1434н предусматривает организацию кабинетов «Диабетическая стопа», в котором предусмотрен лишь однократный прием хирурга, соответственно пациентов с ХР ведут врачи-эндокринологи, в том числе обрабатывая раны. На этапе стационарного хирургического лечения, в основном решаются задачи, связанные с причиной возникновения тех или иных трофических или морфологических нарушений (реконструктивные операции на сосудах, онкологические операции и т.д.), максимальное воздействие на фазу воспаления в области ХР (при гнойных заболеваниях мягких тканей), коррекция коморбидного состояния, но ХР рана за это время не эпителизируется, соответственно тяжесть переносится на хирурга поликлиники, кабинета «Диабетическая стопа», где на прием отводится: в поликлинике - 12 минут, в КДЦ - 30 минут. И даже профиль в системе ЕМИАС «ХР» отсутствует. Выводы. Для преимущественного амбулаторного лечения пациента с ХР после пребывания в стационаре необходимы помимо полного обследования и информации о коморбидном состоянии пациента, полная информация о ХР, подтвержденная (посевом раневого содержимого, гистологическим исследованием раны, УЗИ мягких тканей вокруг раневого дефекта, регионарным лечением и этапам раневого процесса), возможность обратной связи с врачом стационара. Рекомендации. Необходимы: 1. четкие законодательные документы по организации помощи пациентам с ХР любой этиологии; 2. система ЕМИАС по профилю «ХР» для полного информирования врача и всех выполненных манипуляций; 3. организация

специализированных центров по лечению ХР; 4. увеличение времени амбулаторного приёма пациентов с ХР до 20-30 минут и кратности не менее 4 приемов в месяц.

107. Роль чрескожного первичного дренирования в минимально инвазивном хирургическом лечении панкреонекроза

Ремизов С.И., Андреев А.В., Дурлештер В.М., Левченко Г.А.

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2, ФГБОУ ВО "КубГМУ" Минздрава России

Актуальность. В настоящее время применение пункционно-дренирующих методик лечения инфицированного панкреонекроза получает всё большее распространение. Минимально инвазивные технологии обычно используются на первом этапе лечения для удаления патологического экссудата, чтобы отсрочить проведение основного открытого оперативного вмешательства. Использование пункционно-дренирующих вмешательств в качестве единственного метода хирургического лечения вызывает большие сомнения и дискуссии, вследствие чего не уделяется должного внимания деталям первичного дренирования (диаметру, плоскости введения дренажей и т.д.). В связи с этим представляется актуальным определить роль данного вмешательства в комплексе минимально инвазивного хирургического лечения пациентов с панкреонекрозом. Материалы и методы. С 2015 по 2017 гг. в ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара были пролечены 84 пациента с локальным и распространённым гнойно-некротическим парапанкреатитом. Всем больным выполняли чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 39 (46,4%) пациентов, которым было выполнено первичное дренирование дренажами большого диаметра 28-32 Fr без соблюдения принципов планирования доступа, описанных ниже. Локальный парапанкреатит был у 14 (36%), распространённый – у 56 (64%) пациентов. Вторую

группу составили 45 (53,6%) пациентов, которым было выполнено первичное дренирование крупнокалиберными дренажами 28-32 Fr с предварительным планированием первичного доступа, с использованием следующих принципов планирования: подведение дренажей к зоне некроза (при условии его визуализации по данным КТ), расположение их в одной плоскости, соблюдение правила триангуляции. Локальный процесс в этой группе был выявлен у 17 (38%), распространённый – у 28 (62%) пациентов. Дренирование осуществляли по методики Сельдингера с помощью иглы для первичного доступа с последующим бужированием пункционного канала. Эффективность первичного дренирования у пациентов подтверждалась процентом успешно выполненных чресфистульных видеоскопических некрсеквестрэктомий (ВНСЭ). Результаты. В первой группе у 13 (33%) пациентов была применена открытая некрсеквестрэктомия в связи с отсутствием эффекта от минимально инвазивного лечения. У 7 (18%) пациентов удалось избежать открытой некрсеквестрэктомии путём удаления секвестров через инструментальный канал гибкого эндоскопа при проведении оментобурсоскопии и ретроперитонеоскопии, однако это требовало длительного по времени оперативного пособия (68±16 минут в среднем) У 19 (48%) пациентов гнойно-некротический процесс был купирован с помощью промывания полостей через дренажи водными растворами антисептиков каждые шесть часов до появления визуально чистых промывных вод с программированной заменой дренажей один раз в неделю под рентген-контролем. Во второй группе у 34 (76%) пациентов была выполнена успешная ВНСЭ, у 5 (11%) пациентов ВНСЭ не выполнялось в связи с миграцией дренажей; 4 (9%) пациентам в связи с аррозивным кровотечением потребовалось проведение открытого гемостаза. Только у 2 (4%) пациентов была выполнена открытая некрсеквестрэктомия в связи с прогрессированием полиорганной недостаточности и неуверенностью в радикальности санации с помощью применённых минимально инвазивных технологий. Летальность в группах составила: в первой 18,4%, во второй 13,5%. Обсуждение. Первичному дренированию панкреонекроза в нашей клинике уделяется большое значение, так как оно зачастую определяет эффективность применения всего последующего минимально инвазивного лечения. Применение дренирования без соблюдения принципов, ориентированных на перспективы продолжения лечения с использованием минимально инвазивных технологий, позволяет достаточно

эффективно удалять патологический экссудат, однако проведение в последующем некрэксвестрактомии становится довольно затруднительным. Основными принципами первичного дренирования является подведение дренажей к зоне некроза (при условии его визуализации по данным КТ), применение крупнокалиберных дренажей и расположение их в одной плоскости с соблюдением правила триангуляции. Соблюдение вышеуказанных правил позволяет добиться высокого процента (76%) успешно проведённых ВНСЭ. Эффективность санации обуславливается в первую очередь формированием раневых каналов (фистул), направленных непосредственно к зоне некроза и возможностью визуализации всех инструментов при работе ими в патологической полости под визуальным контролем эндоскопа. Выводы и рекомендации. Создание первичных доступов является одним из основных по значимости этапов минимально инвазивного хирургического лечения инфицированного панкреонекроза, позволяющим при соблюдении определенных принципов в подавляющем большинстве случаев добиться успеха при выполнении в последующем ВНСЭ и сузить показания к применению открытого оперативного вмешательства. При планировании первичного доступа можно рекомендовать следующие принципы его применения: подведение дренажей к зоне некроза (при условии его визуализации по данным КТ), применение дренажей крупного калибра и расположение их в одной плоскости, соблюдение правила триангуляции при установке дренажей.

108. Тактика миниинвазивного хирургического лечения гнойно-некротического парапанкреатита

*Ремизов С.И., Андреев А.В., Дурлештер В.М.,
Левченко Г.А.*

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
ФГБОУ ВО "КубГМУ" Минздрава России

Актуальность. Лечение гнойно-некротического парапанкреатита остается актуальной проблемой. Летальность пациентов с данной патологией

достаточно высока и составляет от 30 до 48%. Хирургическое лечение с использованием традиционных открытых оперативных вмешательств не приводит к выраженному снижению послеоперационной летальности, которая достигает 50%, поэтому применение технологий минимально инвазивных вмешательств в лечении пациентов с панкреонекрозом представляется весьма перспективным. Материалы и методы. В Краевой клинической больнице № 2 в период с 2012 по 2017 г. было пролечено 178 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошёл 71 (39,9%) пациент с локальным парапанкреатитом с размерами острого некротического скопления до 10 см, которым производилось дренирование под УЗ-контролем дренажами небольшого диаметра 8-14 Fr. Вторую группу составили 107 (60,1%) пациентов, которым производилось первичное дренирование крупнокалиберными двухпросветными дренажами 28-32 Fr. Локальный парапанкреатит в этой группе был у 42 (39,3%), распространённый – у 65 (60,7%) пациентов. Хирургические минимально инвазивные вмешательства проводились при наличии инфицированных острых некротических скоплений в сальниковой сумке, парапанкреатическом пространстве (согласно клиническим рекомендациям Минздрава России). Противопоказаниями для миниинвазивного лечения были инфильтрат без жидкостного компонента, секвестры без жидкостного компонента, распространённый гнойный перитонит. Результаты. Варианты применения различных способов миниинвазивных вмешательств у пациентов с инфицированным панкреонекрозом заключались в следующем. После визуализации локального парапанкреатита размером до 10 см у нетяжёлых компенсированных больных производилось дренирование под УЗ-контролем дренажами небольшого диаметра 8-14 Fr; при этом продолжалось интенсивное консервативное лечение: активная дезинтоксикационная, эфферентная и антибактериальная терапия. При прогрессировании инфекционного процесса (по результатам клинико-лабораторных и инструментальных данных) применялся этапный режим миниинвазивных вмешательств с заменой на дренажи более крупного диаметра после бужирования раневого канала. Другим вариантом миниинвазивных вмешательств было первичное дренирование крупнокалиберными двухпросветными дренажами 28-32 Fr у пациентов с локальным инфицированным парапанкреатитом при размерах острого

некротического скопления больше 10 см в диаметре; у больных с распространённым парапанкреатитом; у пациентов в тяжёлом состоянии, оцененном по интегральным шкалам, включая больных с полиорганной недостаточностью. Хирургическое лечение сочеталось с традиционной консервативной терапией. Основная задача дренирования крупнокалиберными дренажами заключалась в создании оптимальных условий для оттока экссудата с формированием доступов в сальниковую сумку и забрюшинное пространство для последующего видеоскопически-ассистированного контроля течения патологического процесса и проведения чресфистульных видеоскопических некрсеквестрэктомий. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп осуществлялось промывание дренажей водными растворами антисептиков с интервалом каждые шесть часов до появления чистых промывных вод без детрита. Дальнейшее лечение пациентов в обеих группах заключалось в следующем. При положительной клинико-лабораторной динамике производилась плановая замена дренажей каждые 5-7 суток, целью которой являлась профилактика обтурации дренажей крупными фрагментами секвестров; а также производилась коррекция положения дренажей в полости с помощью рентгенконтрастной верификации их дислокации. Такая тактика была применена у 146 (82%) пациентов. При отрицательной клинико-лабораторной динамике производился КТ и УЗИ контроль для поиска недренируемых затёков и визуализации сформированных секвестров. При распространении гнойного процесса или обнаружении недренируемых затёков производилось дополнительное дренирование или коррекция положения ранее установленных дренажей под рентгенологическим контролем. Дополнительное дренирование было выполнено у 7 (3,9%), коррекция дренажа в полости у 11 (6,2%) пациентов. При визуализации секвестров, плохо разрушающихся при промывании и не отходящих при заменах дренажей, производились чресфистульные видеоскопические некрсеквестрэктомии (ВНСЭ) с использованием гибкого эндоскопа у 32 (45,1%) первой и 65 (60,7%) пациентов второй группы. При положительной клинико-лабораторной, инструментальной, а также оцененной по интегральным шкалам динамике состояния пациентов производилась этапная замена крупнокалиберных дренажей на дренажи меньшего диаметра с целью постепенного уменьшения размеров сформированного канала.

Применение открытого метода оперативного лечения потребовалась у 6 (3,4%) пациентов. Летальность у больных с инфицированным панкреонекрозом составила 13,5 % (24 человека). При анализе структуры летальности было выявлено, что 15 (8,4%) человек умерло от экстраабдоминальной патологии, у 5 (2,8%) пациентов смерть наступила от прогрессирования полиорганной недостаточности, при эффективно санированном гнойно-некротическом очаге; у 4 (2,2%) больных на аутопсии были выявлены не дренированные гнойные затёки, не верифицированные прижизненно. Обсуждение. Использование вышеописанной тактики демонстрирует, что использование тонких дренажей с их этапными заменами при локальном парапанкреатите и широкопросветных дренажей при распространённом парапанкреатите продемонстрировало достаточную эффективность подобного подхода к лечению данной патологии. Дренирование парапанкреатических острых некротических скоплений в сочетании с ВНСЭ в связи со своей малой травматичностью легче переносится пациентами и не уступает по эффективности открытым методам оперативного лечения, что подтверждается сниженными показателями летальности по сравнению с показателями послеоперационной летальности при применении открытых методов лечения, согласно обобщенным литературным данным. При этом небольшой части пациентов все же может понадобиться проведение открытого оперативного вмешательства в случае невозможности произвести полноценное дренирование всех гнойно-некротических очагов с помощью исключительно минимально инвазивных хирургических методов. Выводы и рекомендации. Применение предложенной тактики миниинвазивных вмешательств у пациентов с инфицированным гнойно-некротическим парапанкреатитом позволяет улучшить результаты лечения и снизить летальность по сравнению с открытыми методами хирургического лечения.

109. Краткая история лечения больных перитонитом в России*Горский В.А., Воленко А.В.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Из литературы известно, что существует 4 исторических периода лечения перитонита в России. Началом 1 периода следует считать выполненную А.И.Шмидтом в 1881 г. операцию у больного с установленным диагнозом перитонит. Справедливости ради следует оговориться, что попытки лечения больных перитонитом предпринимались ранее Н.И.Пироговым, П.И.Неммером и др. Однако не будем нарушать традиции и остановимся на этой исторической классификации. Итак, 1 период (конец XIX - начало XX века). После удачной лапаротомии А.И.Шмидта, была опубликована диссертация М.Р.Осмоловского (1890 г.), где приведен подробный анализ 150 случаев лечения перитонита, известных на тот момент. В дальнейшем И.И.Греков (независимо от М.Kirschner) гениально предвосхищает основные этапы оперативного приема, применяемые до сих пор. Однако, выступая на XII съезде Российских хирургов в 1912 г., он с горечью констатировал, что «...моем ли мы полость брюшины, оперируем ли сухо, применяем ли дренажи или тампоны, результат один – несколько выздоровлений и много смертей». В докладе анализировались результаты лечения 758 больных перитонитом с летальностью 49,7%. И это был прекрасный результат, т.к. летальность от перитонита в этот период достигала 60-70%. Во 2 период (20-40-е годы XX века) споров о хирургическом вмешательстве при перитоните уже не было. Но дискутировался ряд моментов оперативного пособия, а именно - промывание брюшной полости и методы дренирования. Так С.И. Спасокукоцкий в 1924 г. впервые предложил зашивать брюшную полость наглухо. Клиники ученых скрестились в спорах о методах санации брюшной полости. Активным противником ее промывания был В.С.Левит. Несмотря на это, успехи в лечении перитонита привели к снижению летальности с 70 до 30-40%. На наш взгляд, наиболее интересными в плане разнообразия тактических подходов и технических методов лечения больных перитонитом являются 3 (50-80 гг) и 4 периоды (последние годы XX века). Ценный литературный материал, посвященный этой проблеме, можно измерять килограммами. Начало эры антибиотикотерапии внушило ложную уверенность

в победе над инфекцией. Однако надежды хирургов довольно быстро потерпели крах из-за развития антибиотикорезистентных штаммов. Так уже в 1958 году на 1 съезде хирургов России после неудовлетворительного анализа результатов применения антибиотиков была подчеркнута необходимость проведения углубленного изучения патогенеза перитонита. В этом контексте следует отметить глубокие философские работы И.В.Давыдовского, позволившие клиницистам глубже понять суть происходящего в организме больного. Изучение микробного пейзажа (В.Ф.Войно-Ясенецкий, В.Я.Шлапоберский, П.Л.Сельцовский, В.Д.Федоров и др.) привело к единому мнению, что перитонит является полимикробным заболеванием. Помимо множества «исследователей-одиночек», внесший свой вклад в разрешение данной проблемы, сформировались серьезные клинические школы – В.С.Савельева, В.И.Стручкова и В.К.Гостищева, Б.К.Шуркалина, Н.Н.Каншина, А.И.Лобакова. «Эра неклостридиальных анаэробов» внесла новые коррективы в методы завершения операции. Были отвергнуты: перитонеальный лаваж из-за быстрого слипчивого процесса, установка многочисленных дренажей в связи с опасностью развития анаэробных флегмон, метод лапаростомии - развитие свищей. Получили обоснование программированные ревизии и санации брюшной полости, начались лапароскопические санации брюшной полости, а затем и первичные лапароскопические вмешательства. Безусловно совершенствовались методы реанимационного пособия, в том числе экстракорпоральные методики и т.д. Конечно, невозможно в столь коротком эссе назвать всех хирургов, внесших свой неоценимый вклад в решение проблемы лечения больных перитонитом. Но мы их должны помнить.

110. Хирургическая тактика при кровотечениях в просвет панкреатокишечного анастомоза после дуоденумсохраняющих резекций поджелудочной железы по поводу хронического панкреатита

Лубянский В.Г., Сероштанов В.В.

Барнаул

ФГБОУ ВО "Алтайский государственный
медицинский университет"

Актуальность. Число больных с хроническим панкреатитом в Мире ежегодно возрастает. Дуоденумсохраняющие резекции поджелудочной железы которые применяются наиболее часто сопряжены с рядом осложнений: несостоятельность панкреатокишечного анастомоза (25%), абсцессы (5%). Существенную долю занимают кровотечения в просвет панкреатокишечного анастомоза от 5 до 9%. Целью работы явилось изучение причин кровотечений после дуоденумсохраняющих резекций и разработка методов профилактики и хирургической коррекции. Материалы и методы. В клинике обследовано 164 больных хроническим панкреатитом. Средний возраст больных достигал 47,5 лет. Все больные обследованы с применением компьютерной томографии с болюсным контрастированием, эндоскопического и ультразвукового интраоперационного исследования, а также клинических и биохимических лабораторных анализов. Полученные результаты. Кровотечения в просвет панкреатокишечного анастомоза в раннем послеоперационном периоде возникло у 14 (8,5%) больных. В клинике кровотечения доминировал симптомокомплекс гемодинамических изменений с появлением мелены. Применение гастродуоденоскопии не принесло дополнительной диагностической информации. Оптимальным явилась катетеризация печеночной или гастродуоденальной артерии с селективным контрастированием сосудистого русла, на котором выявлено выхождение контраста за контуры артерии. У 5 (3%) больных предпринята экстренная катетеризация и эмболизация гастродуоденальной артерии микроэмболами и спиралями в условиях отделения эндоваскулярной хирургии. В 4 случаях достигнут стойкий гемостаз. У 7 (4,3%) больных, которым не представлялось возможным выполнить ангиографию в силу технических особенностей нами предпринята экстренная операция: Релапаротомия, снятие передней губы панкреатокишечного анастомоза, ревизия анастомотической камеры, промывание, гемостаз. С учетом полученных

данных нами предложена технология профилактики кровотечений, которая включает применение клеевого композита на основе криопреципитата плазмы крови, который является донатором фибриногена. При взаимодействии криопреципитата с тромбином возникает гель, которым заполняется анастомотическая камера при наложении анастомоза и который в дальнейшем становится пластическим материалом для фибрирования и ранней эпителизации анастомотической камеры. Эту технологию мы применили у 5 (3%) больных, в двух случаях нами произведено подведение криопреципитата в послеоперационном периоде через оставленный возле анастомотической полости катетер в течение 7 дней. Катетер выводится через отключенную петлю в виде разгрузочной энтеростомы. Выводы. Введение в просвет панкреатокишечного анастомоза в процессе резекции поджелудочной железы криопреципитата плазмы в сочетании с тромбином приводит к формированию устойчивого гемостаза и ранней эпителизации в анастомотической камере. В случаях неустойчивого гемостаза в отдаленном периоде возможна катетеризация области панкреатокишечного анастомоза через выключенную тонкокишечную петлю с последующим подведением криопреципитата плазмы и тромбина в течении 7 дней.

111. Проблема хронической артериальной недостаточности в постковидном периоде

Низамов Ф.Х. Шнейдер В.Э., Соколова В.В.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский государственный
медицинский университет МЗ РФ

Актуальность. Постковидный период, как установлено многочисленными исследованиями, богат обострениями и нарушениями или более выраженными проявлениями функций ранее пораженных органов. До недавнего времени считалось, что мишенью в постковидном периоде также остаются дыхательная и сердечно-сосудистая системы. Однако, накапливающийся опыт показывает, что происходит поражение многих

органов, либо обострение и возрастание степени функциональных нарушений со стороны и других органов. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ клинических проявлений у 35 больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК), перенесших ковидинфекцию средней и тяжелой форм, пролеченных в стационаре. Длительность основного заболевания с проявлениями хронической артериальной недостаточности (ХАН) 1 – 2А степени (в исследование брались больные именно с такой степенью – то есть, без наличия показаний к оперативному восстановлению притока крови к конечностям) составлял от 5 до 15 лет. Полученные результаты. Степень поражения легочной ткани во время болезни ковидинфекцией, по данным компьютерной томографии, составлял 43-67%. Все они обратились в связи нарастанием синдрома перемежающейся хромоты, усилением болевого синдрома, устойчивым чувством утомляемости и зябкости стоп через 5-7 месяцев после клинического выздоровления и отрицательного результата ПЦР. Все они состояли на диспансерном учете, проходили профилактическое лечение, постоянно получали препараты - статины, антитромбоцитарную комплексную терапию. Основными жалобами были: уменьшение расстояния безболевого ходьбы, которая составляла немногим больше 200 метров, более частыми стали приступы перемежающейся хромоты, появление нудной, почти постоянной боли в мышцах голени, бедер, реже в ягодичной области, что связано с уровнем локализации атеросклеротической бляшки. Следует отметить, что 85% из них имели сопутствующие заболевания в виде ИБС, артериальной гипертонии до 170/90 мм рт. ст.), сахарного диабета и получали адекватное лечение по этим нозологиям. При объективном исследовании обращало на себя внимание показатели артериального давления до 150-160/100-90 мм рт.ст., несмотря на гипотензивное лечение. Пульсация периферических артерий было ослаблена, в 35% не определялось. Со стороны лабораторных показателей характерными были повышение активности показателей свертывающей системы крови – ПТИ - более 120%, МНО – более 3,7, содержание фибриногена также оказывался повышенным. При ультразвуковом ангиосканировании (УЗАС) закономерно выявлялись признаки спазма как магистральных артерий конечностей, так и их ветвей первого и второго порядка. Вместе с тем, размеры атеросклеротических бляшек оставались практически на прежнем уровне. Сохранялся

магистральный тип кровотока. Обсуждение. В постковидном периоде закономерно ухудшается состояние больных с ХОЗАНК, даже при относительно благоприятном его течении до заболевания. Уменьшение расстояния безболевого ходьбы, появление болей можно объяснить сопутствующим поражением как органов дыхания, так и самого сердца. Фибропневмосклероз и сердечная недостаточность на фоне повышенного артериального давления не могут обеспечить в адекватной степени периферическое артериальное кровообращение. Следствие этого – нарастание гипоксических процессов в тканях. Вывод. Постковидный синдром, возникающий после перенесенной вирусной инфекции обостряет и приводит к возрастанию степени нарушений функций пораженных органов, в том числе при ХОЗАНК, что требует индивидуального подхода к коррекции нарушенного кровоснабжения конечностей. Все заболевания в этом периоде следует рассматривать как основные, требующие активной терапии. Рекомендации. Лечебные мероприятия при этом должны быть мультидисциплинарными, совместно со смежными специалистами.

112. Кровосберегающие методики при выполнении резекций печени

*Праздников Э.Н., Трандофилов М.М.,
Шевченко В.П., Доспехов Д.Г., Вахромкин В.С.*

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России

Актуальность: на современном этапе при выполнении резекций печени одними из основных проблем являются профилактика интраоперационной кровопотери и послеоперационных осложнений. Снижение уровня кровопотери возможно за счет использования современного оборудования. Материалы и методы: за период с 2008 по 2021 гг., в исследование включено 156 больных (65(39%) больных с первичным раком печени и 91(61%) больной с метастатическим поражением печени), которым были выполнены обширные резекции печени (три и

более сегментов). Пациенты были распределены на две группы по возможностям диссекции печеночной паренхимы. В первой группе использовали преимущественно зажимы, электрокоагулятор и гармонический скальпель. Во второй группе – высокотехнологичные методы резекции, к которым относили УЗ-диссекторы, УЗ-скальпель, аргон-плазменный коагулятор, УЗ-деструктор аспиратор, систему THUNDERBEAT, СВЧ деструктор, Cell Saver. В исследовании оценивался объем кровопотери, по величине кровопотери (Американская коллегия хирургов [Henry S., 2018]), специфические и неспецифические послеоперационные осложнения, развитие печеночной недостаточности, выполнение маневра Прингла, время нахождения в реанимации, общий срок пребывания пациента в стационаре, лабораторные показатели (средний уровень гемоглобина, эритроцитов, уровень лейкоцитов, билирубина, альбуминов). Результаты: в результате такого подхода нам удалось снизить объем интраоперационной кровопотери, сократить количество послеоперационных осложнений и уменьшить время пребывания в реанимации и общий койко-день во 2 группе по сравнению с 1 группой. Выводы: в результате проведенных исследований было выявлено, что методы диссекции паренхимы оказывали существенное влияние на величину кровопотери при использовании высокотехнологичных методов. Использование современных методов диссекции позволяет значительно снизить риск интра- и послеоперационных осложнений при сохранении радикальности, а также сократить количество койко-дней при госпитализации.

113. Опыт выполнения пластики кожных дефектов с использованием свободного перфорированного кожного лоскута у пациентов со смешанной патологией

Степанюк А.А., Степанюк А.Ф.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Пластическое закрытие кожных дефектов различной локализации свободным перфорированным кожным лоскутом занимает особое место в современной хирургии. Преимуществами данного метода лечения является малая травматичность, дешевизна, простота выполнения. Данный метод лечения не нуждается в сложных видах обезболивания, не причиняет серьезного ущерба донорскому участку. Материал и методы. На базе отделения гнойной хирургии УЗ «Могилевская городская больница СМП» за период 2018-2021 гг. было выполнено закрытие кожных дефектов с использованием свободного перфорированного кожного лоскута у 45 пациентов. Размер кожного дефекта составлял от 2,5 до 15 см. Из них женщин было 32 (71,1%) пациента, мужчин 13 (28,9%). Возраст пациентов – от 28 до 76 лет. У 20 (44,5%) пациентов кожные дефекты формировались на фоне облитерирующего заболевания сосудов нижних конечностей, у 13 (28,9%) – на фоне диабетического поражения сосудов, у 8 (17,8%) – после оперативных вмешательств, при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки и у 4 (8,9%) после перенесенных травм. Выполнение пластического закрытия кожного дефекта выполнялось после очищения раны и появления сочных грануляций. С передне-боковой поверхности бедра на стороне кожного дефекта, после предварительной инфильтрации кожи раствором лидокаина, производился забор скальпелем кожного лоскута с подкожно-жировой клетчаткой. Дефект ушивался узловыми швами. Края и дно раневого дефекта освежались, иссекались по краям раны рубцовые дефекты. С донорского лоскута удалялась вся подкожно-жировая клетчатка, лоскут перфорировался при помощи скальпеля, укладывался на кожный дефект, фиксировался узловыми кетгутowymi швами к краям кожного дефекта. На донорский лоскут укладывались шарики, смоченные водным раствором хлоргексидина, и туго бинтовались. Перевязку производят на следующий день. Полученные результаты: У всех пациентов кожные

лоскуты приживались в среднем на 7-10 день. Швы с донорского участка снимались на 8-10 день. Осложнений после операций не было. Обсуждение: После применения данного метода лечения у пациентов не оставалось грубых рубцов в месте забора кожного лоскута как после использования дерматома (ножа Уотсона). Выводы и рекомендации. Использование данного метода лечения позволило закрыть кожные дефекты без использования дорогостоящего оборудования, уменьшить сроки нахождения пациента в стационаре.

114. Особенности лечения венозных трофических язв с помощью аутоплазменной терапии

Плечева Д.В., Ягудин Т.А., Плечева В.В.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. На сегодняшний день трофические язвы венозной этиологии являются актуальной проблемой, выявляющейся у взрослого населения индустриально развитых стран. Анализ статистических данных показал, что количество больных, имевших в анамнезе или страдающих в настоящее время хроническими язвами нижних конечностей, достигает не менее 6% популяции. Учитывая прогресс в диагностике и лечении заболеваний вен нижних конечностей, распространённость трофических язв венозного генеза остаётся постоянной, а лечение до настоящего времени составляет одну из актуальных проблем хирургии. Патогенетический механизм представлен динамической венозной гипертензией, венозным отёком и микроциркуляторными нарушениями с развитием микроангиопатии, а также молекулярно-клеточными механизмами (макрофагальные реакции, активация металлопротеиназ и др.). Многочисленные проведённые нами исследования показали, что принципиально новым и перспективным направлением в лечении венозных трофических язв является применение аутоплазмы, содержащей факторы роста, избирательно воздействующие на тот или иной компонент

соединительной ткани. Главную роль занимает воздействие активных компонентов тромбоцитов. Доказано, что тромбоциты содержат различные белки, цитокины, ряд биоактивных факторов, которые стимулируют и регулируют основные звенья заживления ран. Материалы и методы. Работа была выполнена в условиях поликлиники. Нами были пролечены пациенты с венозными трофическими язвами (С6 по классификации CEAP), II-III степени, средние по площади от 5-20 см². Возраст пациентов варьировался от 45 до 75 лет. Трофические язвы на фоне варикозной болезни включали - 29 пациентов. Трофические язвы на фоне посттромботической болезни - 31 пациентов. Комплексное консервативное лечение включало в себя: - приём флеботропных лекарственных препаратов по схеме 1000 мг в сутки в течении 4 месяцев - компрессионная терапия: компрессионный трикотаж II-III класса компрессии. - местное лечение заключалось в аутоплазменной терапии язвенного дефекта. Особенностью является то, что при данной методике используется собственный биологический материал пациента, который обеспечивает полную биосовместимость и исключает аллергические реакции. Методика. В основе методики лежит использование инъекционной формы тромбоцитарной аутоплазмы крови. У пациента осуществлялся забор венозной крови в целях получения богатой тромбоцитами плазмы, далее кровь в специализированной вакуумной пробирке помещалась в центрифугу, в которой она разделялась на три фракции: бедная тромбоцитами плазма, богатая тромбоцитами плазма и эритроциты. Для лечения используется наиболее обогащённая активированными тромбоцитами плазма. Процесс разделения крови на фракции автоматизирован и занимал около 5 минут на 3000 об/мин. Полученная плазма вводилась по периметру язвенного дефекта, далее применялась губчатая повязка пропитанная плазмой, которую располагали в полость язвы и создавалась компрессия. Данная процедура проводилась 1 раз в неделю. После второй процедуры наблюдалось сокращения язвенного дефекта по площади и глубине язвы. Снизилась болевая чувствительность и отёк. В среднем сроки полного заживления язвы в зависимости от площади поражения варьировали от 3 до 8 недель. Результаты и обсуждение. После первой процедуры язва очищается, рана приобретает розовый цвет, уменьшается отёк окружающих тканей, появляется краевая эпителизация. Применение аутоплазмы показало, что уже после проведения второй процедуры отмечается положительная динамика в лечении.

После двух процедур появляются отчётливые грануляции в виде отдельных участков, которые распространяются к поверхности в виде молодого эпидермиса. Через три недели в области трофической язвы хорошо выявляется покровный эпителий, местами с выраженными явлениями пролиферации и образованием сосочков. Выводы. Представленная методика лечения венозных трофических язв отмечает удовлетворительные отдалённые результаты. Аутоплазменная терапия позволяет улучшить качество жизни пациентов.

115.К вопросу о профилактике образования инцизионных вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением

*Галимов О.В., Ханов В.О., Минигалин Д.М.,
Галимов Д.О., Насырова К.В., Вагизова Г.И*

Уфа

Башгосмедуниверситет

Актуальность. Инцизионные грыжи являются распространенным осложнением операций на органах брюшной полости и могут оказывать значительное негативное влияние на качество жизни. Реконструктивные вмешательства могут быть сложным, со значительной сопутствующей заболеваемостью, а частота рецидивов может достигать 10-30%. Поэтому крайне важно, чтобы основное внимание было уделено профилактике этого хирургического осложнения. Недавние исследования показали уменьшение послеоперационных грыж, когда сетка помещается профилактически во время закрытия брюшной полости при плановых лапаротомиях. Цель исследования - предупреждение развития послеоперационных вентральных грыж посредством превентивной пластики брюшной стенки полипропиленовым сетчатым эндопротезом во время операций у больных с избыточной массой тела и ожирением. Материалы и методы. На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета были прооперированы 24 пациента с избыточной массой тела и ожирением, у которых были выявлены послеоперационные вентральные грыжи, возникшие после выполнения

лапароскопических вмешательств. Подавляющее большинство пациентов были женщины - 19 (79,2%), мужчин было 5 (20,8%), все больные в возрасте от 33 до 70 лет. Результаты и обсуждение. В процессе проведенного ретроспективного анализа выяснено, что наибольшее число больных с послеоперационными вентральными грыжами составляет группа больных - 18 человек (75%), которым ранее производилась лапароскопическая холецистэктомия. У 4 пациенток в анамнезе были гинекологические операции, у 2 - диагностическая лапароскопия. Появление грыжевого выпячивания отмечено в сроке от 2 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 1,5x1,5см до 5,5x5,5см. Избыточная масса тела и морбидное ожирение (ИМТ>30%) имело место у 19 пациентов (79,2%). При использовании стандартной техники ушивания троакарных ран у тучных больных зачастую не происходит соблюдение одного из важнейших условий – сопоставления однородных тканей, вследствие чего максимальная прочность соединения отсутствует. Это связано с неудобством манипуляции в ране при ее ушивании: малой площадью и большой глубиной раны, неадекватным визуальным контролем со стороны раны. Нами применяется способ профилактики троакарных грыж, суть которого заключается в следующем. Извлечение желчного пузыря производится обычно с помощью ранорасширителя из трансумбиликальной точки. Из полипропиленовой сетки выкраивается круглый эксплантат, диаметром 2,5–3 см, который укладывается поверх апоневроза и фиксируется к нему 2-3 швами. После чего проводят ушивание кожи. Способ применен у пациентов с избыточной и глубокой подкожной клетчаткой. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Послеоперационные раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. При обследовании в отдаленном периоде (до 10 лет после проведенного оперативного вмешательства) ни в одном случае не обнаружено образования троакарной грыжи. Выводы. Оценка в качестве профилактики образования послеоперационных вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением и превентивное эндопротезирование передней брюшной стенки у них позволит снизить заболеваемость послеоперационными вентральными грыжами и улучшить результаты лечения у этой категории больных.

116. Сравнительная характеристика кровоостанавливающих жгутов ленточного типа отечественного производства

Логинов В.И., Перетокин В.А., Хугаев Л.А.

Нижний Новгород

ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ

Актуальность. Наиболее часто на месте получения ранения, при наличии наружного кровотечения, используется кровоостанавливающий жгут. Анализ случаев использования жгута при оказании первой помощи выявил значительный процент применения его не по показаниям или грубые нарушения правил его наложения. Данные обстоятельства обусловлены не только недостаточными знаниями лиц, оказывающих помощь, их низким опытом и недостатками в организации помощи раненым и пострадавшим, но и тактико-техническими характеристиками используемых жгутов, которые, при казалось бы хороших технических условиях изготовления и достоинствах в описании изобретений, в производимом варианте вызывают неудовлетворённость при использовании. Несмотря на проблемы применения кровоостанавливающего жгута, в условиях боевых действий этот метод остановки наружного кровотечения сохраняет своё значение при оказании само- и взаимопомощи на поле боя. Цель исследования. Изучить в эксперименте физические характеристики и эффективность применения кровоостанавливающих жгутов ленточного типа различных производителей с выбором оптимального варианта. Материалы и методы. В соответствии с целью и задачами работа носит экспериментальный характер. Были проведены исследования, позволяющие оценить тактико-технические характеристики и физические особенности, эффективность и возможности различных образцов ленточных жгутов отечественного производства. Два из них: жгут Эсмарха и жгут «Альфа» (оба производятся ООО «Альфа-пластик») стоят на снабжении Вооружённых Сил Российской Федерации, третий – «Эластичный лента-жгут кровоостанавливающий» длиной 120 см (далее ЭЛЖК-ЗР-120) (производитель ООО «СпецКомплект Северо-Запад» (г. Санкт-Петербург). Работы выполнены на 30 образцах жгута Эсмарха, 30 жгутах типа «Альфа» и 15 жгутах «ЭЛЖК-ЗР-120». Все жгуты 2019 года выпуска, до начала эксперимента не использовались, хранились в полимерной упаковке в одинаковых условиях при температуре от 150С до 250С. При выполнении исследований

применялись следующие методики: 1) определение участков жгута наиболее часто подвергающихся разрыву при растяжении. 2) изучение силы трения покоя первого тура; 3) изучение силы растяжимости жгута с помощью рук; 4) определение предела растяжимости; 5) исследование возможности использования жгута после нарушения целостности жгута (исследование проводилось после полного срединного поперечного разрыва жгута); 6) определение средней скорости наложения жгута при само- и взаимопомощи на верхние и нижние конечности путём; 7) констатация эффективности наложения первого тура. Результаты и обсуждение. На основании выполненных нами экспериментальных исследований по изучению образцов кровоостанавливающих жгутов были получены следующие результаты. 1. Сила трения покоя первого тура не влияет на скорость наложения жгута, но изменяется под воздействием внешних факторов и может оказывать влияние на предотвращение резкого (неконтролируемого) ослабления кровоостанавливающего жгута при его контроле в процессе эвакуации. 2. Наименее эластичным является жгут «Альфа», что в сочетании с низкой силой растяжимости до разрыва приводит к частым поперечным разрывам данного жгута и невозможности его использования после указанного повреждения. 3. Жгут Эсмарха возможно использовать после поперечных разрывов, как на верхних, так и на нижних конечностях в любой форме одежды. 4. Сила растяжимости до разрыва у «ЭЛЖК-ЗР-120» превышает 300 Ньютон, что делает невозможным его разрыв с помощью рук и позволяет использовать, не опасаясь повреждений, как при тренировках, так и в практическом применении. 5. Возникновение трудностей при остановке кровотечений в зимнее время связано с внешним объёмом одежды, и в данной ситуации большая длина жгута и высокая эластичность играют отрицательную роль. Выводы. 1. По всем изученным параметрам, оптимальным жгутом для использования в тренировочном процессе и в практической деятельности является жгут «ЭЛЖК-ЗР-120». 2. Жгут «Альфа» уступает жгуту Эсмарха и «ЭЛЖК-ЗР-120» практически по всем изученным параметрам, что вызывает дополнительные вопросы для его дальнейшего применения в практической деятельности.

117. Особенности лечения пострадавших с политравмой при наличии обширной отслойки кожи с подкожной жировой клетчаткой

*Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Демко А.Е.,
Гаврищук Я.В., Бесаев Г.М., Есеноков А.А.,
Рutowич Н.В.*

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Военно-медицинская
академия им. С.М. Кирова

Актуальность. По данным различных авторов, травматическая отслойка кожи встречается у 1-4% пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Неадекватные диагностика и лечение обширных травматических отслоек кожи приводят к некрозу больших площадей кожного покрова, нагноениям и сепсису. Лечение пострадавших с травматической отслойкой кожи представляет определенные трудности, так как отсутствует единый подход к выбору способа лечения, что влечёт за собой ряд тактических и лечебных ошибок. В связи с этим целью работы стали разработка алгоритма лечения травматической отслойки кожи у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и оценка его эффективности. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 96 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и травматической отслойкой кожи, поступивших в травмоцентры первого уровня (СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова) за период с 2013 по 2018 гг. Травмы были получены в результате ДТП 83 (86,5%) пострадавшими, на производстве – 8 (8,3%), при падении с высоты - 5 (5,2%). Возраст пациентов составлял от 18 до 60 лет. Мужчин - 61, женщин – 38. Тяжесть повреждения по шкале ISS составила $23,6 \pm 7,1$ баллов. Травматическую отслойку кожи наблюдали в области нижних конечностей у 79 (82,3%), таза - 10 (10,4%), верхних конечностей - 7 (7,3%) пострадавших. Ограниченная отслойка кожи (до 200 см²) диагностирована в 52 (54,2%), обширная – в 44 (45,8%) наблюдениях. Циркулярный характер отслойки кожи имелся у 41 (42,7%) пациентов. Первичную хирургическую обработку ран без кровотечения и обширного загрязнения отслоенных тканей производили в отсроченном порядке в течение первых суток после устранения последствий жизнеугрожающих и доминирующих повреждений и стабилизации витальных функций. Пострадавших с продолжающимся кровотечением в

области отслойки оперировали в неотложном порядке. В таких случаях вмешательство расценивалось как одно из важных противошоковых мероприятий. До выведения из шока при отсутствии признаков такого кровотечения использовали тугое бинтование и другие приемы временной компрессии отслойки. При ограниченных по площади (до 200 см²) отслойках кожи без сопутствующих переломов костей травмированной области, выполняли небольшой разрез по нижнему краю отслоенного лоскута, проводили ревизию полости отслойки кожи с подшиванием лоскута к подлежащим тканям и дренированием. При наличии переломов костей поврежденный сегмент фиксировали аппаратом внешней фиксации с последующей хирургической обработкой и дренированием отслоенного лоскута. При обширных отслойках (более 200 см²) выполняли пластику по В.К. Красовитову. Кожный лоскут по границе с неповрежденными тканями частично отсекали. Проводили хирургическую обработку раневой поверхности с обязательным удалением инородных тел, подкожной жировой клетчатки, нежизнеспособных участков фасций, мышц, а также свободно лежащих костных отломков, выполняли гемостаз. Лоскут очищали от подкожно жировой клетчатки, размозженные края экономно иссекали, перфорировали аппаратным или ручным способом. После этого укладывали на раневую поверхность и подшивали отдельными узловыми швами к дну раны. Травмированный сегмент даже при отсутствии переломов костей иммобилизовали аппаратом внешней фиксации. Данный алгоритм лечения применяли у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, имевших отслойку кожи в области конечностей. При травматической отслойке тканей в области туловища вне зависимости от площади выполняли дренирование ран. В наших наблюдениях некрозов отслоенных закрытых лоскутов кожи данной локализации не было. При открытых повреждениях в сочетании с тяжелыми ушибами, как правило, наступал краевой некроз свободного края лоскута кожи. Средний срок стационарного лечения составил $32,6 \pm 13,5$ суток. У 9 из 44 пострадавших с обширной отслойкой кожи нижних конечностей развился некроз кожного лоскута. В 5 наблюдениях причиной было выполнение первичной хирургической обработки без аутодермопластики, в 4 наблюдениях – ушибы и размозжения тканей. Срок стационарного лечения таких пострадавших удлинялся в среднем на 7-10 суток из-за развившихся инфекционных осложнений и необходимости выполнения этапных хирургических вмешательств. Умерших по причине некроза или

нагноения мягких тканей в области отслоек кожи и подкожной жировой клетчатки не было.

118. Пластика пищеводного отверстия диафрагмы с учетом индивидуальных особенностей пациентов

*Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.,
Галашокиан К.М., Ендоренко К.В.*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. В настоящее время разработано более 100 методов оперативных вмешательств, направленных на лечение пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Несмотря на это, рецидивы заболевания отмечаются достаточно часто, а в раннем и позднем послеоперационных периодах встречается немало количество осложнений, к которым можно отнести: явления дисфагии, миграцию фундопликационной манжетки, «соскользнувший Ниссен», феномен телескопа и ряд серьезных осложнений, связанных с нахождением сетчатого имплантата в брюшной полости и его контакта с органами желудочно-кишечного тракта. В связи с чем, вопрос о пластике пищеводного отверстия диафрагмы, которая была бы максимально надежной и в тоже время безопасной, остается открытым. Материал и методы. Мы представляем результаты малоинвазивного хирургического лечения 197 больных с осложненными формами ГПОД. У данных пациентов были диагностированы такие осложнения как: ГЭРБ, метаплазии слизистой оболочки пищевода, эрозии и пептическая стриктура. На основании проведенных нами ранее анатомических исследований пациенты были распределены по типу телосложения: мезоморфный – 105 (53,3%), брахиоморфный – 60 (30,5%), долихоморфный – 32 (16,2%). Используя формулу Granderath и соавт. (2007) в зависимости от размеров площади поверхности пищеводного отверстия диафрагмы были выделены следующие ГПОД: малые - 52 (26,4%), большие – 115 (58,4%), гигантские – 30 (15,2%). Возраст пациентов

колебался от 17 до 76 лет. Основываясь на проведенные нами анатомические, диагностические и клинические исследования, мы разработали алгоритм и способ пластики пищеводного отверстия диафрагмы с использованием сетчатого имплантата, устанавливаемого в заднее средостение. Полученные результаты. Проведенные анатомические исследования показали, что начиная со II зрелого возрастного периода у людей брахиморфного типа телосложения происходит выраженное снижение околопищеводной клетчатки в области пищеводного отверстия диафрагмы, что способствует развитию ГПОД. В связи с этим, у данной группы больных для укрепления зоны пластики дефекта пищеводного отверстия диафрагмы нами устанавливался сетчатый имплантат в заднее средостение. Показаниями к установке сетчатого имплантата по разработанной методике мы считаем: гигантские грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 28 (14,2%) случаев, пациенты брахиморфного типа телосложения II зрелого и пожилого возрастных периодов с большими грыжами 19 (9,6%) случаев и выраженными атрофическими изменениями мышечных тканей зоны пищеводного отверстия диафрагмы. У пациентов с установленными имплантатами в заднем средостении осложнений, связанных с контактом имплантата с полыми органами, отмечено не было. Рецидивов ГПОД в отдаленном послеоперационном периоде не было отмечено. Согласно шкале GERD-HRQL проведена оценка отдаленных результатов (через 3 года) у 131 пациента: хорошие результаты лечения у 114 пациентов (87%), удовлетворительные - 15 (11,5%), неудовлетворительные – 2 (1,5%). Обсуждение. В то время как лапароскопические технологии стали “золотым стандартом” в лечении ГПОД, существуют разногласия по поводу пластики пищеводного отверстия диафрагмы. Чтобы снизить риск рецидива, особенно при больших и гигантских грыжах, было предложено восстановление хиатального отверстия с использованием сетчатого имплантата. Однако, использование сетчатых имплантатов должно быть обосновано и строго по показаниям, а также необходимо свести к минимуму риск осложнений и других неблагоприятных исходов. Выводы. При выборе метода пластики дефекта пищеводного отверстия диафрагмы необходимо учитывать размеры ГПОД и имеющиеся анатомические изменения данной зоны в зависимости от возраста и типа телосложения. Использование сетчатого имплантата, устанавливаемого в заднее средостение, необходимо пациентам с гигантскими

грыжами пищеводного отверстия диафрагмы при всех типах телосложения, а при больших ГПОД пациентам II зрелого и пожилого возрастов с брахиморфным типом телосложения.

119. Выбор метода хирургического лечения хронического геморроя

*Непомнящая С.Л. (1 2), Погосян Г.Н. (1 2),
Коробицына А.М. (1), Щербаков И.Е. (1),
Кучерова Е.В. (1), Давлетшина В.В. (1)*

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский государственный университет. Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И.Пирогова, 2) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

Актуальность. Современный образ жизни, особенности питания, снижение двигательной активности приводят к росту заболеваемости геморроем и снижению среднего возраста заболевших. Большинство пациентов трудоспособного возраста крайне заинтересованы в максимально быстрой реабилитации и возвращению к трудовой деятельности. Цель. Оценка результатов различных методов хирургического лечения геморроидальной болезни, выбор оптимального метода лечения для снижения сроков послеоперационной реабилитации. Материалы и методы. За последние 8 лет (2013-2021 гг.) в нашей клинике хирургическое лечение было выполнено 716 больным хроническим геморроем, из них 229 пролечены в 2021 году. Всего было 335 мужчин (46,7%) и 381 женщина (53,3%) в возрасте от 18 до 78 лет. Средний возраст — 41,2 года. Большая часть пациентов приходилась на возрастные группы 31 - 40 и 41 - 50 лет, 29,9% и 26,5%. Основными методами хирургического лечения в нашей клинике являются: геморроидэктомия (традиционным способом или с использованием аппарата LigaSure), дезартериализация геморроидальных узлов под УЗ-доплерографическим контролем с лифтингом и мукопексией (методика HAL-RAR) в изолированном варианте или в сочетании с удалением выпадающего узла или с иссечением трещины,

выполняемые в условиях стационара, и лазерная коагуляция геморроидальных узлов, которая с 2019 г. выполняется в нашем центре амбулаторной хирургии и также может сочетаться с другими вмешательствами. Результаты. Показанием к хирургическому лечению больных в условиях центра амбулаторной хирургии являлось: наличие хронического геморроя 2-3 ст; симптомного геморроя 1 ст, не поддающегося консервативному лечению; сочетание хронического геморроя и других заболеваний анального канала (анальной трещины, полипа анального канала). В течение 2021 года амбулаторно по поводу хронического геморроя выполнены операции 109 пациентам (49,3% от общего числа пролеченных больных). 51 пациенту была выполнена геморроидэктомия (с применением аппарата LigaSure или традиционная по Миллигану-Моргану с использованием монополярной электрокоагуляции), 56 - лазерная коагуляция геморроидальных узлов. В 37 случаях лазерная коагуляция внутренних узлов сочеталась с иссечением наружных геморроидальных узлов. Оперативное лечение выполнялось под общей анестезией, дополнительно выполнялась местная анестезия раствором Ропивакаина 7.5%. В послеоперационном периоде пациенты находились под наблюдением в течении 1.5-4 часов, после чего выписывались на амбулаторное лечение. Назначали НПВС, флеботоники, а также местное лечение в виде свечей и мазей. Через неделю болевой синдром по ВАШ составлял 1.2+-1.1 в покое, 3.5+-1.7 при дефекации. Показанием к лечению больных в условиях стационара являлось наличие геморроя III-IV степени, сочетание геморроя с трещиной или свищом или наличие сопутствующей патологии, требующей стационарного наблюдения за пациентом. За 2021 г. в стационаре хирургическое лечение проведено у 112 больных (50,7%). В 68 случаях выполнена геморроидэктомия, в том числе традиционная по Миллигану-Моргану и с использованием аппарата LigaSure, и в 44 дезартериализация геморроидальных артерий под УЗ-контролем, в том числе у 27 дополненная удалением выпадающего узла. Оперативное лечение выполнялось под общей или спинальной анестезией. Продолжительность операции составляла от 17 до 80 минут (43,2+-3,8 мин). Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купировали назначением НПВС в 1-2 сутки. Средняя продолжительность госпитализации составила 2,2 дня. В дальнейшем пациенты продолжали лечение амбулаторно. Сроки амбулаторного лечения до восстановления трудоспособности составляли от 1 до 15 дней для пациентов, прооперированных с использованием

лазерных технологий, от 9 до 34 дней для пациентов, перенесших геморроидэктомию. У одного пациента после геморроидэктомии аппаратом LigaSure послеоперационный период осложнился формированием длительно незаживающей раны (более 7 месяцев). Заключение. Наличие в одном учреждении широкого спектра современных методов лечения (лигирующих инструментов, аппаратов для дезартериализации геморроидальных узлов, лазерной коагуляции и других), позволяет реализовать индивидуальный подход к пациентам и добиться хорошего отдаленного результата, не увеличивая срок пребывания в стационаре и длительность реабилитационного периода.

120. Эндоскопическая диагностика ишемического колита, как возможность профилактики острого нарушения мезентериального кровообращения

*Сухаруков А.С. (1), Нарезкин Д.В. (1),
Безалтынных А.А. (1), Сергеев А.В. (1,2),
Кирсов П.П. (2)*

Смоленск

1) СГМУ, 2) КБСМП

Актуальность. С нарушением мезентериального кровообращения могут встретиться специалисты различного профиля: общие и сосудистые хирурги, терапевты, врачи общей врачебной практики, гастроэнтерологи, кардиологи. Неправильная постановка диагноза, а значит и потеря времени может привести к возникновению «абдоминальной катастрофы». Как правило, хроническое нарушение мезентериального кровообращения встречается у полиморбидных пациентов, имеющих многочисленные конкурирующие заболевания. В терапевтических и гастроэнтерологических стационарах синдром хронической мезентериальной ишемии встречается у 3,2% пациентов. Цель. Анализ клинической картины хронического ишемического колита, его раннее выявление с целью предотвращения развития «абдоминальной катастрофы». Материалы и методы исследования. Данное исследование является проспективным. Исследованию подверглось 109 (100%) больных. Гендерная

распределение следующее: мужчин - 43 (39,45%) женщин - 66 (60,55%). Средний возраст больных был следующим: $76,3 \pm 8,7$ (от 67 до 85 лет). Эта группа пациентов поступила в хирургический стационар с подозрением на острое хирургическое заболевание, в процессе обследования ургентная хирургическая патология была исключена, было заподозрено хроническое нарушение мезентериального кровообращения и проведено комплексное обследование на наличие последнего. Больные предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в животе, носящие не постоянный характер. Все исследованные больные имели выраженную сопутствующую патологию. В первую тройку входили заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность). При анализе лабораторных показателей крови выявлена четкая тенденция к нарушению липидного спектра крови, в пользу липопротеидов низкой и очень низкой плотности, а так же увеличению уровня холестерина. Всем больным этой группы также была выполнена видеокколоноскопия, на которой отмечены признаки ишемической колопатии: воспалительные явления слизистого слоя, множественные субэпителиальные геморрагии (местами сливающихся в виде обширных полей), и множество очагов подслизистых гематом ярко малинового цвета различного диаметра и очагами резко выраженной инфильтрации в подслизистом слое различного диаметра. Имели место также патогномичные симптомы - множественные округлые участки с сохранённой слизистой (с-м «Мишени»). Из всех выявленных случаев ишемического колита у 26 (23,85%) картина ишемического поражения толстой кишки локализовалась преимущественно в левых отделах, что может свидетельствовать о поражении в бассейне нижней брыжеечной артерии, у 64 (58,72%) патологический процесс локализовался преимущественно в правых отделах толстой кишки, что можно трактовать как поражение сосудистого русла в бассейне верхней брыжеечной артерии, а у 19 (17,43%) имело место тотальное поражение толстой кишки. Данная картина была подтверждена морфологически: наличие слизистой толстокишечного типа с лимфоцитарной инфильтрацией, пышными вытянутыми железами, высланными гипермукоидным эпителием, кровоизлияниями в собственной пластинке слизистой; и с небольшим количеством гранулоцитов, более выраженный склероз, очагово – отложение пигмента коричневого цвета, железы в таких участках более мелкие, с регенераторными

изменениями. Заключение. По своим эндоскопическим признакам ишемический колит схож с другими воспалительными заболеваниями кишечника, поэтому лечащим врачом должен тщательно собираться и анализироваться анамнез заболевания. Полученная при эндоскопическом исследовании информация должна послужить поводом к дальнейшему, более тщательному и полному исследованию мезентериального сосудистого русла.

121. Усовершенствованная методика пилородуоденопластики при перфоративных и стенозирующих пилородуоденальных язвах

*Василенко Л.И., Борота А.В., Полунин Г.Е.,
Луценко Ю.Г., Гюльмамедов В.А.*

Донецк

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Проблема эффективного лечения больных с перфоративными и стенозирующими пилородуоденальными язвами (ПДЯ) с применением органосохраняющих и органосохраняющих вмешательств продолжает оставаться сложной и окончательно нерешенной. Стремление хирургов завершить операцию в кратчайший срок диктует необходимость поиска и разработки более совершенных органосохраняющих методов операций. Особенно остро стоит данная проблема в urgentной хирургии при лечении пациентов с перфоративными стенозирующими ПДЯ. В этой связи, при секционных исследованиях на 5 трупах людей разработана методика дуодено- и пилоропластики при перфоративных язвах, которая успешно применена у 17 пациентов. Данная методика признана изобретением и защищена авторским свидетельством Украины (UA №27158 U). Операцию осуществляли по следующей методике. Выполняли лапаротомию с ревизией органов. После выявления перфоративной язвы луковицы 12-перстной кишки (ДПК) или выходного отдела желудка края язвы прошивали Z-образным швом. Шов завязывали, брали на держалки в зажим и подтягивали кпереди в рану в виде «паруса». Иссекали участок передней стенки ДПК вместе с

язвой с помощью изогнутых ножниц Купера или Зибальда по образованной складке стенок двумя встречными дугообразными разрезами с проксимального и дистального краев перфоративного отверстия язвы, сходящимися у основания, в виде «полулуния» в направлении к привратнику. Особенно удобно выполнять данный этап операции с помощью инструментов электрокоагуляционных установок в режиме «резания» или инструментов «биологической сварки», обеспечивающих надежный гемостаз в ране. При таком иссечении перфоративной ПДЯ образовался дефект на передней стенке «полулунной» формы, в среднем, 2-2,5 см в центральной его части, сходящийся в области верхнего и нижнего краев передней стенки. При этом из проксимального края стенки формировался «языкообразный» лоскут длиной 2-25 см и шириной 2,5-3 см, а со стороны дистальной части «взаимоконгруэнтное» «полулунное» углубление. Гемостаз в ране, аспирация дуоденального и желудочного содержимого с помощью электроотсоса с последующей «ревизией» стенок ДПК через образованный дефект стенки (после иссечения язвы). Края раны сшивали 2-х рядным швом (внутренний ряд - узловыми адаптирующими кетгуттовыми швами или викрилом с узелками во внутрь просвета; наружный – серозно-мышечные капроновые узловые швы), Линию шва перитонизировали прядью сальника. Линия шва передней стенки ушитого дефекта получалась в виде дуги, основание обращенная в проксимальную сторону. Таким образом, осуществлялось пластическое закрытие дефекта передней стенки в месте иссеченной перфоративной язвы собственным лоскутом передней стенки. Из 17 больных: 15 – мужчины в возрасте 26-63 года; 2 женщины 37 и 42 года. У 12 пациентов – выявлена перфоративная язва ДПК (у 6 с деформацией стенки и стенозированием просвета), у 3 – язва пилорического отдела желудка, у 2 – язва антрального отдела желудка. Осложнений, связанных с техническим выполнением операции, в послеоперационном периоде не наблюдали. Контрольное исследование (фиброгастродуоденоскопия и рентгенологическое исследование пациентов в сроки 1-3-6 мес.) не выявило эвакуаторных нарушений желудка. Усовершенствованный способ пилородуоденопластики расширяет арсенал существующих методик и может быть рекомендован для применения в клинической практике при перфоративных и стенозирующих ПДЯ.

122. Этапное комбинированное малоинвазивное лечение портальных кровотечений при циррозе печени

*Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Кондаков В.И.,
Рясков Л.А., Михин И.В., Китаева А.В.*

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. Портальные кровотечения (ПК) представляют собой одно из наиболее тяжелых и фатальных осложнений портальной гипертензии (ПГ). Ответственным вопросом, который решает клиницист при выполнении хирургического малоинвазивного этапного лечения больных с ПК, является верный выбор стартовой методики. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с ПК из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных с ПГ при циррозе печени (ЦП). Материалы и методы. Проанализированы результаты малоинвазивного хирургического лечения 121 больного с ПГ при ЦП различной этиологии, находившегося на лечении в Клинике №1 ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России в период с 2006 по 2021 г. При поступлении 82 (67,8%) пациента были отнесены к функциональному классу С, 39 (32,2%) — к классу В по Child-Turcotte-Pugh. Средний возраст составил $51,9 \pm 1,3$ лет, количество мужчин — 70 (57,9%), женщин 51 (42,1%). В рамках разработанной тактической схемы показаниями к этапной малоинвазивной хирургической коррекции считали: необходимость вторичной профилактики ПК из ВРВП у 35 (28,9%) пациентов, без клинико-лабораторных синдромов, но с эпизодами ПК в анамнезе (группа I); состоявшееся пищеводно-желудочное кровотечение (СПЖК) у 77 (63,7%) пациентов, остановленное консервативно (группа II); острое пищеводно-желудочное кровотечение (ОПЖК) у 9 (7,4%) больных группы III. 19 (54,2%) пациентам группы I (n=35), как стартовый метод, применили эндоскопическое лигирование (ЭЛ) до достижения эрадикации ВРВП, трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ) - 1 (2,9%), редукцию селезеночного кровотока (РСК) посредством рентгенэндоваскулярной эмболизации

селезеночной артерии — 1 (2,9%) пациенту. При сохраняющихся ВРВП (n=18), ЭЛ дополняли лапароскопическим клипированием венозной вены желудка (КВВЖ) (n=9), операцией Китано (ОК) (n=3), РСК (n=13), ТВПШ (n=6). Варикозно расширенные вены желудка выявили на ЭГДС у 2 (5,7%) больных, поэтому курс малоинвазивной хирургической коррекции начинали с КВВЖ, а вторым этапом, после снижения угрозы желудочного кровотечения, выполнили сеансы ЭЛ. В качестве монотерапии ЭЛ применили в 11 (31,4%) случаях, ТВПШ — 1 (2,9%). В группе II (n=77) первым этапом выполняли ЭЛ у 27 (35,1%) больных, КВВЖ — 1 (1,3%), ТВПШ — 1 (1,3%). При сохраняющихся ВРВП и угрозе ПК применяли КВВЖ (n=18), ОК (n=1), ТВПШ (n=9), РСК (n=15) при сохраняющемся синдроме гиперспленизма. Как монотерапия ЭЛ у 44 (57,1%) пациентов, ТВПШ — 2 (2,6%), КВВЖ — 1 (1,3%), РСК — 1 (1,3%). В группе III (n=9) после достижения временного гемостаза путем постановки зонда Blakemore-Sengstaken, выполняли ЭЛ у 4 (44,4%) больных, КВВЖ — 1 (11,2%). При достижении гемостаза ЭЛ дополнено КВВЖ (n=2), ТВПШ (n=3), РСК (n=2). При отсутствии временного гемостаза, устанавливали стент Danis 4 больным на период от 5 до 7 дней. В качестве монотерапии ЭЛ у 4 (44,4%) пациентов. Результаты и обсуждение. В группе I у 10 (28,6%) пациентов с классами В и С по Child-Turcotte-Pugh наблюдали положительную динамику, у 15 (42,8%) — стабилизацию процесса, у 10 (28,6%) — отрицательную динамику, из них 3 летальных исхода (8,6%). В группе II у 20 (26,0%) пациентов имела место положительная динамика, у 40 (51,9%) — стабилизация процесса. У 17 (22,1%) — отрицательная динамика. Летальность - 18,2% (14 случаев). В группе III у 3 (33,3%) пациентов наблюдали стабилизацию процесса. Летальность - 66,7% (6 случаев), причиной смерти явились рецидивные ПК (n=2) и печеночная кома (n=4). Период наблюдения составил от 3-х месяцев до 10 лет. В I и II группах летальных исходов, связанных с ПК в раннем послеоперационном периоде и при наблюдении до 3 лет, не было. При дополнении ЭЛ КВВЖ и/или ТВПШ рецидив ВРВП выявили в 1 случае (0,9%), что потребовало повторного курса ЭЛ. Заключение. Применение в этапной индивидуализированной последовательности комбинаций высокотехнологичных методик позволило улучшить результаты профилактики и лечения ПК из ВРВП у больных с ПГ при ЦП.

**123. Воспалительные осложнения
герниоаллопластики при вентральных грыжах:
причины и тактика**

Борота А.В., Енгенов Н.М., Диденко М.В.

Донецк

ДонНМУ им.М.Горького

Актуальность. В структуре общей заболеваемости населения на грыжи живота приходится 20-30%, что объясняется ростом количества лапаротомий. Достижения современной герниологии не только помогли значительному количеству пациентов избавиться от заболевания, но и породило появление целого ряда проблем. Одно из таких осложнений, как глубокая раневая хирургическая инфекция, периодически возникающая после установки сетчатых имплантатов различными способами и различными материалами, является серьезной проблемой как для хирурга, так и для пациента, не имеющая однозначного подхода к ее решению. Цель работы. Оценить результаты хирургического лечения больных с герниоаллопластикой при осложненном течении и выработать дальнейшую тактику лечения. Материалы и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения 80 больных с герниоаллопластикой осложненного течения в отделении хирургии №2 ДОКТМО на период с 2014-2019 гг. Всем больным выполнялась ненапряжная аллопластика дефектов передней брюшной стенки с применением монофиламентных полипропиленовых протезов (Линтекс, Этикон), плетеными материалами (Mersilene, Surgipro), а также композитных протезов. Все больные оперированы в плановом порядке по методике «Sub Lay» и «In Lay». Средний размер протеза составил 15x22см. Средний возраст больных с осложненным течением составил 50-75 лет. Наличие сопутствующей патологии выявлено в 100% случаях наблюдений. При этом большинство наблюдений пришлось на заболевание сердечно-сосудистой и эндокринных систем. Скрининг осложнений осуществлялся ежедневными клиническими исследованиями раны пациентов, характера отделяемого, а также УЗИ передней брюшной стенки. В 72 случаях больные пролечены консервативно, в 6 случаях с частичным удалением инфицированного участка протеза, в двух случаях – полное удаление всего протеза. Результаты и обсуждение. В 72 случаях больные пролечены консервативно - широкое дренирование, ежедневный туалет раны, а/бактериальная терапия,

а/гистаминная терапия, глюкокортикоиды. В 6 случаях с частичным удалением инфицированного участка протеза и вышеперечисленная консервативная терапия. В двух случаях – повторная операция и полное удаление всего протеза. Причем по нашим наблюдениям чаще всего нагноению подвергались пациенты, у которых применялись протезы, изготовленные из плетеных материалов, а также композитные протезы. Выводы: На наш взгляд наиболее неблагоприятным с точки зрения развития нагноений является использование плетеных и композитных протезов, а также использование таких протезов и материалов, поры и щели в которых составляют менее 10 микрон. В этой ситуации бактерии, имеющие диаметр 1 микрон не могут быть удалены макрофагами и нейтрофилами, имеющими диаметр более 10 микрон. Наоборот, при размерах пор более 10 микрон хирургическая инфекция не развивается, так как сетка одинаково проницаема для бактерий и макрофагов. При использовании протезов с порами более 10 микрон нет необходимости в тотальном удалении протеза. Достаточно широкого дренирования, где дном раны является протез и консервативная терапия. В некоторых случаях - частичное удаление инфицированной области протеза с последующим восстановлением целостности. При неэффективности консервативного введения больного единственный способ излечения - повторная операция в объеме тотального удаления протеза. Однако в таком случае рецидив неизбежен.

**124. Корректирующая хирургия единого доступа
при доброкачественных дисплазиях молочной
железы**

*Борота А.В., Борота А.А., Алиев Р.Н.,
Матчанов Д.Г.*

Донецк

ДОКТМО хирургическое отделение №2

Актуальность. В ходе изучения данных мировой литературы выявлено, что отсутствует стандарт хирургического доступа при необходимости удаления множественных очагов доброкачественной дисплазии молочной железы

(ДДМЖ). Чаще предложены варианты доступа раздельно «над каждым образованием», и большинство авторов считает необходимым удаление только наибольших по размеру или наиболее пролиферирующих образований. В мировом сообществе не существует единого подхода к хирургическому лечению ДДМЖ у пациентов, нуждающихся в коррекции формы молочных желез. В этом случае, при наличии у пациентов исходного мастоптоза, рекомендуется выполнить вначале удаление ДДМЖ, а затем корректирующую операцию. Цель работы. Разработать эстетически выгодные способы хирургического лечения множественных очагов ДДМЖ, в том числе с корректирующей мастопексией, у пациентов с исходным мастоптозом. Материалы и методы. За период с 2017 по 2021 гг. в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» на базе хирургического отделения №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения 326 пациентов были оперированы по поводу ДДМЖ. В 235 случаях пациентам проведено хирургическое лечение в объеме секторальной резекции молочной железы по поводу единичного очага ДДМЖ. Из них 195 случаев – это единичное образование в одной молочной железе и 40 случаев – единичные образования одновременно в правой и левой молочной железе. У 62 пациентов выполнено удаление множественных очагов ДДМЖ через единый периареолярный доступ. Из них 42 пациента с множественными образованиями в одной молочной железе и 20 пациентов с множественными образованиями в обеих железах. При этом приоритетным считали необходимость одномоментного удаления всех очагов. В 29 случаях пациентам выполнено удаление как единичных, так и множественных очагов ДДМЖ с одномоментной корректирующей операцией (мастопексией) через единый доступ. Результаты. Разницы в количестве и структуре послеоперационных осложнений у пациентов с единичными очагами, множественными очагами при едином периареолярном доступе и при едином корректирующем доступе выявлено не было. Выгодный эстетический результат при операции единого периареолярного доступа и единого корректирующего доступа достигается за счет отсутствия множественных рубцов на коже молочной железы. Одномоментное удаление всех очагов ДДМЖ при множественном поражении исключает необходимость последующих хирургических вмешательств. Выводы. На основе анализа собственных клинических наблюдений

разработан системный подход к выбору оптимальной хирургической тактики при множественных ДДМЖ, который заключается в одномоментном удалении всех очагов через единый периареолярный доступ или через единый корректирующий доступ у пациентов с исходным мастоптозом, что обеспечивает улучшение эстетического результата.

125. Опыт работы этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии у пациентов с геморроем и полипом толстой кишки

*Борота А.В., Танасов И.А., Борота А.А.,
Матчанов Д.Г.*

Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. По данным ряда авторов полипы толстой кишки встречаются у 25–30 % женщин в возрасте до 30 лет, у 70% и более - в возрасте старше 30 лет, а также у 15–20 % мужчин в возрасте до 30 лет, у 80% и более - в возрасте старше 30 лет. Серьезной проблемой является высокая вероятность озлокачествления полипов толстой кишки. При изучении современной отечественной и зарубежной литературы не найдено данных касательно стандартной тактики и этапности оказания хирургической помощи пациентам с наличием одномоментно геморроя и полипов толстой кишки. Цель работы. Разработать совмещенный способ хирургического лечения пациентов при наличии одномоментно геморроя и полипов толстой кишки. Материалы и методы. За период с 2017 по 2021 года в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» на базе колопроктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения 21 пациентов были оперированы по поводу одномоментного наличия хронического геморроя и одного или нескольких полипов толстой кишки. Практически у всех пациентов полипы толстой кишки были выявлены при фиброколоноскопии, общей целью первичного

обследования по поводу геморроя. Во всех 21 случаях пациентам проведено совмещенное хирургическое лечение во время одной госпитализации, при которой первым этапом выполняли эндоскопическую полипэктомию, а затем последующую геморроидэктомию через 48-72 часа (при получении убедительных данных за отсутствие осложнений после полипэктомии). Результаты. Значимых осложнений в послеоперационном периоде у пациентов у пациентов отмечено не было. Непосредственные и отдаленные результаты при этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не отличались от таковых при стандартной эндоскопической полипэктомии. Выводы. Тактика совмещенного хирургического лечения пациентов с одномоментным диагнозом хронический геморрой и полип толстой кишки позволяет безопасно выполнить два проктологических оперативных вмешательства за один эпизод госпитализации.

126. Особенности патентной охраны клеточных 3D-структур, применяемых в регенеративной медицине

Горшков-Кантакузен В.А.

Москва

ФГБОУ ВО "Российская государственная академия интеллектуальной собственности", Общество сравнительного правоведения Германии

Актуальность. Создание биомедицинских клеточных и тканеинженерных конструкций, применяемых в регенеративной медицине, является одним из приоритетных направлений развития отечественной медицинской науки, согласно Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. №2580-р). Их разработка и создание неразрывно связаны с охраной возникающей интеллектуальной собственности, выраженной в получении государственной охраны, т.е. патента на изобретение. Цель. Ввиду отсутствия четких требований в документах, регламентирующих «специфические» требования к существенным

признакам, основным препятствием для получения патента может стать необходимость удовлетворения формулы изобретения требованию достаточности раскрытия сущности (статья 1375 Гражданского Кодекса Российской Федерации), которое в схожем виде присутствует и в патентных законодательствах других стран. Таким образом, целью исследования является анализ особенностей отечественной и зарубежной практики. Материалы и методы. Проведен подбор и анализ информации, касающейся правоотношений, возникающих при патентовании решений, относящихся к клеточным 3D-структурам, применяемым в регенеративной медицине. Результаты. Анализ патентных документов России и Ведомств IP5 (по системе Global Dossier), показал, что единообразный подход для регулирования гражданско-правовых отношений, связанных с получением охраны интеллектуальной собственности (патента на изобретение) в мире еще не выработан. Более того, кардинально противоположные решения принимаются не только в Патентных Ведомствах различных стран, но и в одном Ведомстве по заявкам одного патентного семейства. Однако следует отметить явную тенденцию к детализации описания изобретения в формуле «более подробным» набором существенных признаков (в том числе, «разбивкой» сложной структуры на составляющие ее элементы), либо отсылкой к чертежу (в том или ином виде), причем последнее превалирует. Выводы. Таким образом, для получения патента в формуле изобретения необходимо детально описывать заявляемую структуру: ее строение (послойно) и размеры. И в этой связи запатентовать структуру с изменяющимися характеристиками (как это возможно в случае соединений Маркуша) не представляется возможным, потому что мы будем иметь уже не одну структуру, а набор различных структур, что будет нарушать пункт 53в Требований, согласно которому независимый пункт формулы должен относиться только к одному изобретению. Однако наиболее успешной тактикой будет отсылка к чертежу, а также предоставление трехмерной модели изобретения в электронной форме, что стало возможным по Федеральному Закону от 20 июля 2020 г. №217-ФЗ.

127.Современные тактические решения при лечении пострадавших с повреждениями печени

*Дарвин В.В. (1,2), Онищенко С.В. (1,2),
Ильканич А.Я. (1,2), Лысак М.М. (1,2),
Корженевский В.К. (1,3)*

Сургут

- 1) БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет, 2) БУ Сургутская окружная клиническая больница, 3) БУ Сургутская клиническая травматологическая больница

Введение. Тактический лечебно-диагностический алгоритм у пострадавших с травмой печени был принят на Конгрессе Всемирного общества неотложной хирургии (WSES) в 2013 г. При этом для принятия тактических решений необходимо использовать три составляющие: 1. Особенности анатомии повреждений печени в соответствии с классификацией Всемирного общества неотложной хирургии, 2. Оценку гемодинамического статуса, 3. Наличие сопутствующих повреждений, требующих хирургической коррекции. Рекомендуемый WSES тактический алгоритм при травме печени включает в себя следующие положения: всех пострадавших с подозрением на травму печени надо разделить на 2 группы: с нестабильной гемодинамикой (1) и со стабильными параметрами гемодинамики (2), пострадавших второй группы следует направлять в операционную. У пострадавших первой группы необходимо выполнить ревизию раны и КТ с болюсным контрастированием. По полученным результатам устанавливается группа по WSES (минимальные, умеренные и тяжелые и уточняется наличие свободного воздуха в БП, подозрение на сопутствующее повреждение ЖКТ, наличие перитонита, а также - особый вид травмы (сажание на кол, потрошение). Если есть эти критерии, то пострадавший также направляется в операционную. Если их нет, решение зависит от степени гемостаза по КТ: - гемостаз нестабилен – надо применить рентгенэндоваскулярное вмешательство, при неэффективности которого больной направляется в операционную; - если нет признаков нестабильности гемостаза – пострадавший подлежит динамическому наблюдению. Цель исследования. Проанализировать характер принятых тактических решений у пострадавших с травмой печени с оценкой возможности их консервативного ведения. Материалы и методы. За последние 10 лет мы наблюдали 1260 пациентов с травмой живота, повреждения печени отмечены у 159 (12,6%): закрытая травма живота = у 132 (83,0%),

колото-резанная = у 24 (15,1%), огнестрельная = у 3 (1,9%). Изолированные повреждения печени наблюдали у 14 пациентов (8,8%), у остальных - множественные и сочетанные. «Нестабильность» гемодинамических параметров при поступлении отмечена у 29 (18,2%). В соответствии с классификацией WSES grade I имела место у 54 (34,0%), II – 44 (27,7%), III – 32 (20,1%), IV – 29 (18,2%). Оперированы 138 пострадавших (86,8%), пролечены консервативно 21 (13,2%). Объем операции на печени: электрокоагуляция (биполярная, аргоноплазменная) с формированием гемостатических швов – у 95, дополнительное применение гемостатических пленок – у 23, тампонирование ран печени большим сальником – у 18, сегментэктомия – у 15, лобэктомия – у 3, гепатопексия – у 9. При этом у 25 больных имело место сочетание технологий гемо- и билистаза. Обсуждение результатов. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения имели место у 40 пострадавших (29,0%): по Clavien–Dindo 1 класс – 13 (32,5%), 2 класс – 14 (35,0%), 3 класс – 5 (12,5%), 4а класс – 5 (12,5%), 4 б класс – 3 (7,5%). Умерли в послеоперационном периоде – 12, госпитальная летальность 8,7%. Ретроспективный анализ показал, что в соответствии с рекомендациями WSES показания к операции в момент поступления имели место у 91 (57,6%) пострадавшего: нестабильность гемодинамики – 29, необходимость коррекции сопутствующих повреждений внутренних органов – 59, огнестрельные ранения – 3. То есть, несмотря на соответствующее техническое оснащение и кадровый потенциал, оперативная активность в анализируемой группе превысила должную почти в 2 раза: 86,8% против 57,6%. Заключение. Ближайшие результаты лечения пострадавших с травмой печени при применении традиционных тактических решений являются удовлетворительными, но имеется настоятельная потребность в пересмотре национальных рекомендаций по реализации программы их ведения в соответствии с рекомендациями Всемирного общества неотложной хирургии.

128. Сравнительные результаты выполнения эндоскопической и традиционной гемитиреоидэктомии

Курганов И.А. (1), Мамиствалов М.Ш. (1),
Емельянов С.И. (1), Богданов Д.Ю. (1),
Лукиянченко Д.В. (2), Усманов И.С. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, 2) Больница Центросоюза
Российской Федерации

Актуальность. В соответствии с современными отечественными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению узлового зоба, по дифференцированному раку щитовидной железы (ЩЖ), а также международными рекомендациями, гемитиреоидэктомия (ГТ) является адекватным объемом операции на ЩЖ в большом числе клинических ситуаций. В то же время ГТ является оптимальным видом вмешательства при внедрении эндоскопических технологий в хирургию ЩЖ в клинике. Кроме того, для значительного числа известных эндоскопических доступов к ЩЖ объем вмешательства технически ограничен именно ГТ. Цель исследования. Изучить результаты выполнения эндоскопической ГТ в сравнении с результатами традиционных открытых операций в объеме ГТ. Материалы и методы. Проанализированы результаты проспективного когортного исследования. В исследуемую группу были включены 33 пациента (5 мужчин и 28 женщин), которым была проведена эндоскопическая ГТ из «безгазового» подмышечного доступа. Контрольную группу составили 35 больных (6 мужчин и 29 женщин), у которых была выполнена ГТ из традиционного доступа. Вмешательства были проведены по поводу 32 правосторонних (47,1%) и 36 левосторонних (52,9%) узловых образований. Многоузловой зоб был отмечен у 7 пациентов (21,2%) в исследуемой группе и у 8 (22,9%) – в контрольной ($p>0,05$). Максимальный размер узла ЩЖ достигал 5,9 см в исследуемой группе и 5,8 см – в контрольной (в среднем - $4,4\pm 1,3$ и $4,3\pm 1,5$ см; $p>0,05$). Максимальный объем ЩЖ был равен 69,3 и 68,8 мл соответственно (в среднем - $56,1\pm 10,4$ и $58,3\pm 11,6$ мл; $p>0,05$). По данным биопсии, результат, соответствующий Bethesda II, был выявлен в 43 случаях (63,2%), Bethesda IV – в 25 случаях (36,8%). Показанием к оперативному лечению при Bethesda II был большой размер узла или его быстрый рост. В 61 случае (89,7%) у пациентов имело место

эутиреоидное состояние, у 7 больных (10,3%) был выявлен тиреотоксикоз, обусловленный функциональной автономией узла ЩЖ. Результаты. При проведении эндоскопической ГТ было отмечено увеличение среднего времени операции ($159,5\pm 62,1$ против $54,6\pm 15,7$ мин.; $p<0,01$), сроков дренирования послеоперационной раны ($3,4\pm 0,5$ против $1,2\pm 0,5$ сут.; $p<0,05$), объема отделяемого по дренажу ($203,9\pm 59,4$ против $25,5\pm 7,1$ мл; $p<0,01$) и длительности госпитализации ($6,4\pm 1,3$ против $4,1\pm 1,6$ сут.; $p<0,05$). Объем интраоперационной кровопотери ($21,2\pm 8,8$ против $19,7\pm 7,9$ мл; $p>0,05$) и срок потребности в парентеральном обезболивании ($2,3\pm 0,5$ против $2,5\pm 0,6$ сут.; $p>0,05$) были сравнимы. Общая частота осложнений была больше в исследуемой группе (27,3% против 5,7%; $p<0,05$). Однако разница была связана с частотой возникновения плексита плечевого сплетения (7 случаев; 21,2%) вследствие особенностей доступа и продолжительности вмешательства. При этом во время первых 17 операций плексит был зафиксирован у 6 пациентов (35,3%), а при последующих 16 вмешательствах – всего в 1 случае (6,3%). С точки зрения иных видов осложнений, статистически значимой разницы между группами выявлено не было ($p>0,05$). У всех больных, у которых до операции был выявлен тиреотоксикоз, было отмечено его разрешение. Также ни в одном из случаев не было выявлено рецидива узловых образований. Пациенты в исследуемой группе оказались заметно более удовлетворены проведенным лечением в целом и косметическим исходом операции в частности. Общую удовлетворенность лечением на оценку 5 баллов отметили 72,7% больных после эндоскопической операции и 25,7% пациентов после традиционного вмешательства ($p<0,01$). Косметический результат на 5 баллов оценили 81,8% и 8,6% пациентов соответственно ($p<0,01$). Выводы. Эндоскопическая ГТ по сравнению с традиционной операцией характеризуется сопоставимым уровнем эффективности и безопасности с точки зрения риска развития специфических осложнений. Ранний послеоперационный период после эндоскопической ГТ отличается более длительным течением, но в отдаленном периоде отмечается значительно больший уровень удовлетворенности пациентов косметическим исходом операции и проведенным лечением в целом.

129. Анализ ранних и отдаленных результатов эндоскопической и видео-ассистированной гемитиреоидэктомии с точки зрения принципов выбора методики

*Курганов И.А. (1), Мамиствалов М.Ш. (1),
Емельянов С.И. (1), Богданов Д.Ю. (1),
Лукиянченко Д.В. (2), Усманов И.С. (1)*

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, 2) Больница Центросоюза
Российской Федерации

Актуальность. Наиболее распространенными в миниинвазивной хирургии щитовидной железы (ЩЖ) на сегодняшний день являются две группы оперативных доступов – эндоскопические экстрацервикальные и видео-ассистированные шейные. При этом сравнительных исследований данных подходов известно немного. Кроме того, сохраняется необходимость определения клинических ситуаций, в которых наиболее целесообразно применение той или иной методики. Цель исследования. Провести анализ ранних и отдаленных результатов выполнения гемитиреоидэктомии (ГТ) посредством двух видов доступов – эндоскопического «безгазового» подмышечного (ЭБПД) и видео-ассистированного шейного (ВАШД); выделить ситуации, в которых наиболее целесообразно применять ту или иную методику. Материалы и методы. Нами были изучены результаты выполнения ГТ у 71 пациента с узловыми образованиями ЩЖ. В группу №1 были включены 33 пациента, у которых вмешательство было выполнено посредством ЭБПД. Группу №2 составили 38 больных, которым операция проводилась посредством минимально инвазивного ВАШД. Критерии включения пациентов в исследование были следующими: возраст 18 лет и более; узловой (многоузловой) зоб при локализации в одной доле ЩЖ; доброкачественный характер образования или образований (TIRADS 2-3; Bethesda II или Bethesda IV); диаметр узла не более 6,0 см в группе №1 и не более 3,5 см в группе №2; объем ЩЖ не более 70 мл в группе №1 и не более 35 мл в группе №2. Критериями невключения и исключения были: наличие противопоказаний к операции или к общей анестезии; ИМТ, превышающий 35 кг/м²; наличие тиреоидита или ДТЗ; синдром МЭН; сопутствующие заболевания околощитовидных желез; предшествующие операции и/или облучение в области шеи; наличие заболевания, влияющего на объем и характер

оперативного вмешательства; невыполнение послеоперационных рекомендаций. Таким образом, средний размер узла ($4,4 \pm 1,3$ и $2,8 \pm 0,8$ см; $p < 0,05$) и объем ЩЖ ($56,1 \pm 10,4$ и $29,2 \pm 7,6$ мл; $p < 0,05$) были больше в группе №1, что объясняется техническими ограничениями ВАШД. По всем остальным предоперационным показателям группы сравнения были сопоставимы. Результаты. Среднее время операции ($159,5 \pm 62,1$ против $56,5 \pm 14,4$ мин.; $p < 0,01$), срок потребности в парентеральном обезболивании ($2,3 \pm 0,5$ против $1,5 \pm 0,5$ сут.; $p < 0,05$), длительность госпитализации ($6,4 \pm 1,3$ против $3,0 \pm 1,2$ сут.; $p < 0,05$) были больше в группе №1. Общая частота осложнений также была больше в группе №1 (27,3% против 5,2%; $p < 0,05$), однако разница была связана с частотой возникновения плексита плечевого сплетения (7 случаев; 21,2%) вследствие особенностей доступа и продолжительности вмешательства. С точки зрения специфических для тиреоидной хирургии осложнений, в группах сравнения не было выявлено статистически значимых различий. Всего было зафиксировано 2 случая конверсии доступа, которые возникли в группе №2. По данным наблюдения за пациентами в отдаленном послеоперационном периоде ни в одном из случаев ни в одной из групп не было отмечено рецидива узлового образования ЩЖ. Через 6 месяцев после операции средняя оценка пациентами по 5-ти балльной шкале общей удовлетворенности лечением в группах №1 и №2 составила $4,61 \pm 1,45$ и $4,47 \pm 1,67$ баллов ($p > 0,05$), а оценка косметического результата была равна $4,79 \pm 0,94$ и $4,34 \pm 1,76$ баллам ($p < 0,05$) соответственно. Кроме того, в группе №1 больные статистически значимо чаще оценивали косметический результат на 5 баллов (в 1,6 раза). Выводы. ЭБПД для ГТ целесообразно применять при больших размерах узлового образования и объеме ЩЖ, а также у пациентов, стремящихся к полному отсутствию рубца на шее. ВАШД применим при небольшом размере узла и объеме ЩЖ и рационален для пациентов, предпочитающих более комфортное течение раннего послеоперационного периода и более раннее восстановление после операции. В то же время, учитывая сопоставимую клиническую эффективность при соблюдении определенных показаний, целесообразно обсуждение выбора подхода с пациентом в зависимости от заинтересованности больного в особенностях косметического результата.

130. Обоснованность и результаты лапароскопической резекции надпочечников

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

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность. Лапароскопическая резекция надпочечников (ЛРН) представляет собой органосохраняющее вмешательство, которым в настоящее время уделяется особое внимание. Ранее резекция надпочечников выполнялась значительно реже в связи с тем, что ее считали менее радикальной операцией по сравнению с адреналэктомией вследствие меньшей эффективности и повышенного риска развития рецидива. Однако с течением времени, было показано, что ЛРН в ряде клинических ситуаций не уступает лапароскопической адреналэктомии (ЛА), а по некоторым показателям превосходит ее. В частности, при двусторонних доброкачественных новообразованиях (ДДН), именно органосохраняющая операция позволяет избежать потребности в заместительной гормонотерапии. С другой стороны, критерии отбора больных для осуществления ЛРН требуют дальнейшей систематизации и уточнения, как и принципы оперативной техники данного вида вмешательства. Цель исследования. Изучить результаты выполнения ЛРН в сравнении с результатами проведения ЛА. Определить клинические ситуации, в которых проведение ЛРН является обоснованным. Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов оперативных вмешательств у 103 пациентов с доброкачественными новообразованиями надпочечников, не превышавших 5 см в наибольшем измерении. В исследуемую группу было включено 36 пациентов, которым была проведена ЛРН. Контрольную группу составили 67 больных, у которых была осуществлена ЛА. Показания к операции были соответственно следующими: альдостерома – 15 и 14 случаев, инсиденталома – 7 и 11 случаев, кортикостерома – 6 и 19 случаев, узловая гиперплазия коры – 3 и 8 случаев, киста – 3 и 4 случая, феохромоцитомы – 2 и 11 случаев. В группе ЛРН была выполнена при ДДН в 5 случаях (13,9%), а также в 4 случаях (11,1%) - на единственном надпочечнике. Средний размер опухоли в исследуемой группе составил 3,1±1,4, в контрольной - 3,7±1,2 см ($p>0,05$). Пациенты с

выявленной предоперационной артериальной гипертензией (ПАГ) имели среднее артериальное давление (АД) на уровне 161,4±19,3/95,6±11,6 и 164,1±18,5/97,2±10,7 мм рт. ст. соответственно ($p>0,05$). Все ЛРН и ЛА были проведены при помощи боковой разновидности оперативного доступа. Результаты. При выполнении ЛРН было зафиксировано статистически значимое увеличение среднего времени вмешательства (91,3±13,6 и 67,2±11,1 мин.; $p<0,05$). С другой стороны, не было выявлено статистически значимых различий по частоте развития осложнений (5,6% и 7,5%; $p>0,05$), объему интраоперационной кровопотери (92±57 и 84±46 мл; $p>0,05$), времени активизации (7,0±2,9 и 7,3±2,2 час.; $p>0,05$), срокам потребности в обезболивании (19,7±6,1 и 21,2±8,7 час.; $p>0,05$) и длительности госпитализации пациентов (6,5±1,3 и 5,9±0,9 сут.; $p>0,05$). В то же время осуществление ЛРН привело к предотвращению потребности в заместительной гормонотерапии у больных с резекцией единственного или обоих надпочечников в 88,9% случаев, а также в ряде ситуаций позволило избежать возможного повреждения прилежащих органов и сосудов за счет отдаления линии диссекции тканей. Случаев рецидива новообразования не было отмечено ни в одном из наблюдений. Уровень АД после операции у больных с ПАГ сократился в среднем до 139,7±15,1/86,3±10,2 и 137,9±14,4/87,6±9,8 мм рт. ст. соответственно ($p>0,05$). Проанализировав опыт выполнения ЛРН, мы определили, что основанием для проведения операции были ДДН в 5 случаях (13,9%), новообразование единственной железы в 4 случаях (11,1%), опухоли и кисты небольших размеров с выраженной капсулой в 19 случаях (52,8%), повышенная вероятность повреждения сосудистых структур вследствие технических сложностей при потенциальном проведении ЛА у 8 пациентов (22,2%). Выводы. ЛРН является безопасным и эффективным оперативным вмешательством, обоснованным у пациентов с ДДН, доброкачественными односторонними опухолями небольших размеров и кистами с выраженной капсулой, при технических сложностях и риске развития осложнений при потенциальном проведении ЛА.

131. Современные возможности хирургии и трансплантации печени при массивном альвеококкозе

Загайнов В.Е. (1), Поршенников И.А. (2),
Киселев Н.М. (1), Павлик В.Н. (2)

1) Нижний Новгород, 2) Новосибирск

1) ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России,
2) ГБУЗ НСО "ГНОКБ"

Материалы и методы. С 2008 по 2021 гг. на базе ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России и с 2013 по 2021 гг. на базе ГБУЗ НСО «ГНОКБ» выполнены 78 и 103 оперативных вмешательств пациентам с альвеококкозом, всего – 181. Единый подход определялся разработанной классификацией альвеококкоза печени и применением трансплантационных технологий. Средний возраст пациентов составил 35,6 лет. Соотношение мужчин/женщин 75/106. Осложнённое течение заболевания наблюдалось в 104 (57,4 %) случаях (механическая желтуха в 47,8%, синдром портальной гипертензии в 25,8%). 58 (32%) пациентов ранее подвергались хирургическим вмешательствам, преимущественно циторедуктивным резекциям, эксплоративным лапаротомиям. Из общей группы 137 (75,6%) пациента имели распространенный альвеококкоз печени с вовлечением афферентных и эфферентных сосудистых структур, билиарного тракта. Отдаленные метастазы диагностированы в 32 (17,6 %) случаев, из них в 72% превалировало сочетанное или изолированное метастатическое поражение легких. Размер паразитарного узла в печени варьировал от 4 до 23 см. Результаты. С использованием трансплантационных технологий радикально оперированы все пациенты: 140 (77,3%) пациентам выполнены резекционные вмешательства разных объемов. У 25 (13,8 %) – трансплантация печени от посмертного донора (в 1 случае – одновременно с трансплантацией сердца), у 16 (8,9%) – трансплантация фрагмента печени от родственного донора. Из группы резекционных вмешательств 88 (63 %) составили обширные резекции печени (более 4 сегментов), резекции и реконструкции магистральных сосудов потребовались в 71 (50,7%) случаев, у 78 (55,7%) случаях выполнена резекция и реконструкция протоков, в 61 (43,6%) выполнены резекции таких смежных органов, как диафрагма, легкое, правый надпочечник, 12-перстная кишка, желудок, толстая кишка. В 6 случаях резекции выполнены в условиях консервации *in vivo ex situ*, в 1 – *in vivo in situ*, в 7 –

ex vivo (в 3 из них – с реверсивной аутооттрансплантацией ремнанта левого латерального сектора). Частота явлений печеночной недостаточности степени А и В согласно критериям ISGLS не превысила 10%. Осложнения согласно Clavien-Dindo зарегистрированы в 79 (43,6 %) случаях, из них Grade II – 24, III – 39, IV – 6, V – 10. Количество желчеистечений согласно критериям ISGLS: класс В – 12, класс С – 19. Заключение. Несмотря на обширное поражение печени, преобладающая часть больных (77,3%) оперирована радикально с использованием трансплантологических технологий. 22,7% больных трансплантированы. Радикальное лечение этой сложной категории больных оправдано в центрах с действующей программой трансплантации.

132. Об эффективности эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях

Баранов Г.А. (1), Колтович А.П. (2),
Миленкин Б.И. (1,2)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» МЗ РФ,
2) ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

Проблема гастродуоденальных кровотечений (ГДК) как и прежде остается актуальной, а эффективность лечения определяется фармакологическими и технологическими достижениями и их внедрением в клиническую практику. Совместное исследование по данной проблеме показало, что в университетской клинике на базе ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ» в структуре экстренных 13727 госпитализаций по поводу острых хирургических заболеваний брюшной полости ГДК составили 5,8% (791 пациент). Эндоскопический гемостаз в различных вариантах при выполнении ФЭГДС по поводу гастродуоденальных кровотечений потребовался у 427 больных из 791 (54%). В 46% клинических наблюдений (364 случая) подтвержденный во время эндоскопии эпизод кровотечения считали состоявшимся, минимальным и не требовавшим активной хирургической тактики. Неэффективность эндоскопического гемостаза и продолжающееся

кровотечение отмечено в 48 случаях из 427 (11,2%). Такие пациенты подвергнуты оперативному лечению путём лапаротомии. В этой группе из 48 оперированных, в основном тяжёлых коморбидных больных, в послеоперационном периоде умерло 7 пациентов (14,6%). В арсенале технических средств и лечебно-диагностических приёмов для остановки ГДК привлекает своими возможностями рентгенэндоваскулярный гемостаз (РЭВГ). Так, в клинике на базе ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ», оснащённой современным рентгенэндоваскулярным оборудованием, провели анализ результатов лечения 34 пациентов, которым выполнены 36 вмешательств с целью РЭВГ. Показанием к рентгенэндоваскулярному вмешательству с целью эмболизации кровоточащего сосуда считали неэффективность эндоскопической остановки кровотечения. В 21 случае (58,3%) проведена селективная эмболизация гастродуоденальной артерии и в 15 (41,7%) - левой желудочной артерии. У 2-х больных после эмболизации возник рецидив ГДК, но при повторном РЭВГ кровотечение удалось остановить. Рентгенэндоваскулярные вмешательства выполнялись из различных артериальных доступов: 15 - из бедренного, 3- из плечевого, 9- из лучевого и 9 – из дистального лучевого (на кисти). В качестве эмболизатов для артерии-источника кровотечения использованы спирали (19), микроэмболы (12) и их комбинации (5). Отмечено, что при выборе дистальных сосудистых доступов местные постманипуляционные геморрагические осложнения были минимальными и клинически незначимыми. Летальность в группе из 34 больных, которым применён РЭВГ, составила 5,9% (2 пациента). Ни в одном из наблюдений состояние пациентов рентгенэндоваскулярный гемостаз не ухудшил и не был причиной летального исхода. Следует считать, что условиях достаточной технической оснащённости РЭВГ является малоинвазивной эффективной методикой гемостаза как при гастродуоденальном кровотечении, так и при высоком риске его рецидива. Потребность в данном виде остановки кровотечений возникает при невозможности или безуспешности эндоскопического гемостаза. При выборе сосудистого доступа с целью РЭВГ предпочтительны дистальные артериальные варианты во избежание рисков возможных дополнительных геморрагических осложнений, связанных с методикой рентгенэндоваскулярного лечения. Проведение рентгенэндоваскулярного гемостаза требует наличия нескольких типоразмеров эмболизатов для адекватного их

подбора и установки в соответствии с просветом целевого сосуда.

133.Современные тренды хирургического лечения фиброзно-кистозной болезни

Шабает Р. М., Староконь П. М., Ходырев С.А., Самойленко В.М.

Москва

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ.

Актуальность. К предраковым заболеваниям молочных желез (МЖ) относится фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). ФКБ за последние годы значительно омолодилась. Злокачественные новообразования МЖ развиваются в пять раз чаще на фоне ФКБ. Во всем мире все шире используются малоинвазивные технологии в лечении ФКБ. ФКБ трактуется как патологическое заболевание, влекущее за собой снижение уровня психоэмоционального состояния женщин. Материалы и методы. В основу данной работы легли наблюдения за 303 женщинами с диагнозом: ФКБ с преобладанием кистозного компонента. Обследование проводилось до и после хирургического лечения. После оперативного пособия каждые три месяца до года выполнялись контрольные осмотры. В наше исследование вошли женщины, которым проводились следующие операции: 145 женщинам выполнены секторальные резекции МЖ; 76 женщинам проведена лазерная коагуляция кист МЖ; 82 выполнено склерозирование кист МЖ. Лазерная коагуляция проводилась с помощью гольмиевого лазера. В качестве склерозанта применялся современный препарат - 1% раствор натрия тетрадецилсульфата (Фибро-вейн). Лазерная коагуляция и склерозирование кист МЖ под УЗ-контролем являются малоинвазивными технологиями. Под инвазивностью понимается вся совокупность факторов, воздействующих на организм во время операции. Полученные результаты. Средний возраст женщин составил $40,6 \pm 2,1$ лет. Секторальные резекции МЖ выполнялись под общей анестезией, средняя длительность операции составила $30,3 \pm 5,7$ мин., в ближайшем

послеоперационном периоде у 47 женщин отмечена субфебрильная лихорадка. УЗ-признаки отека и воспаления оперированной МЖ отмечены у все пациенток. Наличие серомы выявлено у 35 пациенток. Повышения лейкоцитов наблюдалось у 39 женщин. Рецидив заболевания в течение года выявлен у 78 пациентки. Оперированная МЖ с наличием в ней послеоперационных рубцов влияла на психоэмоциональное состояние и КЖ пациенток. Средний койко-день - $8,2 \pm 1,4$. Через год после операции выявлено: косметические дефекты у 99 пациенток в виде грубого рубца параареолярной области; наличие деформации, асимметрии МЖ у 26; появление келоидных рубцов у 4. Лазерная коагуляция кист МЖ применена у 76 женщин с ФКБ. Из 76 оперативное пособие проведено в ЛОП 9 пациенткам, 67 женщинам оперативное пособие выполнено амбулаторно. Длительность операции составила $10,6 \pm 5,8$ мин. В послеоперационном периоде противовоспалительная, антибактериальная терапия не выполнялась. Применение данной методики лечения позволяет достигать экономического эффекта в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу и койко-дня у госпитализированных ($3,4 \pm 0,4$). Через год после операции у женщин отсутствовали косметические дефекты, келоидные рубцы, асимметрия МЖ. Рецидивов ФКБ не отмечено. Из 82 женщин, которым выполнено склерозирование кист МЖ на стационарном лечении находились 28 женщин, 54 пациенткам хирургическое пособие проведено амбулаторно. Длительность склерозирования кист составила $6,4 \pm 1,8$ мин. Женщины которым выполнялось склерозирование кист в амбулаторном порядке, после кратковременного наблюдения были отпущены по месту жительства. Средний койко-день составил $3,1 \pm 0,8$. Достигнут значительный экономический эффект в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, койко-дню, длительности операции. По результатам наших наблюдений, через один год после склерозирования кист, не отмечено рецидива заболевания, отсутствовали косметические дефекты, асимметрии МЖ. Обсуждение. Проведенный нами сравнительный анализ результатов хирургического лечения ФКБ показал эффективность и преимущество малоинвазивных методов хирургического лечения над секторальной резекцией МЖ. Выводы и рекомендации. Малоинвазивные методы хирургического лечения ФКБ являются высокоэффективными технологиями и позволяют достичь хороших результатов. Лечение кист МЖ при ФКБ должно быть преимущественно малоинвазивным. Использование малоинвазивных

методов лечения ФКБ позволит повысить КЖ и уменьшит риск озлокачествления.

134. Выбор способа лечения свищей тощей кишки, расположенных под связкой Трейтца

*Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Есмейкин И.М.,
Беззубов А.Р.*

Самара

Самарский государственный медицинский
университет

При свищах на уровне тощей кишки, образовавшихся вследствие несостоятельности швов анастомоза, перфорации ишемической язвы тощей кишки, перфорации дивертикула восходящего отдела двенадцатиперстной кишки, попытки устранения свища в этой зоне либо невозможно, либо практически у всех больных заканчиваются повторной несостоятельностью швов. Имеющиеся в литературных источниках данные относятся к использованию различных подходов при лечении пациентов со сформированными свищами при отсутствии перитонита в брюшной полости [Литтман И., 1982; Шалимов А.А., Саенко В.Ф., 1987; Крылов А.А. с соавт., 1988], не требующих выполнения экстренных операций. Обоснование применения известных технических приемов в условиях перитонита при свищах данной локализации требует проведения специального исследования. Цель исследования – провести анализ вариантов возможного закрытия высоких свищей тощей кишки, расположенных под связкой Трейтца, для обоснования применения наиболее безопасного способа у больных. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 9 пациентов в возрасте от 35 до 70 лет с высокими несформированными свищами восходящего отдела двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки на уровне связки Трейтца. Мужчин было 5, женщин – 4. Причинами высоких свищей были: закрытая травма живота с отрывом тощей кишки - у 1, дивертикул начального отдела тощей кишки - у 1, перфорация множественных дивертикулов ДПК и тощей кишки - у 1, мезентериальный тромбоз тощей кишки - у 1, мезентериальный тромбоз тонкой и правой

половины ободочной кишки – у 3, панкреонекроз – у 2. При лечении больных в реактивную стадию перитонита были выполнены операции: наложение первичного еюно-еюноанастомоза бок в бок – у 1, резекция дивертикула с ушиванием просвета кишки – у 1; резекция восходящего отдела ДПК и начального отдела тощей кишки с перфорациями дивертикулов и наложением анастомоза ДПК с тощей кишкой бок в бок справа от верхней брыжеечной артерии – у 1; резекция участка кишки, вовлеченного в мезентериальный тромбоз, с декомпрессией на первом этапе и наложением еюно-еюноанастомоза бок в бок – у 1; резекция участков кишки, вовлеченных в мезентериальный тромбоз, с декомпрессией на первом этапе и наложением еюно-трансверзоанастомоза бок в бок – у 3 (умер 1); формирование несформированного свища начального отдела тощей кишки вследствие панкреонекроза (ПН) в сформированный свищ на катетере Фоллея - у 2 (умер 1). Заключение. В условиях перитонита закрытие свища ДПК и тощей кишки слева под связкой Трейтца приводит к рецидиву свища у всех пациентов. Закрытие свища ДПК и тощей кишки в условиях перитонита с наложением анастомоза тощей кишки справа с вертикальным отделом ДПК позволяет получить положительный результат. Этапное лечение больных с мезентериальным тромбозом начального отдела тощей кишки с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта вторым этапом после оценки жизнеспособности сохранившихся участков кишечника позволяет снизить риск истощения пациентов из-за потерь кишечного химуса. У пациентов с панкреонекрозом формирование свища тощей кишки на катетере Фоллея при сохраненной проходимости желудочно-кишечного тракта позволяет добиться закрытия свища.

135. Особенности хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы при осложнениях

*Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В.,
Купер В.Д.*

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. По данным многоцентрового исследования эпидемиологии заболевания в России у 11,3-14,3% населения причинами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) [Розенфельд И.И с соавт, 2021]. Лечение ГПОД требует учета многих факторов, влияющих на его результат: анатомическое строение пищевода и пищеводного отверстия диафрагмы; характер нарушений моторной функции пищевода, желудка и ДПК; особенности воздействия желудочного сока на пищевод. Эти факторы могут быть причинами осложнений ГПОД до и после операций при неадекватном выборе способа их выполнения [Черкасов М.Ф. с соавт., 2016]. Целью исследования является анализ лечения больных с осложненным течением ГПОД и осложнениями операций при их хирургическом лечении. В исследование было включено 40 больных с ГПОД в возрасте от 20 до 69 лет. Мужчин было 21, женщин – 19. Материал и методы. У 29 пациентов осложненное течение заболевания наблюдали до операции. У 23 развился рефлюкс-эзофагит III степени с выраженным болевым синдромом в том числе: с эпизодами кровотечения - у 1, пептической язвой абдоминального отдела пищевода - у 1, стенозом и укорочением пищевода - у 1. У 4 больных грыжа носила невосправляемый характер, у 2 произошла перфорация пищевода. Все пациенты с осложнениями ГПОД до операции были оперированы: у 27 выполнена СПВ, задняя крурорафия, фундопликация по Ниссену; у 2 пациентов с перфорацией пищевода выполнена субтотальная резекция с последующей пластикой левой половиной толстой кишки. Полученные результаты. У 11 пациентов с ГПОД осложнения развились после операции. Рецидив грыжи после фундопликации по Ниссену - у 2, по Тупе - у 2, стеноз пищевода после терескардиопексии - у 2, сдавление пищевода ножками диафрагмы - у 1, сдавление желудка в пищеводном отверстии диафрагмы при коротком пищеводе - у 2, пилородуоденальный стеноз после стволовой ваготомии - у 1, свищ

пищевода вследствие прорезывания лигатуры на месте фундопликации - у 1. У пациентов с осложнениями после операции, выполненных по поводу ГПОД, объем вмешательств зависел от их характера. Рефундопликация по Ниссену выполнена у 4, устранение стеноза после терескардиопексии – у 2, устранение стеноза пищевода ножками диафрагмы – у 1, устранение сдавления желудка – у 1, пилоропластика по Финнею – у 1, закрытие свища желудка на сквозном дренаже – у 1. Летальных исходов в группах больных не было. Выводы. 1. У больных с ГПОД при прогрессировании заболевания возможно развитие тяжелых осложнений, наиболее тяжелыми из них являются невраивность грыжи и перфорация пищевода. 2. Осложнения после вмешательств у больных, оперированных по поводу ГПОД, обусловлены неправильным выбором способа операции и техническими ошибками при их выполнении.

136. Повреждения холедоха при резекции желудка

Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В., Мурашкина А.Е.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. При травмах внепеченочных желчных протоков отмечается связь локализации их повреждения с выполняемым оперативным вмешательством. Так, травмы протоков от ворот печени до ДПК связаны с операциями на желчном пузыре; трансдуоденального отдела холедоха – с папиллосфинктеротомией; ретродуоденального отдела холедоха - с резекцией желудка по способу Бильрот II у пациентов с постбульбарным расположением язвы в ДПК или ранее выполненной гастродуоденостомией по Джабулею. Травма холедоха при резекции желудка относится к наиболее тяжелым повреждениям, устранение которого является сложной технической задачей. Частота таких повреждений по данным литературы колеблется 0,1 до 1,5% [Белоконев В.И., Ковалева З.В., Вострецов Ю.А., 2016]. Цель исследования - анализ способов устранения повреждений

холедоха при резекции желудка и их результаты. Материал и методы. С 1998 по 2021 годы располагаем опытом лечения 115 пациентов с травмами и стриктурами гепатикохоледоха. в возрасте от 20 до 79 лет. Мужчин было 32 (28,3%), женщин – 83 (71,7%). В исследование включены 5 пациентов мужчин в возрасте от 30 до 50 лет, у которых травма терминального отдела холедоха возникла при резекции желудка по способу Бильрот II. У 4-х больных травма произошла вследствие мобилизации низко расположенной постбульбарной язвы ДПК, у 1 – при выполнении реконструктивной операции после стволовой ваготомии с гастродуоденоанастомом по Джабулею. У больного после мобилизации и пересечения ДПК большой дуоденальный сосок (БДС) оказался расположенным проксимальнее места пересечения кишки. У 4 больных были варианты раздельного расположения холедоха и Вирсунгова протока в ампуле БДС и только у 1-ого на протяжении холедоха. У пациента с последним вариантом взаимоотношения холедоха и Вирсунгова протока это позволило перевязать дистальный отдел холедоха и проксимально сформировать холедоходуоденоанастомоз бок в бок для оттока желчи и панкреатического сока. Наступило выздоровление больного. У 1-ого пациента при реконструкции ГДА по Джабулею после пересечения ДПК оказалось, что задняя стенка, на которой был расположен БДС, сохранена. Это позволило использовать заднюю стенку ДПК с БДС для наложения анастомоза ДПК с отключенной петлей кишки, отключенной по Ру. Наступило выздоровление больного. У 3-х больных после мобилизации и пересечения ДПК, оба протока оказались расположенными на головке поджелудочной железы. На первом этапе им было выполнено наружное дренирование протоков, которое осложнилось ферментативным перитонитом из-за подтекания желчи и панкреатического сока. Один больной при развитии осложнения умер, а двум пациента во время третьей релапаротомии была выполнена гепатиэнтеростомия на сменном дренаже по Гетцу и дренированием Вирсунгова протока «слепым» дренажом, проведенным через просвет кишки параллельно транспеченочному дренажу. После операций явления перитонита были купированы, но пациенты умерли вследствие прогрессирования энтеральной недостаточности. Таким образом, при травмах холедоха во время резекции желудка по способу Бильрот II из 5 пациентов умерло 3(60%). Выводы. Травма холедоха во время резекции желудка по способу Бильрот II – это тяжелое осложнение, сопровождающееся высокой

летальностью. Положительные результаты реконструктивной операции могут быть получены при варианте впадения Вирсунгова протока на протяжении холедоха из-за возможности выполнения операции Гетца на участке проксимальнее места повреждения.

137. Ранние послеоперационные осложнения и профилактика при лапароскопической герниопластике прямых паховых грыж

Енгенов Н.М., Плахотников И.А., Диденко М.В.

Донецк

ДонНМУ им.М.Горького

Актуальность темы. Популярность лапароскопической хирургии паховых грыж в наше время не вызывает сомнений среди хирургов и пациентов. Это связано с эффективностью и безопасностью данной методики. В то же время по ряду вопросов, таких как способ фиксации протеза, возможность диссекции, или резекции грыжевого мешка при пахово-мошоночных грыжах, интраоперационным мерам по профилактике сером и др., нет четкой регламентации, и выбор различных технических оперативных приемов остается за оперирующим хирургом. Одним из послеоперационных осложнений является серома, которая несколько омрачает достоинства лапароскопической герниопластики в глазах некоторых коллег и пациентов, хоть и существенно не влияет на конечный результат в плане рецидивов. И по нашим наблюдениям клинические проявления серомы чаще всего наблюдаются при операциях по поводу прямых паховых грыж. Цель исследования. Разработка и применение различных интраоперационных технологических приемов с целью эффективного способа борьбы с серомами в раннем послеоперационном периоде при лапароскопической герниопластике прямых паховых грыж. Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов у 45 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика по поводу прямой паховой грыжи на период с 2015 по 2021гг. в ДОКТМО. Всем больным применялись протезы размером 10x15см. производства «Линтекс».

Больные были поделены на 2 группы. Основную группу составили 25 пациентов, которым выполнена лапароскопическая герниопластика по нашей предложенной методике. Остальные 20 пациентов по стандартной технологии. Суть данной методики заключается в следующем. После выполнения стандартной мобилизации париетальной брюшины и выделения грыжевого мешка, перед помещением протеза в преперитонеальное пространство, ассистент с помощью пальца осуществлял давление в проекции медиальной ямки со стороны передней брюшной стенки с тем, чтобы хирург мог достать дно фасциального мешка. После чего дно фиксировали к связке Купера двумя скобами (спиралями), тем самым добиваясь редукции полости, где и накапливалась бы серома. Далее помещали протез в преперитонеальное пространство и фиксировали по стандартной технологии. При больших грыжевых мешках дополнительно сетка фиксировалась к фасциальному мешку. Ячеистая структура протеза позволяет визуализировать фиксируемые ткани достаточно четко. Оценка результатов проводилась в раннем послеоперационном периоде по стандартным критериям. Кроме того, на 3 и 8 сут. всем больным было выполнено контрольное УЗИ паховой области. Результаты и обсуждение: Среднее время операции в основной и контрольной группе существенно не различались и составило в среднем 40 мин. Сроки стационарного лечения в основной и контрольной группах различались незначительно: $7,0 \pm 0,6$ и $7,3 \pm 1,1$ койко-дня соответственно. В раннем послеоперационном периоде тромбоэмболические и гнойно-воспалительные осложнения в обеих группах отсутствовали. Через 3 сут. после операции в группе больных, оперированных стандартным способом выявлено три серомы, последние ликвидированы пункционно под УЗИ контролем однократно. Шесть пациентов обратились через 14 дней, причем серомы имели выраженное клиническое проявление с выбуханием в паховой области и незначительным болевым синдромом. В связи с этим выполнена пункция под УЗ-контролем 3-4-кратно с промежутком в 72ч, после чего было отмечено значительное клиническое улучшение и дополнительные пункции не проводились. В основной группе, где больные оперированы по предложенной технологии, ни клинически, ни при УЗИ серомы не выявлены. Вывод. Полученные результаты говорят о том, что TAPP является эффективным и безопасным методом хирургического лечения паховых грыж. В то же время это оперативное вмешательство при прямых грыжах может сопровождаться образованием

серомы, морфологической основой которой является перерастянутая поперечная фасция пахового промежутка. Серома может удлинять общий срок полного восстановления и сказываться на удовлетворенности пациентов результатами операции. Рекомендации. Одним из способов профилактики сером может быть редукция фасциального мешка по предложенной нами технологии, т.е. фиксация его дна к связке Купера и при больших фасциальных мешках так же и к сетчатому имплантату в области медиальной паховой ямки.

138. Тактика лечения эндокринной офтальмопатии у пациентов с диффузным и смешанным токсическим зобом

Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Старостина А.А., Аржанова А.О.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Токсические формы зоба объединяют три заболевания: диффузный токсический зоб (ДТЗ), смешанный токсический зоб (СТЗ) и рецидивный послеоперационный токсический зоб (РПТЗ) (Ветшев П.С., Мамаева С.К., 2006). Наиболее тяжелыми осложнениями этих заболеваний являются тахикардия, нарушения ритма и эндокринная экзофтальмопатия. Последнее осложнение на определенной стадии приобретает признаки самостоятельного заболевания, которое на фоне тиреотоксикоза имеет прогрессирующее течение, приводя к тяжелым последствиям и нарушению зрения. Тактика лечения больных с эндокринной экзофтальмопатией описана, однако на практике встречаются пациенты, у которых на фоне медикаментозного лечения тиреотоксикоза предпринимаются попытки лечения экзофтальмопатии лекарственными средствами. Для этого используют глюкокортикоиды в виде пульс-терапии и проводят рентгенотерапию орбит. По данным Т.П. Шестаковой с соавт. (2014) экзофтальм и двоение уменьшаются при пульс-терапии в комбинации с облучением. Однако такое лечение эффективно не у всех больных, что

приходится прибегать к сложным и травматичным хирургическим вмешательствам - костной декомпрессии орбиты для коррекции оптической нейропатии и выраженного экзофтальма (Еолчиан С.А. с соавт., 2014). Цель настоящего исследования - оценка у больных с токсическими формами зоба динамики течения эндокринной офтальмопатии после выполненной тиреоидэктомии. Материал и методы. В исследовании приняли участие 141 пациент: с ДТЗ - 53, СТЗ - 76, РПТЗ - 12. Эндокринная офтальмопатия (ЭО) у пациентов с ДТЗ выявлена у 17 (32,1%), с СТЗ - у 11 (14,5%), с РТЗ - у 3 (25%). Результаты. Полученные нами данные подтверждают сведения о том, что наиболее часто ЭО развивается у пациентов с ДТЗ. Что касается РПТЗ, то высокий процент ЭО (25%) свидетельствует о том, что объем выполненной предшествующей операции у больных был неадекватным. Всем пациентам в связи с безуспешностью медикаментозного лечения была выполнена операция в объеме тиреоидэктомии. Оценка пациентов с ЭО после операции показала, что у них имелась положительная динамика течения заболевания не зависимо от исходной степени выраженности эндокринной офтальмопатии. Выводы. Таким образом, хирургическое лечение пациентов с токсическими формами зоба в объеме тотальной тиреоидэктомии является основой для лечения эндокринной офтальмопатии независимо от степени ее выраженности, которое должно предшествовать медикаментозной и лучевой терапии заболевания.

139. Послеоперационная грыжа промежности

Белоконев В.И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Рыжков Р.С.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Грыжи промежности относятся к редким заболеваниям, которые встречаются в возрасте от 40 до 60 лет, и у женщин выявляются в 5 раз чаще, чем у мужчин. Предпосылками для образования послеоперационной промежностной грыжи у больных является перенесенная операция

брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака [Ривкин В.Л. с соавт., 2009, 2019; Грекова Н.М. с соавт., 2019, 2019]. При этом удаляется прямая кишка с опухолью и компонентами запирающего аппарата, мезоректум и участок сигмовидной кишки. Образующаяся при этом обширная раневая поверхность с нарушением тазового дна затрудняет его восстановление. После операции в дефекте тазового дна образуются грыжевые ворота, в которые под давлением собственного веса внутренние органы с покрывающей их париетальной брюшиной спускаются в подкожную клетчатку с формированием в промежности грыжевого мешка. Оперативное лечение промежностных грыж является сложной задачей из-за анатомических особенностей расположенных в данной области органов. Цель исследования – провести анализ особенностей течения и техники оперативного лечения послеоперационных промежностных грыж. Материал и методы. За период 1998 по 2021 годы за помощью в 2021 году обратились две женщины в возрасте 69 и 75 лет с диагнозом послеоперационная промежностная грыжа. В обоих случаях грыжи образовались после выполнения больным брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака в 2019 году. У одной больной операция была выполнена лапароскопическим у второй открытым способом. При поступлении пациентки предъявляли жалобы на опухолевидное образование, свисающее из промежности на расстояние более 20 см, затрудняющее движения, в том числе принятие положения сидя и вызывающее боли периодического характера. При обследовании больных признаки прогрессии основного заболевания прямой кишки не обнаружены. Пример выполнения операции при промежностной грыже. Пациентка А., 75 лет. Операция 2021.09.29. Герниолапаротомия, резекция участка тонкой кишки, вовлеченной в грыжевой мешок спайками «в» типа. Тонко-тонкокишечный анастомоз бок в бок, пластика грыжевых ворот в тазовом дне комбинированным способом по первому варианту с расположением протеза в положении sub lay. Под эндотрахеальным наркозом в положении больной на животе в промежности кпереди от крестца двумя окаймляющими разрезами длиной 15 см рассечена кожа и подкожная клетчатка. Грыжевой мешок спаян с кожей, которая истончена. Выполнена герниолапаротомия. К грыжевому мешку прилежит петля тонкой кишки, которая на расстоянии 15 см интимно спаяна с его оболочками спайками «в» типа. Отделение участка тонкой кишки от оболочек невозможно без вскрытия ее просвета, поэтому

показана ее резекция. После мобилизации брыжейки выполнена резекция тонкой кишки на протяжении 20 см с последующим наложением анастомоза бок в бок. Используются нити капрон и полигликолид 3.0. Диаметр анастомоза 2,5 см. Швы на брыжейку кишки. Петля кишки с анастомозом погружена в брюшную полость. Начато выделение грыжевых ворот, диаметр которых составил 10 см. Грыжевые ворота образованы мышцами тазового дна, lig. Sacrospinale и lig. Sacrotuberale, а также медиальными краями musculus gluteus maximus. Оболочки грыжевого мешка частично иссечены и после проверки брюшной полости на гемостаз и инородные тела швы между собой. Затем полипропиленовый протез размером 10x10 см уложен под мышцами и указанными связками на расстоянии 3 см от края, а затем изнутри подшит к ним. Пластика завершена сшиванием мышц над протезом, который таким образом расположен в позиции sub lay. В подкожной клетчатке установлен дренаж. Кожные лоскуты фиксированы к протезу матрацными швами. Швы на края кожи, вакуумная аспирация. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана на промежности зажила первичным натяжением. При осмотре через 3 месяца рецидива заболевания нет. Аналогичным образом была выполнена операция и у второй пациентки. Заключение. 1. Послеоперационные грыжи промежности после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака имеют особенности проявления и требуют оперативного лечения из-за риска возможного повреждения кишечника в грыжевом мешке. 2. При промежностной грыже пластика дефекта может быть выполнена без натяжения комбинированным способом с использованием полипропиленового протеза.

140. Влияние дренирования раны на результаты открытых операций у больных с паховой грыжей

*Пушкин С.Ю., Бурнаева Н.С., Белоконов В.И.,
Ковалева З.В., Рыжков Р.С.*

Самара

Самарский государственный медицинский
университет

Актуальность. Операции при паховой грыже занимают первое место и достигают 65% от общего числа вмешательств, выполняемых при данном заболевании. При лечении больных используются, как открытые по способу Лихтенштейна, так и лапароскопические операции. Согласно Датской базе данных лапароскопические методики и полный отказ от региональной анестезии позволил снизить на 50% число повторных операций. Однако при этом остается проблема хронической боли. Что касается результатов лапароскопических операций у пациентов с паховыми грыжами, то по сонографическим данным у 27% в паховой и мошоночной областях обнаруживают патологические изменения – серомы, гематомы, выпячивание протезной сетки, инфицирование сетки, ущемление тонкой кишки. Эти данные, с одной стороны, указывают на большую ценность проведения сонографии для выявления осложнений, а с другой стороны, свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования техники оперативных вмешательств. Наиболее простыми, исходя из характера осложнений и не требующими пересмотра принципиальных подходов при выполнении операций, являются изменение положения протеза в тканях и дренирование раны. Цель настоящего исследования - сравнить результаты пластик паховой грыжи по способу Лихтенштейна и комбинированным способом с дренированием и без дренирования послеоперационной раны. Материал и методы. Проведен анализ 239 больных с паховой грыжей. Мужчин было 215 (89,6 %), женщин – 25 (10,4 %), средний возраст больных составил 62,14±0,88 года. Пациентам были выполнены передние открытые протезирующие операции по способу Лихтенштейна и комбинированным способом – вариантом операции Лихтенштейна. Отличие вмешательства состояло в том, что в протезе окно Кукса формировали кверху от семенного канатика перпендикулярно к паховой связке, а после подшивания протеза к паховой связке и вверху изнутри к апоневрозу наружной косой мышцы

живота, над ним сшивали переднюю стенку пахового канала, располагая семенной канатик над апоневрозом наружной косой мышцы живота в подкожной клетчатке. По способу Лихтенштейна оперировано 44 пациента: из них с дренированием раны 7, без дренирования – 37. Комбинированным способом оперировано 196 больных: из них 171 с дренированием и 25 без дренирования раны. По способам завершения операций больные с паховой грыжей разделены на две группы. В первую группу вошли 178 больных, оперированных по способу Лихтенштейна и комбинированным способом, с дренированием раны; во вторую группу - 62 пациента без дренирования раны. Течение послеоперационного периода оценивали клинически и с использованием сонографии для выявления возможных осложнений: гематомы, серомы, нагноение протеза, водянка яичка, орхоэпидидимит. УЗИ исследования проводили с помощью линейного датчика на аппаратах Siemens Sonoline G 40 и Aloka SSD-1400. Анатомическими структурами при УЗИ были: кожа, подкожная клетчатка, край прямой мышцы живота, лобок, передняя верхняя подвздошная ость, семенной канатик, апоневроз наружной косой мышцы живота, протезная сетка, мошонка, яичко и ее придаток. Непосредственные результаты оценивали, как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Полученные результаты. У 178 пациентов первой группы после операций серома выявлена у 3 (1,7%), гематомы – у 2 (1,1%). У 62 больных второй группы серома обнаружена у 31 (50,0 %), гематома – у 11 (17,7%), нагноение протеза – у 1 (1,6%). Полученные результаты показывают, что дренирование раны после открытых операций у больных с паховой грыжей существенно снижает частоту раневых осложнений, улучшая непосредственные результаты лечения. К дренированию ран после «чистых» операций при паховой грыже прибегают далеко не все авторы. Однако вмешательства в паховой области с частым использованием электрокоагуляции с целью гемостаза приводит к асептическому инфаркту подкожной клетчатки, на фоне которого развивается серома, ее инфицирование, а затем и нагноение протеза. Добиться абсолютного гемостаза при манипуляциях в ране и элементах семенного канатика у лиц пожилого и старческого возраста, принимающих дезагреганты и антикоагулянты, практически невозможно, а поэтому дренирование раны просто необходимо. Выводы. Таким образом, при завершении операций у больных с паховой грыжей по способу Лихтенштейна и комбинированным способом дренирование послеоперационной раны является

эффективным методом профилактики развития осложнений.

141.Эффективность физических методов детоксикации в лечении гнойно-некротических осложнений диабетической стопы

Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Сулейманов Ш.А., Рабаданова С.Р., Магомедов З.М., Свеллиманов З.А., Гереева З.К.

Махачкала

Даггосмедуниверситет

Актуальность. В XXI веке сахарный диабет (СД) распространяется с пугающей быстротой. К 2022 году число диабетиков в мире достигло около 500 млн., в России их 9.6 млн, в Дагестане – более 34 тысяч. При нейропатических формах синдрома диабетической стопы (СДС) язвенно-некротические изменения в тканях стопы имеют место у 27-44.2% пациентов. В целом в РФ более 4 млн лиц на учете с диабетической стопой, которым в 80% случаях не избежать тот или иной вид отсечения конечности. Ежегодно в РФ проводятся более 11 000 ампутаций ног и у половины из них – на уровне бедра. После ампутации СДС не излечивается: в течение 5 лет уже 61%, лишаются и второй конечности, что и обуславливает актуальность данной проблемы. Цель исследования. Улучшить результаты лечения инфекционных очагов диабетической стопы путем ультрафиолетового и лазерного облучения крови и облучения лучами лазера гнойно-некротических поверхностей ран и язв стопы. Материал и методы. За минувший год, в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) поступили 219 пациентов, страдающие нейропатической формой диабетической стопы. У них на стопе выявляли от 2 до 4 гнойно-некротических язвенных и раневых очагов. Длительность течения диабета у них в среднем составляла 9.2 лет, длительность поражения стопы – от 2 мес. до 3 лет. Средний возраст пациентов - 62 года. Преобладал мужской контингент- 131. Почти у всех больных при поступлении пораженная стопа была отечная, холодная с глубокими гноящимися ранами большей частью с подошвенной поверхности стопы, нередко с контактными остеомиелитами. По классификации

раневых дефектов по Вагнеру (1981) поражения тканей стопы 11 степени выявлены у 27 (12.3%); 111 степень - у 142 (64.8%) и 1У степени - у 50 (22.8%). Уровень гликемии у них составлял 13-26,8 ммоль/л, показатели НВА1с от 9 до 10.8%. Пульсация на артерии стопы либо слабая, либо вообще не определялась. На УЗДГ показатели проходимости основных артериальных стволов конечности составлял 20-30%. АД было нестабильное 90/60, пульс -90-110 в мин, НВ -57-90 г/л, общий белок крови – 42-57 г/л. Взята кровь на прокальцитонин – тест, биомаркера бактериального эндотоксикоза и сепсиса. Ответ: от 5.4 до 11.1 нг/мл, что указывает на тяжелую эндогенную интоксикацию и сепсис. Все 219 пациентов были поделены на 2 группы: в 1-ю (основную) вошли 112 пациентов, которым, стандартное оперативное и медикаментозное лечения дополнили: 89 пациентам в/в ультрафиолетовым облучением крови (ВУФОК); 81 больным в/в лазерным облучением крови (ВЛОК); 97 лицам -лазерным облучением инфицированных участков на стопе и голени. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 107 пациентов, которых лечили и детоксицировали традиционно: антибиотиками, антисептиками, форсированным диурезом, инфузионно-трансфузионной терапией и местно-кварцевание раневых поверхностей. Обе группы были приблизительно сопоставимы по причинам, полу, возрасту, сопутствующим соматическим нозологиям. Внутривенное ультрафиолетовое и лазерное облучение аутокрови производили с помощью терапевтического двухканального аппарата «Лаумик – ВЛОК». В зависимости от выраженности эндотоксемии пациенты получали ВУФОК от 2 до 8 сеансов через день, время облучения от 40 до 60 мин. ВЛОК проводили интенсивными лучами малой мощности (10-20 мВт), в течение 5-10 мин; длительность облучения 20-30 мин, всего 6-12 сеансов через день. Эффективность проводимой терапии оценивали по клинической картине и динамике изменений показателей неспецифической реакции организма. Наши бактериальные исследования показали, что в 79% больных в гнойно-некротических очагах, как правило, выявляли ассоциации микробов от 2 до 5 видов аэробов и анаэробов. Моноинфекция была характерна менее чем одной трети пациентов. Чаще высевались штаммы стафило- стрептококков, синегнойной палочки, протеи, энтеробактерии. Микробная обсемененность тканей гнойного очага у наших больных составляла от 107 до 109 бактерий в 1 г. ткани или в 1 мл раневого секрета, тогда как критическим уровнем в таких случаях принято считать 105 микробов. При поступлении всем нашим больным проведена кратковременная

интенсивная терапия, направленной на коррекцию гликемии, гиповолемии, гипопроотеинемии, сдвигов кровообращения. Затем под эндотрахеальным наркозом выполняли радикальную хирургическую санацию гнойно-некротических очагов. При контактных остеомиелитах- резекция костной ткани, Операции заканчивали полной разгрузкой стопы. Гнойные полости и поверхности ран обрабатывали хлогексидином 0,05%, диоксидоном 50%, перекисью водорода 3%, бетадином, мирамистином, Назначали антимикробную терапию по чувствительности флоры, в сочетании с метранидазолом, обладающего бактерицидной эффективностью в отношении, как на аэробов, так и на некластридиальных анаэробов. Клиника эндотоксемии в той или иной степени была характерна всем больным, и нами оценена как средней и тяжелой степени тяжести. Полученные результаты и обсуждение. В первой группе больных, где терапию усилили ВУФОК, ВЛОК и лазерным облучением гнойных поверхностей после 5-7 сеансов, в отличие от пациентов контрольной группы, заметно улучшилось самочувствие, появился аппетит, интерес к окружающему. Температура тела, показатели лейкоцитов и СОЭ опустились до около нормальных величин. Отеки на стопе и голеностопном суставе уменьшились наполовину, обильный и мутный раневой секрет стал просветленным и скудным. Очищение ран от гноя и некротических тканей, образование и созревание грануляций, формирование рубца и эпителизации в 1-й опытной группе происходили на 4-6 суток раньше, чем в контрольной. Больные из опытной группы выписывали на 16-18 сутки, из 2-й группы- на 20-24. Из умерших 32 пациента: 13 из 1-й и 19 из 2 группы. Позитивный эффект ВУФОК выражается в расширении сосудов и снижение вязкости крови, что снижает риск тромбообразования, усилением фагоцитоза лейкоцитами, нормализацией уровня кислорода в крови, улучшением обменных процессов и т.д. Лучи лазера, облучая эритроцитов, лейкоцитов активирует в них энергетический потенциал. Они бактериоцидны, антисептичны, поэтому детоксикационны. Мы убедились, что эти физиотерапевтические пособия намного быстрее и эффективнее, чем медикаменты корректируют воспалительные сдвиги в гемограмме, температуры тела, способствуют ослаблению напряженности эндотоксемии и за короткий срок достоверно снижает микробной обсеменности в инфицированных очагах. Выводы. 1. Использование ВУФОК, ВЛОК, и излучение лучами лазера гнойной поверхности сокращают сроки очищения раны, ускоряют переход стадии воспалительной в

регенеративную, далее и в репаративную. 2. Использованные физиотерапевтические пособия достоверно препятствуют генерализации инфекции, и снижают числа ампутантов по данной нозологии.

142. Наш опыт лечения влажной гангрены нижних конечностей

Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Сулейманов Ш.А., Шугаинова К.З., Рабаданова С.Р., Магомедов З.М.

Махачкала

Даггосмедуниверситет

Актуальность. В основе диабетической гангрены лежит: гипергликемия, запускающая микроангиопатию, нейропатию, остеоартропатию, которые в свою очередь влекут за собой функциональные изменения сосудов, особенно капиллярной сети стопы. Риск развития данной патологии отмечается у 35-40% диабетиков. В России из 80 000 ежегодных ампутаций более 60 тыс. связаны с развитием гангрены ноги на фоне сахарного диабета (СД). До середины XX века, когда войны были регулярными, длительными и массовыми, диагноз «гангрена» наводил ужас и подразумевал в лучшем случае – ампутацию, но чаще - мучительная смерть. В то же время производимые тысячелетиями ампутации ног не гарантировали прекращение гангрены, 50-80% раненых вскоре умирали из-за эндотоксемии, сепсиса и отсутствия антибиотиков и антисептиков. Несмотря на диагностические успехи у 47% диабетиков гангрена выявляется недопустимо поздно. Это влечет за собой не только потеря конечности, но и летальные исходы. Так что нам есть еще над чем работать и к чему стремиться. Цель исследования. Улучшить результаты лечения диабетической гангрены ног путем включения в комплекс терапии ряда детоксикационных пособий. Материалы и методы. За последние три года в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) поступили 163 пациента с диабетической гангреной, являющейся тяжелой формой синдрома диабетической стопы (СДС). Продолжительность заболевания диабетом - 3-27 лет, длительность диабетической стопы – от 6 мес. до 2.5 года. Мужчин 97, женщин – 66. При

поступлении в клинику у 76 не трудно было диагностировать сухую, а у 87 – влажную гангрену (ВГ) стопы. Сухая гангрена – результат медленно формирующегося нарушения кровообращения и в результате - асептическое отмирание тканей по типу мумификации. Общее состояние больных обычно не страдало, продолжающееся распространение некроза не наблюдалось, омертвевшие ткани не разлагались, явные жизнеугрожающие признаки интоксикации не выявлялись. В целом прогноза сухой гангрены благоприятный и мы здесь ее не рассматриваем. Влажная гангрена (ВГ) у наших больных протекала быстро, после скоротечных воздействий либо острой ишемии, либо острой инфекции, и развивалась в форме «гниения заживо». Граница между пораженными и здоровыми участками стерта, некроз распространялся в проксимальном направлении. Чувствительность стопы и голени отсутствовала или существенно была снижена. Пораженный участок стопы, а у некоторых и область голеностопного сустава были отечны, холодны, стопа увеличена в размерах. Кожа стопы синюшного или темно-фиолетового цвета, явно заметен продолжающийся распад рыхлых тканей, имеющие тестоватую консистенцию и зловонный запах. Сердечная деятельность характеризовалась тахикардией и артериальной гипотонией; ЖКТ- потерей аппетита, тошнотой, рвотой, задержкой стула; функции почек - в моче белок, олигурия, четверо больных – на программном диализе 2 раза в неделю. У 79 пациентов выявили эндогенную интоксикацию (ЭИ) средней и тяжелой степени. Они сопровождалась интенсивными болями в пораженной конечности, температура тела до 39,0 и выше. Их еще мучили головные боли, нарастающая слабость, разбитость, тошноту и рвоту, По оценке УЗДГ проходимость основных артериальных стволов пораженной ноги – 27-35%. При лабораторном исследовании крови показатели уровня сахара натощак доходили до 11-18 ммоль/л., уровень HbA1c составил - 9,4±2,7%, лейкоцитоз до 21-30x10⁹/л, выраженный сдвиг формулы крови влево, а так же анэозинофилия, токсическая зернистость нейтрофилов ++, +++, СОЭ 38-56 мм/час, выраженная диспротеинемия, гипопропротеинемия, анемия, билирубинемия. Чтобы выяснить степень тяжести ЭИ мы 79 больным определяли в крови прокальцитонин – тест – надежный маркер диагностики бактериального эндотоксикоза и сепсиса. Ответ: 4,3 - 12,1 нг/мл, что говорит о высокой напряженности эндогенной интоксикации, септическом состоянии и необходимости срочного хирургического вмешательства. По посевам крови на стерильность у 39 пациентов выявлен тяжелый сепсис. Путем

бакпосевов сравнительно больших гнойно - некротических очагах стопы выявили полимикробную флору (2-5 видов), где аэробы сочетались с факультативными анаэробами, с высокой микробной обсемененностью тканей до 10⁷ – 10¹⁰ патогенов в 1 г ткани, что значительно превышало критический (10⁵) их уровень. Микробная флора сохранила высокую чувствительность к цефалоспорином и макролидам. Результаты и обсуждение. После клинической оценки течения ВГ алгоритм терапии состоял из консервативного, оперативного и комбинированного лечения. При поступлении всех больных перевели на простой инсулин с суточным мониторингом колебания глюкозы. Назначали двух антибиотиков широкого спектра (в/в, в/м), один из которых цефалоспоринового ряда, а с получением результатов бакпосева, назначения корректировали с учетом чувствительности возбудителя. С целью оптимизации сердечно-сосудистой системы больные получали ангиопротекторы, корректоры микроциркуляции (трентал, реополиглюкина, курантил, вазонит), спазмолитики. Как неспецифическая детоксикационная терапия назначали антикоагулянты и дезагреганты, улучшающие микроциркуляцию крови, антиоксиданты (вит.Е), иммуностимулятор –Т-активин, гепатопротекторы и обезболивающие. Тяжелым больным переливали компоненты донорской крови, растворы для коррекции обменных нарушений. По мере стабилизации общего и местного статуса (1-3 сутки) из-за нарастающей интоксикации и опасности распространения ВГ, при проявлении демаркационной линии, по абсолютным показаниям 17 пациентам произвели ампутации ноги на уровне бедра. Из 28 больных с гангренами пальцев стопы 23 подвергнуты малым вмешательствам. Остальным произведены некротомии, неоднократные некрэктомии и вскрытия межмышечных абсцессов и флегмон, произвели полную разгрузку оперированной конечности. Умерло 6 (35,3%) человек: один от - ТЭЛА, двое - от полиорганной недостаточности, трое от инфаркт миокарда. Оставшихся 78 пациентов нами поделены на 2 группы: в 1-ю (контрольную) вошли 37 пациентов, которым провели выше описанный рутинный комплекс лечения. Вторая (основная) группа состояла из 41 лиц, которым рутинный комплекс лечения дополнили детоксикационными методами. Это в/в ультрафиолетовое облучение крови (ВУФОК) – 41 больным, 9-11 сеансов, продолжительностью 40-60 мин; б) низкоинтенсивные лазерное излучение (НИЛИ, 10-20 мвт) раневых поверхностей после

некрэктоми и ампутационную рану бедра – 37 б-ным, экспозиция- 5-10 мин, 3-5 сеансов; в) в/в введение 300 мл озонированного раствора в концентрации 5-6 мкг/мл, всего 7-8 сеансов– 41 б-ным.

Гемодиллюция кристаллоидными растворами: физ р-р, лактасол, ацессоль, плюс препараты связующие токсины: альбумины, гемодез, гипохлорит натрия, реамберин из расчета (30 – 50 мл/кг/ веса), всего - 3 -4 л жидкости в сутки. Во 2-ой опытной группе, в отличие от контрольной группы, мы получили позитивные клинические результаты. Они обусловлены использованием ВУФОК- экспресс вариант очистки крови, введением озонированных растворов, способствовавшие снижению обсемененности даже до полной деконтаминации флоры в очагах инфекции, облучением гнойных очагов и поверхностей ран лучами лазера, которые обеспечили быстрое удаление гнойно-некротических фрагментов тканей. И, наконец, проведенная массивная гемодиллюция снизила концентрацию циркулирующих токсинов, вымывала ядовитых субстанций из тканей, связывала их экзогенно для этого введенными препаратами и ускорило выведение указанных болезнетворных агентов почками с мочой. Выводы. 1. Влажная гангрена диабетической стопы развивается быстро, течет в форме «гниение заживо» и всегда сопровождается тяжелой степенью эндогенной интоксикации. 2. Примененные нами физиотерапевтические методы детоксикации относительно просты, безопасны, экономичны и с достаточной лечебной эффективностью. Немаловажный факт: как бы долго не использовали их, микробы не теряют, как к антибиотикам, к ним чувствительность. Все это позволяет нам рекомендовать их в лечении многих видов хирургической инфекции. 2. Детоксикация имеет свои последовательные стадии: гемодиллюция; связывание и разрушение токсинов; форсированное выведение их с мочой. 3. В послеоперационном периоде конечность, которой придали, полную обездвиженность восстанавливается намного быстрее и наоборот.

143.Предоперационное планирование лапароскопического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Бородкин И.Н., Дёмин Д.Б., Савин Д.В.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из самых распространённых гастроэнтерологических заболеваний в России. Распространенность данного заболевания достигает 42% среди взрослого населения. Одной из основных причин развития ГЭРБ, в 70% случаев, является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). При этом консервативная терапия при ГПОД не приводит к излечению, а лишь снижает проявления ГЭРБ. Поэтому хирургическое лечение ГПОД в сочетании с ГЭРБ является единственным радикальным способом лечения данной патологии. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ГПОД путем предоперационного планирования. Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 167 больных с ГПОД I-IV типов, находившихся в хирургических отделениях ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в период с 2012 по 2021 гг. включительно. Среди больных было 59 (35,3%) мужчин и 108 (64,7%) женщин в возрасте от 24 до 72 лет. Диагноз был верифицирован на основании современного комплексного обследования. На дооперационном этапе 54 пациентам дополнительно была выполнена нативная мультиспиральная компьютерная томография области кардиоэзофагеального перехода и подробная оценка следующих параметров: диаметр неизмененного дистального отдела пищевода над грыжевым мешком, содержимое грыжевого мешка, размеры грыжевых ворот и отклонения оси пищевода на уровне грыжевых ворот относительно диафрагмы в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Все больные были подвергнуты лапароскопическому лечению в объеме крурорафии, фундопликации по методике «short floppy» R. Nissen. Все операции выполнялись с использованием эндоскопической системы высокого разрешения Karl Storz Image 1. Проведена сравнительная оценка результатов хирургического лечения данных двух групп. Результаты. Средний койко-день в обеих группах

был сопоставим и составил $7,4 \pm 1,4$ дней в первой группе и $7,2 \pm 1,3$ дней во второй группе. Летальных исходов после оперативных вмешательств не было. У большинства пациентов клинические проявления заболевания в ближайшем послеоперационном периоде исчезли или значительно уменьшились. Осложнения, непосредственно связанные с антирефлюксной операцией, наблюдались у 27 (23,9%) пациентов первой группы и у 4 (7,4%) пациентов второй группы. Интраоперационные кровотечения были у 2 (1,8%) пациентов первой группы (кровотечение из левой желудочной артерии и из селезенки). Значимых интраоперационных кровотечений у пациентов второй группы не отмечалось. В 1 случае (0,9%) у пациента из первой группы наблюдалось интраоперационное повреждение абдоминального отдела пищевода. Во второй группе данных осложнений не наблюдалось. Повреждения медиастинальной плевры определялись у 3 (2,7%) пациентов первой группы и у 1 (1,9%) пациента второй группы. Осложнения в виде дисфагии отмечены у 20 (17,7%) пациентов первой группы и у 3 (5,6%) пациентов второй группы. Стойкая дисфагия отмечалась у 1 (0,9%) пациента первой группы. Также у 5 (4,4%) пациентов первой группы наблюдалась транзиторная дисфагия III и IV степени выраженности по А.И. Савицкому, потребовавшая выполнения эндоскопического бужирования. Во всех остальных случаях отмечалась транзиторная дисфагия I и II степени выраженности, которая купировалась самостоятельно в течении 1-2 месяцев после оперативного лечения. Выводы. Таким образом, выполнение КТ-исследования и тщательный анализ томограмм на дооперационном этапе является эффективным методом оптимизации и снижения возможных осложнений хирургического лечения ГПОД. По нашему мнению, выполнение МСКТ является неотъемлемой частью предоперационного планирования лапароскопического лечения ГПОД.

144. Клинические особенности и новые эндоскопические возможности в лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии

Чередников Е.Ф. (1), Баранников С.В. (1),
Юзефович И.С. (1), Банин И.Н. (1,2),
Болховитинов А.Е. (2), Бережной С.И. (2)

Воронеж

1) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 2) БУЗ ВО «ВГКБСМП№1» г. Воронеж

Актуальность. Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений является серьезной проблемой мировой хирургии. Решающее значение в лечении пациентов с данной патологией принадлежит эндоскопическому гемостазу. Перспективным, многообещающим направлением в лечении язвенных кровотечений является применение эндоскопических порошкообразных гемостатических систем (Topical therapy). Цель исследования – изучить современные клинические особенности и оценить результаты применения новых отечественных эндоскопических технологий гемостаза в комплексном лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Материал и методы. Исследования проведены на базе Воронежского городского специализированного Центра по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями в 2020-2021 гг. В исследовании приняли участие 221 больной с кровоточащими гастродуоденальными язвами. Результаты. Как показал анализ, в современной структуре гастродуоденальных кровотечений преобладают острые гастродуоденальные язвы – 64.7% больных, а осложненная кровотечением язвенная болезнь составляет лишь 35.3% наблюдений. В структуре общей заболеваемости преобладают лица пенсионного возраста – 53.0% больных, средний возраст которых – 62.0(47.0-72.0) лет. Наиболее частым типом кровотечения является тип FIIC – 47.1% больных, реже встречаются пациенты с нестабильно остановившимся кровотечением FIIA-FIIB – 31.2% больных и продолжающимся кровотечением FIA-FIB – 13.1% больных, тип FIII – наблюдается лишь у 9.5% пациентов (по J. Forrest, 1974). Наиболее часто у пациентов встречается легкая и тяжелая степень кровопотери – 50.7% и 32.6% больных соответственно, средняя степень кровопотери наблюдается лишь у 16.7% больных (по А.И. Горбашко, 1982). В структуре сопутствующей патологии у больных преобладают

заболевания сердечно-сосудистой системы (66.0% больных), среди которых наиболее часто встречается гипертоническая болезнь – 60.6% больных и ишемическая болезнь сердца – 47.9% больных. 18.6% пациентов с язвенным кровотечением принимают дезагреганты, 10.4% больных – антикоагулянты и 8.1% больных – НПВП. В комплексной программе лечения пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением использовался индивидуальный подход с применением отечественных технологий эндоскопического цитопротективного лечения, основанный на комбинированном использовании традиционных средств эндоскопического гемостаза в сочетании с применением эндоскопических пневмоинсуффляций гранулированного сорбента Асептисорб-Д и порошкообразного гемостатика Желпластан (Патент РФ № 2633588). Механизм действия разработанной технологии заключался в местном цитопротективном, гемостатическом, противовоспалительном, антибактериальном эффекте наносимого на поверхность язвенного дефекта биологически активного гидрогеля, защищающего источник геморрагии, от агрессивного воздействия желудочного и дуоденального содержимого, создавая тем самым условия для профилактики возобновления геморрагии и стимулируя репаративные процессы в области язвенных дефектов. В комплексном лечении больные также получали современную медикаментозную терапию согласно стандартов лечения больных с язвенным кровотечением. Применение новых технологических подходов в условиях работы специализированного Центра позволило значительно улучшить результаты лечения больных и обеспечить окончательный гемостаз в 95.0% наблюдений, при эффективности первичного эндогемостаза (FIA-IB) – 93.1%, эффективности профилактики возобновления кровотечения (FIIA-IIВ) – 92.5%, при частоте повторных кровотечений – 4.07%, оперативной активности – 2.7% и летальности – 3.2%. Выводы. Применение современных технологических подходов, основанных на внедрении инновационных эндоскопических технологий с применением гранулированных сорбентов и местных гемостатических средств, позволяет улучшить результаты лечения больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами, дает возможность повысить надежность гемостаза, сократить частоту рецидивов геморрагий и уменьшить число экстренных операций.

145. Прогностическая значимость панкреатогенной энцефалопатии

*Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Попов А.С.,
Зюбина Е.Н., Михин В.С., Шарашкина Л.В.,
Дробков М.А., Куприянов Д.С.*

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Недостаточная освещенность и, вместе с тем, высокая частота развития (9-35%) панкреатогенной энцефалопатии (ПЭП) и значительное увеличение смертности (до 57-70%) от панкреонекроза, осложненного церебральными нарушениями, дает основание для более глубокого изучения существующей проблемы. Материалы и методы. Нами изучены истории болезни 455 пациентов с верифицированным панкреонекрозом. В основную группу А вошло 106 пациентов с ПЭП, в контрольную группу Б – 349 пациентов без церебральных расстройств. Группы А и Б были разделены на подгруппы по генезу панкреонекроза: подгруппы А1 – 55(12,1%) и Б1 – 117(25,7%) имели алкогольную этиологию, а подгруппы А2 – 51(11,2%) и Б2 – 232(51%) – неалкогольную. Для изучения динамики тяжести течения болезни мы использовали интегральную шкалу SAPS II. Учитывая, что все пациенты имели оценку более 10 баллов, мы применили условную стратификацию: 10-19 баллов и более 19 баллов. Для оценки коморбидного фона больных применяли индекс Чарльсона. Физический статус пациентов, оценивался с помощью шкалы American Society of Anesthesiology (ASA). Изучали длительность госпитализации, количество органических нарушений в группах, вероятность поступления в реанимацию и продленной ИВЛ. Полученные результаты. Различий в манифестации и средней длительности ПЭП в подгруппах А1 и А2 не выявлено. Однако, ПЭП чаще развивалась у пациентов с алкогольной этиологией – 32%(n=55) против 18%(n=51) (p?0,001). В группе А пациенты имели оценку по шкале SAPS II?19 баллов чаще – 81,1%(n=86) против 35%(n=122) (p?0,001). В подгруппах А1 и А2 различий не было – 42(76,4%) против 44(86,2%) (p?0,1). Индекс коморбидности Чарльсона более 4 баллов в основной группе верифицирован чаще – 36(34%) против – 78(22,3%) больных (p?0,025). В подгруппе А2 пациенты чаще имели более 4 баллов, чем в подгруппе А1: 32(58,2%) против 4(7,8%) (p?0,001). В группе ПЭП полиорганная недостаточность развивалась у 100%(n=106), в контрольной – у

70,4%(n=270) пациентов. Всего было выполнено 542 операции. Было выявлено, что операция повышает риск развития ПЭП, особенно при алкогольной этиологии ($p < 0,001$). При оценке по шкале ASA пациенты группы А имели более 2 баллов чаще, чем в группе Б – 58,2%(n=53) против 43,4%(n=116) ($p < 0,025$). В подгруппе А2 пациенты имели более высокую оценку по ASA, чем в подгруппе А1: 37(82,2%) против 16(34,8%) случаев ($p < 0,001$). У пациентов с ПЭП достоверно увеличивалась вероятность госпитализации в реанимацию: группа А – 106(100%), группа Б – 236(67,6%) пациентов ($p < 0,001$). Вероятность ИВЛ в группе ПЭП оказалась выше – 19,8%(n=21), против 6,6%(n=23) ($p < 0,001$). Общая летальность составила 10,5% (n=48): в группе Б – 4,3% (n=15), в группе А – 31,1% (n=33). У пациентов с ПЭП риск смерти значительно увеличивался ($p < 0,001$). Смертность между пациентами в подгруппах А1 и А2 достоверно не различалась – 14(25,5%) против 19(37,2%) случаев. Обсуждение. Панкреатогенная энцефалопатия – частое и, вместе с тем, мало обсуждаемое осложнение панкреонекроза, которое значительно увеличивает тяжесть течения болезни, вероятность поступления в АРО, длительность госпитализации, значительно возрастает количество органических нарушений и неблагоприятного исхода панкреонекроза. Тяжесть течения деструктивного панкреатита, осложненного ПЭП, не зависит от генеза, однако частота развития расстройств ЦНС при алкогольной этиологии выше, особенно у оперированных пациентов. Выводы. Исходно более выраженная сопутствующая патология, оперативное вмешательство, алкогольный генез панкреонекроза – наиболее значимые факторы для развития церебральных расстройств. ПЭП является независимым предиктором плохого исхода у пациентов с панкреонекрозом любой этиологии. Рекомендации. Своевременное прогнозирование вероятности развития церебральных нарушений может определить исходную тактику лечения пациентов с деструктивным панкреатитом. При наличии нескольких прогностических факторов вероятности развития ПЭП необходима госпитализация в реанимационное отделение, независимо от тяжести состояния больного.

146. Навигационные компьютерные технологии в реализации лапароскопической аплатизации кист печени и селезёнки

Меджидов Р.Т., Магомедова С.М., Хамидов Т.М., Хабибулаева З.Р.

Махачкала

Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ

Актуальность. Метод аплатизации кистозных образований печени и селезёнки является наиболее подходящим в выполнении лапароскопического варианта. Некоторые вопросы успешной реализации данной методики ещё до конца не решены и являются актуальными. Цель исследования. Определить роль применения навигационной компьютерной технологии в успешной реализации лапароскопической аплатизации паразитарных и непаразитарных кист печени и селезёнки. Материал и методы. Анализу подвергнуты 126 пациентов с кистозными образованиями печени и селезёнки, которым проведена лапароскопическая аплатизация кист печени и селезёнки. Кистозные образования имелись в 114 (90,4%) случаях, селезёнки – в 12 (9,5%). Паразитарные кисты печени – 89 (70,6%), непаразитарные – 25 (19,8%). Паразитарные кисты печени – 7(5,5%), непаразитарные – 5(3,9%). У всех пациентов с эхинококкозом имелся первичный тип заболевания. Пациенты от варианта доступа были распределены на 2 группы: основная (n=26), где был использован лапароскопический доступ и группа сравнения (n=64), которым аплатизация кисты проведена из лапаротомного доступа. Всем пациентам проведены; УЗИ МСКТ, МРТ, рентгенография лёгких, ЭКГ, антропометрические исследования, дооперационная компьютерная реконструкция данных, МРТ печени и селезёнки на программе RadiAnt и предоперационное определение оптимальных точек установки лапаропортов с использованием разработанной авторами навигационной программы (свидетельство №2018661120). Результаты исследования подвергнуты статистическому анализу с использованием прикладных программ Microsoft Excel 2010 StatSoft Результаты и их обсуждение. Цистобилиарные свищи до операции были выявлены в 5,8% наблюдениях. Внепеченочное расположение кисты на 1/2 её объёма отмечено в 38,6% случаях, на 1/3 – 61,4%. В основной группе интраоперационно цистобилиарные свищи были выявлены в 3,3% случаях, в группе сравнения – 13,3%. Паразитарная

киста в III фазе жизнедеятельности в основной группе интраоперационно выявлена в 3,3% наблюдениях, в группе сравнения-6,6%. Интраоперационно преимущественный рост кистозного образования в сторону брюшной полости подтверждено в 96,7% случаях, в группе сравнения – 95,5% наблюдениях. Чувствительность 3 D реконструкции данных МРТ для выявления цистобилиарных свищей и фаза жизнедеятельности паразита и внепеченочного выхода кисты составила 96,1%. При лапароскопическом варианте аплазии кист переустановка лапаропортов проведена в 5,0% случаях, конверсия на минилапаротомию-3,3% наблюдениях. Длительность оперативного вмешательства в основной группе составила 83,4±7,9 мин., в группе сравнения -105,6±8,3мин. ($p<0,001$). Активация пациентов в основной группе происходило на 1-е сутки, в группе сравнения на 4-е сутки ($p <0,046$). В основной группе болевой синдром был менее выражен, чем в группе сравнения. Признаки системной воспалительной реакции в основной группе имелись у 3,3% пациентов, в группе сравнения – у 8,3. Жидкостные скопления в зоне операции в основной группе отмечено в 1 случае, в группе сравнения-в 2, раневые осложнения 9;2% и 13,3% соответственно. Сроки госпитализации в основной группе 5±1 сутки, в группе сравнения - 11±3 сутки ($p <0,001$). В основной группе остаточные полости выявлены в 2 случаях, в группе сравнения – в, рецидив заболевания наступил в 4,2% наблюдениях. Все нерешённые вопросы лапароскопической аплатизации кист печени и селезёнки можно реализовать путём внедрения в клиническую практику дооперационной компьютерной реконструкции данных МРТ печени и селезёнки на программе RadiAnt и предоперационным определением оптимальных точек установки лапаропортов с использованием навигационной компьютерной программы. Это способствует уменьшению длительности оперативного вмешательства, снижению интра- и послеоперационных осложнений, и сроков лечения пациентов. Выводы. Лапароскопическая аплатизация кист печени и селезёнки с дооперационной 3D реконструкцией данных МРТ и предоперационным применением навигационной программы для выбора точек установки лапаропортов является наиболее щадящей методикой, проводится с минимальными осложнениями и имеет хорошие косметические результаты.

147.Причины рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) после видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства

Оскретков В.И., Григорян М.А., Андреасян А.Р., Масликова С.А.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет

Актуальность. Недостаточная эффективность повторных хирургических вмешательств у больных ГПОД с рецидивом ГЭРБ после ранее выполненных антирефлюксных операций диктует необходимость детального изучения причин рецидива этого заболевания. Материалы исследования. Основу работы составили результаты обследования и оперативного лечения 187 больных ГПОД, сочетанной с ГЭРБ среди которых выявлено 17 больных с рецидивом ГЭРБ после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства, которое включало в себя иссечение грыжевого мешка, низведение желудка в брюшную полость, циркулярную эзофагофундопликацию, хиатопластику. Для диагностики рецидива ГЭРБ использованы эзофагогастродуоденоскопия с хромокопией и биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, манометрия пищеводно-желудочного перехода, суточная внутрипищеводная рН-метрия до- и в послеоперационном периоде. Результаты исследования и обсуждение. Рецидив ГЭРБ возникал уже в первый год после антирефлюксных операций (2 чел,11,8%), а наиболее часто после 5 лет (12 чел, 70,6%). Больные с рецидивом ГЭРБ были сопоставимы по полу и возрасту с пациентами без рецидива заболевания. У пациентов с рецидивом и без рецидива ГЭРБ с одинаковой частотой проводилась диафрагмокурорафия и диафрагмохиатопластика, коррекция пищеводного отверстия диафрагмы. У всех пациентов с рецидивом ГЭРБ выявлялись основные признаки недостаточности замыкательной функции кардии – изжога и отрыжка воздухом. Почти у половины из них были отрыжка кислым, симптомы «шнурков» и «мокрой подушки». У 11 из 17 наблюдаемых пациентов с рецидивом ГЭРБ (64,7%) выявлены различные изменения со стороны фундопликационной манжеты. Так у 7 человек (41,2%) рентгенологически она располагалась над

диафрагмой, что расценено нами как рецидив ГПОД. Кроме того, во время реконструктивной операции по поводу рецидива ГЭРБ у 4 человек (23,5%) выявлено разобщение проксимальной части манжеты из-за несостоятельности ее швов, у 1 человека (5,9%) – грубая деформация манжеты. Рентгенологически у половины больных с рецидивом ГЭРБ выявлена дислокация манжеты (41,2%) с расположением ее над диафрагмой в среднем на $2,59 \pm 0,44$ см, что является клинически значимым для рецидива патологического ГЭР [21]. У 16 из 17 больных (94,1%) прослеживался заброс контраста из желудка в пищевод, что не имело статистически значимых различий с дооперационными данными ($p > 0,05$). С такой же частотой, как и до операции, выявлялись признаки эзофагита (соответственно 70,6% и 82,4%, $p > 0,5$). Эндоскопически у больных с рецидивом ГЭРБ кардия была несостоятельна, она смыкалась не плотно, определялся ГЭР с наличием у 94,1% из них РЭ преимущественно 1 стадии (88,2%). По данным суточной внутрипищеводной Рн-метрии при рецидиве ГЭРБ обобщенный показатель DeMeester остался на исходно высоком уровне ($p = 0,198$). Не отмечается статистически значимых изменений клиренса пищевода, индекс-рефлюкса и рефлюкс-индекса, преобладали пациенты с выраженным гастроэзофагеальным рефлюксом (58,8%), количество рефлюксов было в пределах допустимой нормы. По данным манометрии желудочно – пищеводного перехода не отмечено восстановление основных причин ГЭРБ – укорочение кардии с существенным снижением ее тонуса и коэффициента за счет повышения тонуса желудка. Интраоперационные данные показали, что рецидив ГЭРБ у 7 больных ($41,18 \pm 11,94\%$) наступил из-за рецидива ГПОД (дислокация манжеты выше диафрагмы), у 4-х больных ($23,53 \pm 10,28\%$) вследствие несостоятельности швов проксимальной части фундопликационной манжеты, у 3-х больных ($15,79 \pm 8,36\%$) возникла грубая деформация фундопликационной манжеты, с формированием желудка в виде «песочных часов», у 3-х человек ($15,79 \pm 8,36\%$) – ослаблением антирефлюксной функции манжеты. Выводы. Основной причиной рецидива ГЭРБ у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы после антирефлюксного оперативного является антирефлюксная недостаточность фундопликационной манжеты вследствие рецидива ГПОД, несостоятельности ее швов, или грубой деформации манжеты. Рекомендации. Соблюдение технических приемов формирования фундопликационной манжеты является важнейшим методом профилактики рецидива ГЭРБ.

148. Использование циркулярных сшивающих аппаратов в хирургии кардиоэзофагеального рака. Опыт применения.

Кит О.И., Колесников Е.Н., Трифанов В.С., Мягков Р.Е., Кожушко М.А., Кациева Т.Б., Снежко А.В., Анисимов А.Е., Карасев Т.С.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр онкологии" Минздрава России

Цель. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения кардиоэзофагеального рака у больных с осложнениями и /или имеющих выраженную сопутствующую соматическую патологию. Актуальность. Абдоминомедиастинальный доступ при лечении кардиоэзофагеального рака позволяет избежать выполнения торакотомии, однако усложняет формирование пищеводных анастомозов. Применение современных сшивающих аппаратов позволяет надёжно формировать такие соустья, в том числе и высоко в средостении. Материалы и методы. В отделе торако-абдоминальной онкологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» циркулярные сшивающие аппараты для формирования пищеводного анастомоза при кардиоэзофагеальном раке использованы в 65 наблюдениях. Мужчин было 42, женщин 23. Средний возраст составил 67,4 года. В I и II стадии оперированы 14 пациентов, в III и в IV соответственно 31 и 20 больных. Всем пациентам выполнялась широкая сагиттальная диафрагмотомия и лимфодиссекция нижнего средостения. Пищеводный анастомоз формировали в заднем средостении. В 42 случаях выполнялась гастрэктомия, в 23 проксимальная резекция желудка. Показаниями к применению сшивающих аппаратов для формирования пищеводного анастомоза были циторедуктивные хирургические вмешательства по поводу метастатического рака желудка с переходом на пищевод, сопровождающиеся дисфагией III - IV степени, а также срочные операции по поводу массивного кровотечения или перфорации опухоли. Показанием к использованию сшивающих аппаратов при локализованном раке считали высокий риск трансторакальных операций вследствие выраженной сопутствующей патологии со стороны органов дыхания и сердечно – сосудистой системы. Результаты: Общее время

операции при формировании пищевода анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом составило в среднем 156 ± 36 минут. Послеоперационные осложнения отмечены у 24 (36,9%) больных. В 1 случае отмечена несостоятельность пищевода анастомоза, пациент умер. Все оставшиеся 64 больных были выписаны из стационара. Выводы. Представленные хорошие непосредственные результаты подтверждают важность принципа индивидуального подхода к тактике хирургического лечения, что позволяет снизить травматичность операции и сократить её время.

149. Комбинированные хирургические вмешательства с резекцией кровеносных сосудов при местно-распространённых забрюшинных опухолях

Кит О.И., Колесников Е.Н., Геворкян Ю.А., Кательницкая О.В., Трифанов В.С., Снежко А.В., Кожушко М.А., Анисимов А.Е.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр онкологии" Минздрава России

Актуальность. Единственной возможностью для лечения забрюшинных внеорганных опухолей в подавляющем количестве наблюдений является хирургическое вмешательство. Однако, при местно-распространённом процессе выполнение радикальной операции в объёме R0 является технически возможным только при условии вмешательства на крупных кровеносных сосудах. Материал и методы. За период с 2016 по 2021 гг. в торакоабдоминальном отделе «НМИЦ онкологии» хирургические операции по поводу внеорганных местно-распространённых забрюшинных опухолей с резекцией крупных венозных кровеносных сосудов выполнены 25 больным. Мужчин было 11, женщин 14. Средний возраст пациентов составил $58 \pm 1,4$ лет. Гистологически чаще всего определялась липосаркома. Результаты и обсуждение. Ангиохирургические вмешательства являлись, как правило, компонентом комбинированных мультивисцеральных резекций и выполнялись в

связи с непосредственной опухолевой инвазией крупных кровеносных сосудов. Необходимо отметить, что возможное прорастание опухоли крупных вен во всех наблюдениях определялось до операции. Резекция нижней полой вены с протезированием выполнена 12 пациентам, у 8 краевая и у 4 циркулярная, резекция наружной подвздошной вены в 8 наблюдениях, в 3 случаях с реконструкцией сосудистым трансплантатом, резекция верхней брыжеечной вены и подвздошно-толстокишечной вены по 2 наблюдения, с протезированием, и в 1 случае резекция левой почечной вены с ушиванием бокового дефекта стенки сосуда. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде отмечен тромбоз бедренной вены, что потребовало тромбэктомии. Летальных осложнений после выполненных операций не отмечено. Выводы. Таким образом, инвазия крупных магистральных кровеносных сосудов не является противопоказанием для выполнения хирургических операций при местно-распространённых внеорганных забрюшинных опухолях, при этом необходимо полноценное предоперационное исследование, определяющее инвазию сосудов, техническая готовность хирургической бригады к выполнению ангиохирургических вмешательств, соответствующее материальное обеспечение.

150. Роль сегмента тощей кишки на сосудистой ножки в реконструктивной хирургии пищевода

Ручкин Д.В., Козлов В.А., Оконская Д.Е.

Москва

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского"

Введение. Одномоментная пластика после эзофагэктомии является приоритетной задачей оперативной гастроэнтерологии. Наиболее выгодным материалом для эзофагопластики считают желудок по причине его естественного продолжения пищевода в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) и надежного кровоснабжения. Однако желудок может оказаться непригодным из-за его комбинированного с пищеводом поражения,

сочетанного заболевания или повреждения сосудистой аркады после ранее перенесенных вмешательств. В таких случаях выполняют толсто- или тонкокишечную пластику, которая ассоциирована с большим количеством осложнений и более трудоемка. До сих пор остается нерешенным вопрос о способах завершения первичной пластики пищевода при ишемии проксимального конца трансплантата и его недостаточной длине, особенно в условиях дефицита висцерального резерва. Именно этим определен постоянный поиск вариантов рационального использования пластического материала для реализации основного принципа эзофагопластики – ее одномоментной завершенности. Цель исследования. Обосновать применение сегмента тощей кишки на сосудистой ножке в формировании комбинированного висцерального трансплантата при субтотальной эзофагопластике. Материалы и методы: в отделении реконструктивной хирургии пищевода и желудка комбинированный висцеральный трансплантат после эзофагэктомии (ЭЭ) сформировали 8 пациентам, из них 7 (87,5%) – желудочно-тощекишечный (ЖТТ), и 1 (12,5%) – толсто-тощекишечный (ТТТ). В исследуемой группе 2 (25%) пациентам выполнили субтотальную ЭЭ с дистальной резекцией желудка. Показаниями к операции явилось сочетанное поражение пищевода и желудка: у 1 больного - ахалазия терминальной стадии и язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 1 - стриктура пищевода и стеноз привратника после комбинированного ожога. С незавершенной пластикой пищевода было 2 больных: 1 – после операции Добромыслова-Торекса по поводу спонтанного разрыва пищевода, и 1 - с неудачной пластикой после операции Льюиса по поводу рака пищевода. Еще у 3 (37,5) больных показаниями к ЭЭ явился стеноз пищевода: у 1 – протяженная ожоговая стриктура, больная питалась через гастростому, у 1 - стриктура эзофагогастроанастомоза (ЭГА) после операции Льюиса, у 1 – миграция манжеты в средостение с тяжелым рефлюкс-эзофагитом после фундопликации по Ниссену. Этим пациентам выполнили эзофагопластику ЖТТ по причине недостаточной длины желудочного кандуита (после перенесенной резекции желудка и повреждения сосудистой аркады при гастростомии), который переместили проксимально на шею, а возникший диастаз между трансплантатом и ДПК заместили сегментом тощей кишки. Эзофагопластику ТТТ выполнили 1 (12,5%) больному по поводу рецидива рака желудка в зоне ЭГА после проксимальной резекции желудка. Ему выполнили субтотальную ЭЭ

с экстирпацией культи желудка, а в ходе операции констатировали сегментарный тип ангиоархитектоники ободочной кишки, не позволивший сформировать трансплантат достаточной длины. Результаты: на 7 сутки послеоперационного периода 1 больному потребовалась релапаротомия по поводу желчного перитонита, причиной которого явился деструктивный бескаменный холецистит с перфорацией. Летальных исходов не было. В отдаленном периоде через 6 мес. у 1 больной развился рубцовый стеноз ЭГА, купированный двумя курсами эндоскопического бужирования. Вывод. Использование изоперистальтического сегмента тощей кишки на сосудистой ножке по типу еуногастропластики позволяет завершить реконструкцию, ликвидировав диастаз между дистальным концом короткого (желудочного или толстокишечного) трансплантата и ДПК, реализовать физиологический принцип сохранения дуоденального пассажа и предотвратить желчный рефлюкс.

151. Диагностика и лечение лейомиом пищевода в период пандемии COVID-19

*Колесников Е.Н., Снежко А.В., Кожушко М.А.,
Кацеева Т.Б., Самаянц С.В., Аверкин М.А.,
Газиев У.М., Мещерякова М.Ю.*

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Национальный медицинский
исследовательский центр онкологии" Минздрава
России

Актуальность. Лейомиома - наиболее частая доброкачественной опухоль пищевода, на фоне которой возможна злокачественная метаплазия слизистой оболочки органа, расположенной над лейомиомой. Общепринятая тактика при лейомиоме пищевода (ЛП) - это хирургическое лечение после выявления, при этом при ЛП больших размеров нередко выполняются открытые операции с резекцией пищевода. Более чем в половине ЛП случаев протекают бессимптомно и выявляются случайно, но при обследовании по поводу других заболеваний или на аутопсии. Особенностью последних 2 лет является период пандемии COVID-

19 и более частое выполнение рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки (РКТ ОГК). Материал и методы. За период с 2012 по 2021 годы в торакоабдоминальном отделении «НМИЦ онкологии» хирургические операции по поводу ЛП пищевода выполнены 18 пациентам. Мужчин было 11, женщин 7. Возраст большинства пациентов был от 30 до 50 лет. Чаще всего (у 12 пациентов) опухоль локализовалась в среднегрудном отделе пищевода. Результаты и обсуждение. При анализе клинических наблюдений ЛП выявлено, что в период первых 8,5 лет оперированы 8 больных (по годам соответственно от 0 до 2 пациентов в год), и 10 (более 55%) пациентов подверглись хирургическому лечению за последние 1,5 года. При этом у всех пациентов ЛП была выявлена после выполнения РКТ ОГК по поводу COVID-19 или при подозрении на него. Из особенностей клинической картины у этих больных необходимо отметить практически полное отсутствие симптомов заболевания и в целом меньшие размеры выявленных опухолей (максимально длиной до 6 см). Это определило и характер выполненных хирургических операций. У всех 8 больных за более ранний период времени выполнялась торакотомия, у 6 вылушивание опухоли, у 2 резекция пищевода с внутриплевральной пластикой желудка. В 10 последних наблюдениях выполнялись энуклеации ЛП с использованием видеоторакоскопического доступа. Осложнений после выполненных операций не отмечено. Выводы. Таким образом, более частое выполнение РКТ ОГК в связи с пандемией COVID-19, по нашему мнению, невольно послужило своего рода скринингом для выявления ЛП. Именно с этим мы связываем возросшую частоту выявления ЛП у пациентов, не имеющих «пищеводных» жалоб на более ранних этапах развития опухоли.

152.Лапароскопическая аллогерниопластики без выделения грыжевого мешка, при рецидивных паховых и больших пахово-мошоночных грыжах

Переходов С.Н., Попов П.А., Попов Ю.П.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. При выполнении оперативного пособия при паховых грыжах около 10% приходится на пациентов с рецидивными грыжами, после классических пластик пахового канала по Лихтенштейн или Бассини, а также с длительно существующими или большими пахово-мошоночными грыжами. В данных случаях выполнение лапароскопической пластики существенно усложняется за счет рубцовых сращений грыжевого мешка с окружающими тканями или имплантатом, размеров грыжевого и нарушения анатомических ориентиров. В данных вариантах классическая методика лапароскопической аллогерниопластики не всегда выполнима из-за технических сложностей в процессе мобилизации грыжевого мешка, нарушения анатомических ориентиров и сложности гемостаза в дистальных отделах пахового канала. На этапе мобилизации трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) и тотальная экстроперитонеальная (ТЕР) не имеют существенных отличий, а следовательно хирурги встречаются с одинаковыми сложностями на данном этапе мобилизации. Материал и методы. Были проанализированы результаты лапароскопической аллогерниопластики (ТАРР) с выделением грыжевого мешка и с его оставлением при рецидивных паховых и больших пахово-мошоночных грыжах, когда грыжевой мешок плотно спаян с сетчатым имплантатом или находится в грубых рубцовых сращениях с окружающими тканями. В таких случаях высок риск интраоперационных и послеоперационных осложнений. В исследовании приняло участие 97 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 85 лет с рецидивными паховыми и большими пахово-мошоночными грыжами после ранее перенесенной пластики по Лихтенштейн, Бассини, Постемпскому, поступавших в университетскую клинику МГМСУ им. А.И. Евдокимова и на клинические базы кафедры госпитальной хирургии за 2019-2022 гг. Сравнительный анализ проводился по длительности выполнения операции, возникновению интраоперационных и послеоперационных осложнений, выраженности

болевого синдрома в послеоперационном периоде и продолжительности госпитализации. В основную группу вошло 48 пациентов, у которых мобилизацию грыжевого мешка не проводили ввиду наличия плотных рубцовых сращений с элементами семенного канатика, пахового канала, оболочками яичка или сетчатого имплантата. Грыжевой мешок отсекался циркулярно в проекции шейки, а образовавшийся дефект в брюшине ушивался однорядным швом. При прямых паховых грыжах и при условии частичной мобильности грыжевого мешка и поперечной фасции дополнительно проводилась фиксация грыжевого мешка к лону герниостеплером с целью уменьшения количества образования сером. В группе сравнения вошло 49 пациентов, где выделение грыжевого мешка проводилась по классической методике. Техника трансабдоминальной предбрюшинной аллогерниопластики была одинакова в обеих группах, использовались «облегченные» сетки размерами 10x15 см., фиксация производилась с помощью герниостеплера с рассасывающимися скрепками или отдельными узловыми швами, брюшина ушивалась в край монофиламентной нитью 3-0 или ниткой v-lock. Результаты. В основной группе средняя скорость выполнения составила 64+/-5 минуты, тогда как у группы сравнения скорость оперативного пособия занимала минимум на 20 минут больше, ввиду требуемого времени на мобилизацию грыжевого мешка и гемостаз. Интраоперационных сложностей и осложнений при циркулярном отсечении грыжевого мешка в области шейки и дальнейшей отсепаровки брюшины у пациентов основной группы отмечено не было. У пациентов контрольной группы на этапе мобилизации грыжевого мешка, особенно после пластики по Лихтенштейн и при длительно существующих пахово-мошоночных грыжах, отмечалась выраженная диффузная кровоточивость. Основные сложности возникали в дистальной части пахового канала, ввиду наибольшей силы тракции на грыжевой мешок в момент диссекции. Гемостаз выполнялся биполярным коагулятором, это занимало дополнительное время и требовало более высоких технических навыков хирурга. Следует отметить, что при больших пахово-мошоночных грыжах, отмечались случаи самостоятельного «отрыва» грыжевого мешка от поперечной фасции или оболочек яичка в последние моменты диссекции, ввиду чрезмерной тракции на данном этапе, что впоследствии делает практически не возможным визуализацию данной зоны для тщательного гемостаза. Анализ послеоперационного периода

показал, что у 11,8 % пациентов основной группы отмечалось образование клинически значимых сером, которые, ввиду наличия дискомфортных явлений при движении и болевого синдрома, потребовали однократной или двукратной пункции под контролем УЗИ. В группе сравнения показатель образования сером был на том же уровне и 6 пациентам выполнялись пункции под УЗИ контролем. Статистической разницы в формировании сером у основных и контрольных групп отмечено не было. Все пациенты обеих групп у которых течение послеоперационного периода осложнялось клиническими значимыми серомами, потребовавшими пункцию, были оперированы по поводу больших и длительно существующих (более 5 лет) пахово-мошоночных грыж. У 4-х пациентов контрольной группы (8,1%) отмечено формирование умеренных гематом в области мошонки, потребовавших выполнения пункции в раннем послеоперационном периоде. Выраженность болевого синдрома оценивалась по числовой рейтинговой шкале боли через 2 часа от момента окончания операции, на 1-е и 2-е сутки. Также оценивалась скорость активизации пациентов на первые сутки после операции. В момент операции в точках установки троакаров всем пациентам выполнялась местная анестезия. При анализе пациентов основной группы, интенсивность болей в первые часы была несколько ниже и равнялась 2,4 баллам, пациенты были активны и самостоятельно передвигались по палате через 4 часа от момента окончания операции. В группе сравнения показатель интенсивности болей составлял 3,2 балла, на скорость активизации пациентов данный фактор влияния не оказал и через 4 часа большая часть пациентов, за исключением возрастных и маломобильных, свободно перемещались по палате. На 1-е и 2-е сутки у пациентов обеих групп значимых отличий не наблюдалось, в основной группе болевой синдром равнялся 2,1 и 1,6 баллов, в группе сравнения 2,3 и 1,8 баллов. Анализ пребывания пациентов в стационаре у данных пациентов не выявил статистически значимых отличий и колебался в пределах 2,5 койко-дней. Выводы: 1. Выполнение лапароскопической аллогерниопластики без выделения грыжевого мешка при рецидивных паховых грыжах, а также больших и длительно существующих пахово-мошоночных грыжах оправдано и достоверно ведет к меньшему числу интраоперационных и послеоперационных осложнений. 2. Упрощение техники оперативного пособия, дает возможность выполнения операций в технически сложных случаях хирургами с меньшим опытом и на стадии освоения техники

лапароскопической герниопластики, а также достоверно сокращает длительность оперативного пособия. 3. Ввиду отсутствия травматизации пахового канала при диссекции у пациентов основной группы, отмечался более низкий болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.

153. Оценка эффективности и безопасности методики латеральной ультразвуковой диссекции в хирургическом лечении больных геморроем

Сазонов А.А., Арданкин А.Г., Бардаков Р.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность. Рост заболеваемости геморроем среди населения развитых стран мира не позволяет усомниться в актуальности поиска новых методов лечения данного заболевания. Одной из основных тенденций в хирургической проктологии является широкое применение высокоэнергетических устройств для диссекции тканей, которые обеспечивают хороший контроль гемостаза и ускоряют выполнение вмешательств. Однако отсутствие системного подхода к их использованию создает предпосылки для развития послеоперационных осложнений, частота которых остается высокой, достигая 30%. Цель исследования – оценить эффективность и безопасность оригинальной методики геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме «резания» у больных геморроем. Материалы и методы. Осуществлена сравнительная оценка результатов хирургического лечения двух групп пациентов с III-IV стадиями хронического геморроя. В основную группу включены 40 больных, у которых применялась оригинальная методика геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме «резания» (патент №2722997). Основная суть метода заключается в том, что с помощью гармонического скальпеля производится эллипсоидный разрез перианальной кожи и слизистой анального канала до зубчатой линии вокруг геморроидального узла с его мобилизацией снаружи внутрь. Диссекция тканей осуществляется только в режиме «резания». После выделения сосудистой ножки она прошивается с

последующим отсечением геморроидального узла. Обработка сосудистой ножки по классической методике обеспечивает надежность и позволяет воздержаться от ультразвуковой диссекции в режиме коагуляции, что способствует редукции термического воздействия на ткани. Контрольную группу составили 40 больных, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану–Моргану с использованием монополярной электрокоагуляции. Статистически достоверной разницы между указанными группами по возрастной и половой структуре больных, а также основным клиническим характеристикам заболевания не было. Для изучения патоморфологических изменений осуществлялось гистологическое исследование удаленных геморроидальных узлов с помощью световой микроскопии с окраской препаратов гематоксилином и эозином. В рамках статистического анализа материала для сравнения параметров между группами использовали: для категориальных значений – точный тест Фишера, для количественных показателей – «t-тест» Стьюдента. Результаты. Развитие послеоперационных осложнений наблюдалось у одного пациента основной группы и у 8 в контрольной (3% и 25%, $p < 0,05$). Среди них преобладала рефлекторная задержка мочеиспускания (один случай в основной группе и 7 – в контрольной). Кроме того, у одного из больных контрольной группы произошло формирование стриктуры анального канала, которая была устранена путем бужирования. Средняя интенсивность болевого синдрома у представителей основной группы оказалась меньше, чем в контрольной: 4,1 балла и 5,8 балла по шкале ВАШ ($p < 0,05$). Для его купирования у всех пациентов основной группы было достаточно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, в то время как у 6 больных контрольной группы была потребность в назначении наркотических средств. При оценке патоморфологических изменений отмечено, что глубина коагуляционного некроза после латеральной ультразвуковой диссекции геморроидальных узлов в режиме «резания» (145 ± 35 мкм) оказалась на порядок меньше по сравнению с аналогичным показателем (2000 мкм) после использования монополярной электрокоагуляции. Обсуждение. В последних публикациях представлен успешный опыт применения гармонического скальпеля. Однако авторы предпочитают использовать режим ультразвуковой коагуляции. Зона некроза при этом достигает 300 мкм, что существенно больше, чем

при латеральной ультразвуковой диссекции в режиме «резания». Вывод. Применение методики латеральной ультразвуковой диссекции в режиме «резания» сопровождается меньшей травматизацией тканей, что является залогом благоприятного течения послеоперационного периода и быстрой реабилитации больных геморроем.

154.Трудности лечения пациентов с инфицированными раневыми дефектами грудной клетки, осложненными сепсисом

Медведчиков-Ардия М.А. (1,2), Корымасов Е.А. (1,2), Белян А.С. (1)

Самара

- 1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
- 2) ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина»

Актуальность. На фоне увеличения количества операций на сердце и органах средостения через стернотомный доступ в кардиохирургии, а также на органах грудной полости через торакотомный доступ в онкологии, не снижается количество пациентов с инфекционными осложнениями в области хирургических доступов. Цель исследования. Определить проблемные вопросы при лечении пациентов с раневыми дефектами грудной клетки, осложненных сепсисом, и наметить возможные варианты их решения. Материал и методы. Осуществлен анализ результатов лечения пациентов с инфицированными раневыми дефектами грудной клетки, перенесших оперативное вмешательство путем традиционных доступов: торакотомии и срединной стернотомии в период с 2008 по 2020 гг. в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина». Пролечено 260 пациентов: женщин - 97 (37,2%), мужчин - 163 (62,7%). Возраст: от 31 до 77 лет (в среднем 46,2±2,3 года). Среди всех пациентов 247 (95%) оперированы в других лечебных учреждениях (кардиохирургические и онкологические отделения). При этом 99 пациентов (40%) до поступления в хирургическое торакальное

отделение получали лечение в других стационарах или поликлиниках. При поступлении всем пациентам проводили оценку состояния тяжести по шкале SAPS. Ретроспективный анализ историй болезни Концепции «Сепсис-3», позволил выставить диагноз сепсис у 38 пациентов (14,6%). При этом у 25 пациентов (9,6%) основным диагнозом при этом был постстернотомный медиастинит, у 13 пациентов (5%) - флегмона грудной стенки после торакотомии. Пациенты, имеющие 17 баллов и более по шкале SAPS, госпитализировались в ОРИТ, им проводилась интенсивная посиндромная терапия. Таких пациентов было 84 человека (32,3%). Длительность нахождения пациентов в ОРИТ составляла от 1-х до 43-х суток. Полученные результаты. Хорошие результаты лечения достигнуты у 240 пациентов (92%). Погибло 20 больных (8%): 16 пациентов с постстернотомным медиастинитом, 4 пациента с остеомиелитом ребер и флегмоной грудной стенки после торакотомии. У всех погибших пациентов был диагноз сепсис. Выздоровело 18 пациентов с сепсисом. Среди 16 погибших пациентов с ПСМ, у 8 была как минимум одна попытка лечения на догоспитальном этапе, среди этих пациентов у 6-х была исходно полирезистентная микрофлора, а у 4-х было исходно два представителя патогенной микрофлоры. С высоким уровнем МНО (более 4,0) поступило 5 пациентов. Всем им в течение от 5 до 7 суток в условиях ОРИТ проводилась коррекция гемостаза. Попытки ревизии раны были сопряжены с риском развития неконтролируемого кровотечения. Одна пациентка погибла на 2-е сутки после дебридмента раны на фоне высокого уровня МНО (3,2). Диффузная кровоточивость грудины, неэффективность оперативного и консервативного гемостаза послужила причиной острой сердечно-сосудистой недостаточности и летального исхода. Дебридмент у 4-х пациентов был осуществлен только после нормализации МНО. Однако отсрочивание дебридмента раны в условиях прогрессирования гнойного воспаления привело к развитию сепсиса и последующей полиорганной недостаточности. Среди погибших пациентов у 10 (8 с ПСМ, 2 с остеомиелитом грудины и ребер другой этиологии) была наложена трахеостома, которая формировалась на 3-4 сутки после перевода пациента на ИВЛ. Сроки вентиляции легких через трахеостомическую канюлю составляли от 7 до 23 суток. Обсуждение и выводы. Трудности в лечении пациентов с инфицированными раневыми дефектами грудной клетки сопряжены с тяжелым исходным общим состоянием в результате неэффективных попыток лечения на догоспитальном этапе, что приводит к развитию

полирезистентной флоры в ране; невозможностью выполнить ранний дебридмент раны из-за выраженных нарушений гемостаза, преимущественно гипокоагуляции за счет приема антикоагулянтов непрямого действия; развития полиорганной недостаточности, и в первую очередь, дыхательной, что требует наложения трахеостомы.

155. Особенности лечения несостоятельности гастроэнтероанастомоза после лапароскопического гастрощунтирования по Ру

*Иванов Ю.В. (1,2), Станкевич В.Р. (1),
Смирнов А.В. (1), Панченков Д.Н. (1,2),
Злобин А.И. (1), Данилина Е.С. (1)*

Москва

- 1) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России,
- 2) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Частота несостоятельств гастроэнтероанастомоза (ГЭА) при гастрощунтировании составляет около 5%, летальность при этом достигает 9-16%. Тактика лечения данного осложнения в настоящее время не стандартизована. Материалы и методы. В ФНКЦ ФМБА России за период с 2019 по 2021 год выполнено 260 лапароскопических гастрощунтираний. ГЭА накладывался линейным аппаратным швом с ушиванием технологического отверстия ручным 2-хрядным швом в поперечном направлении к оси анастомоза. Всем пациентам выполнялся bubble-test в конце операции. Дренирование зоны анастомоза производилось всем больным. В послеоперационном периоде на 1 сутки всем пациентам выполнялось рентгенологическое исследование с пероральным водорастворимым контрастным веществом с последующим удалением дренажа при отсутствии патологических изменений. При наличии жалоб на одышку, сердцебиение, выраженную астению, дискомфорт в верхних отделах живота дренаж не удаляли. При поступлении патологического отделяемого по дренажу, подозрении на затек контраста при рентгенологическом исследовании выполняли КТ брюшной полости. При наличии признаков несостоятельности ГЭА всем пациентам в

экстренном порядке выполнялась релапароскопия, которая преследовала выполнение 5 задач: ушивание дефекта (уменьшение зоны несостоятельности), адекватное дренирование зоны несостоятельности, наложение гастростомы на «отключенный» желудок (с целью обеспечения энтерального питания), налаживание эндоскопической VAC-системы (с целью создание условий для ускоренной грануляции тканей в области дефекта), и поиск иной интраабдоминальной патологии. Полученные результаты. Частота несостоятельств ГЭА составила 1,9% (5 случаев). У всех пациентов было сверхожирение (ИМТ свыше 50 кг/м²) и у 3 был сахарный диабет 2 типа. У всех пациентов отмечались технические трудности в ходе первичной операции с увеличением ее продолжительности. Летальность – 0%. Ни в одном случае не потребовалось выполнение лапаротомии. При релапароскопии у 4-х пациентов проведено ушивание дефекта анастомоза. У 1 пациента дефект анастомоза не был визуализирован, несмотря на выполнение интраоперационной гастроскопии и пробы с метиленовым синим. Устанавливалось 2 дренажа к области ушивания дефекта (предполагаемого дефекта в 1 случае). Всем пациентам накладывалась гастростома для кормления. У всех больных установлена эндоскопическая VAC-система при проведении интраоперационной гастроскопии к месту ушивания анастомоза. Замена эндогубки проводилась один раз в 3-4 дня (3-8 замен). У всех 5 пациентов не было выявлено иной интраабдоминальной патологии. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась комплексная антибактериальная терапия. В 1 случае применялась ультрагемофильтрация крови, вследствие развития острой почечной недостаточности. Двоим пациентам релапароскопия, санация, дренирование брюшной полости выполнялась дважды. Одному пациенту выполнена видеоторакоскопия, санация, дренирование левой плевральной полости в связи с развитием желудочно-плеврального свища, эмпиемы плевры на 17-е сутки после операции. Одному пациенту выполнено чрескожное дренирование поддиафрагмального абсцесса слева, развившимся на 15-е сутки после операции. Средний койко-день при развитии несостоятельности анастомоза составил 23 к/д (13-36). Нахождение в отделении реанимации варьировалось от 2 до 10 суток, и в среднем составило 4 суток. Выводы. Несостоятельность ГЭА является тяжелым осложнением лапароскопического гастрощунтирования, приводящим к развитию

септических, полиорганных расстройств с высокой летальностью, значительным увеличением койко-дня. Раннее выявление несостоятельности, агрессивная хирургическая тактика, в сочетании с комплексной интенсивной терапией дают удовлетворительный результат в лечении этого грозного осложнения.

156. Анализ результатов хирургического лечения больных местнораспространёнными опухолями толстой кишки, осложнёнными некрозом.

Лукьянюк П.П.(1), Сизоненко Н.А.(1), Демко А.Е.(2),
Бабков О.В.(2), Святненко А.В.(2), Суров Д.А.(1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова» МО РФ,
- 2) ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе.

Данные современной литературы свидетельствуют, что у 20% больных раком толстой кишки к моменту постановки диагноза онкологический процесс приобретает местнораспространённый характер. Прогрессирующий локорегионарный рост опухоли закономерно сопровождается некрозом её клеток, который, достигнув значительного объёма, в конечном итоге, манифестирует в виде тяжёлых жизнеугрожающих осложнений (параканкротный инфильтрат и абсцесс, сепсис, кровотечение, внутренние и наружные свищи и т.д.). В связи с этим принципиальное значение приобретает своевременное выполнение сложных в техническом отношении мультивисцеральных резекций, которые сопровождаются высокой (77%) частотой послеоперационных осложнений и летальностью, достигающей 20%, в тоже время R0-резекцию удаётся выполнить не более чем у 80% больных. В связи с этим целью исследования стало улучшение результатов хирургического лечения больных местнораспространёнными опухолями толстой кишки, осложнёнными некрозом. Критериями сравнения контрольной и основной групп больных являлись: длительность оперативного вмешательства, объём интраоперационной кровопотери, количество удалённых лимфатических узлов, частота R0-резекций, послеоперационных осложнений и

летальности. В контрольной группе больных (n=43) применялась традиционная периоперационная тактика и стандартные оперативные подходы. В основную группу (n=44) были включены больные, у которых вероятность некроза опухоли прогнозировалась на основе применения разработанного ранее алгоритма, имеющего высокую чувствительность (95,3%) и специфичность (96,4%). Хирургическая тактика лечения больных основной группы (n=44) была основана на детальном предоперационном виртуальном планировании оперативного вмешательства, принципах эмбриологически обоснованной хирургии (висцеральных ротаций) и своевременном центральном лигировании магистральных сосудов толстой кишки и органов, вовлечённых в опухолевый процесс, что обеспечивало эффективный проксимальный контроль кровотечения и выполнение тотальной мезоколонэктомии с D3-лимфодиссекцией. В основной группе больных среднее время оперативного вмешательства уменьшилось до 241,1±70,9 минуты, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 321,5±70,5 минут (p=0,001) Средний объем интраоперационной кровопотери снизился с 962,8±129,1 мл. в контрольной группе до 550±157 мл. в основной группе больных (p=0,001). Продолжительность послеоперационного периода у пациентов без послеоперационных осложнений в основной группе достоверно уменьшилась по сравнению с контрольной и составила 13,20±3,87 и 19,23±11,20 суток, соответственно (p=0,004). Общая частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 29,5% (n=13), в контрольной 39,5% (n=17) (p>0,05). Тяжелые осложнения (IIIb-IV степени по Clavien-Dindo, 2004) в основной группе зарегистрированы у 23,1% больных (n=3), в контрольной у 58,8% пациентов (n=10) (p=0,04). Летальность в основной группе достоверно (p=0,04) сократилась до 4,5% (n=2), в контрольной группе этот показатель составил 20,9% (n=9). Среднее количество удалённых лимфатических узлов при локализации опухоли в ободочной кишке увеличилось в основной группе до 26,7±10,1, в контрольной группе данный показатель составил 11,8±8,2, а при опухолевом поражении прямой кишки этот показатель составил 25,6±7,5 и 12,3±7,3, соответственно. Кроме того, предложенный оперативный подход позволил значительно увеличить частоту R0-резекций с 60,5% (n=26) у больных контрольной группы до 97,7% (n=43) в основной группе пациентов. Таким образом, применение оптимизированной хирургической тактики позволяет не только улучшить

непосредственные результаты хирургического лечения больных местнораспространёнными опухолями толстой кишки, но и существенно повысить онкологический радикализм комбинированных оперативных вмешательств, что потенциально создаёт условия для проведения эффективной адьювантной терапии и, как следствие, улучшения отдалённых результатов комплексного лечения данной категории больных.

157. Хирургическая коррекция диастаза прямых мышц живота при сочетании с вентральной грыжей, подкожная эндоскопическая пластика

Мноян А.Х., Мударисов Р.Р., Вторенко В.И.

Москва

Городская Клиническая Больница №52

Актуальность. Диастаз прямых мышц живота (ДПМЖ) сам по себе раньше не вызывал большой интерес у хирургов, так как показаний к оперативному лечению при данной проблеме практически не было. Проблема диастаза стала более обсуждаемой и очевидной в последнее десятилетие с развитием различных женских форумов и интернет-ресурсов, в которых пациенты делятся своими проблемами по данной тематике. С накоплением опыта и знаний все больше хирургов начали уделять внимание проблеме ДПМЖ. В настоящее время показаний к хирургическому лечению изолированного ДПМЖ нет, хирургическая коррекция диастаза показана при сочетании с вентральной грыжей. Материалы и методы. Проспективное исследование группы из 38 пациентов, которым была выполнена эндоскопическая подкожная пластика диастаза прямых мышц живота в сочетании с различными грыжами живота. Из них женщин было 36 (95%), мужчин 2 (5%). Средний возраст пациентов составил 31 год (от 24 до 53). Средний ИМТ составил 21 кг/м². Максимальное расстояние между прямыми мышцами живота от 3 до 6 см. При диастазе более 6 см применялась другая методика оперативного лечения. У данной группы пациентов ДПМЖ в большинстве случаев сочетался с пупочной грыжей – 37 (97%), в одном случае (3%) это была послеоперационная вентральная грыжа

(троакарная – 2x3 см). Длительность заболевания и жалоб не менее одного года. Во всех 38 случаях проведена эндоскопическая подкожная пластика грыжи с коррекцией ДПМЖ. Методика операции стандартная: 3 небольших разреза кожи для троакаров над лоном (5 мм, 5 мм и 10 мм соответственно), под контролем эндоскопа проводилась сепарация подкожной клетчатки и кожи от белой линии и переднего листка апоневроза прямых мышц живота, выделение грыжи, ушивание нерассасывающейся нитью грыжевого дефекта и коррекция диастаза также нерассасывающейся нитью. Протезирование сетчатым имплантом не проводилось. Дренирование послеоперационной раны не проводилось. Период наблюдения в данной группе пациентов от 3 до 12 месяцев. Результаты. Все пациенты велись согласно современным принципам ранней послеоперационной реабилитации. В день операции пациенты уже самостоятельно начинали вставать и передвигаться. Выписка из стационара на 2-3 день. Серьезных осложнений, потребовавших повторную госпитализацию не было. В послеоперационном периоде у 13 (34%) пациентов образовались подкожные серомы, которые потребовали от 1 до 5 пункций для полного рассасывания. В одном случае у пациентки образовалась обширная гематома передней брюшной стенки, которая была однократно эвакуирована и далее пролечена с помощью физиолечения. У одной пациентки через месяц после операции появились жалобы на деформацию и образование складок кожи и в одном случае произошел некроз участка кожи в области пупка. Рецидивов ДПМЖ и грыжи у данной группы пациентов за время наблюдения не выявлено. Обсуждение. В российской и зарубежной литературе используются различные названия и обозначения для эндоскопической подкожной пластики ДПМЖ - SCOLA, SVAWD, ENDOR, REPA; несмотря на такое разнообразие аббревиатур, суть операции и методики аналогичны. Отличие может быть лишь в наличии либо отсутствии сетчатого импланта и методике его установки. По данным литературы около 30% операций при ДПМЖ делаются именно подкожной методикой. Выводы и рекомендации. Различные варианты эндоскопической подкожной пластики ДПМЖ и небольших вентральных грыж живота могут быть безопасны и эффективны при минимальном количестве рецидивов и серьезных осложнений. Благодаря современным малоинвазивным методам хирургического лечения грыж передней брюшной стенки и ДПМЖ мы можем улучшить качество жизни наших пациентов с максимально

косметическим эффектом, не теряя при этом в качестве операции.

158. Взгляд хирурга на дифференциальную диагностику уремического псевдоперитонита и перитонита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Гасанов К.Г.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава

Количество пациентов, получающих программный гемодиализ с каждым годом неуклонно растет. В последние года отмечается увеличение количества хирургических осложнений у больных, находящихся на программном гемодиализе, которые не уменьшаются, а наоборот растут и служат причиной не рациональных оперативных вмешательств. Анализ данных литературы показывает отсутствие единых диагностических подходов в дифференциальной диагностике уремического псевдоперитонита и перитонита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе. Известные в хирургической практике рутинные подходы в диагностике и выборе тактики лечения у данной группы пациентов не продуктивны. С позиции дифференциальной диагностики уремического псевдоперитонита и перитонита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе проведено исследование концентраций в сыворотке крови β 2-микроглобулина (β 2-МГ) – одного из специфических маркеров почечной сохранности и С-реактивного белка (СРБ), который считается показателем воспаления. Целью исследования явилось оценка концентраций β 2-МГ и СРБ в сыворотке крови у пациентов, находящихся на программном гемодиализе для дифференциальной диагностики уремического псевдоперитонита и перитонита. В исследование включено 76 пациентов, поступившие в хирургический стационар подозрением на перитонит, которые получают программный гемодиализ в анамнезе. Из которых у 49 пациентов диагностирован уремический псевдоперитонит, а у 27 пациентов выявлен перитонит. В группу контроля

включено 50 амбулаторных пациентов, находящихся на программном гемодиализе. В исследование не включены пациенты с подозрением на перитонит не получающих программный гемодиализ в анамнезе. Исследованы концентрации биомаркеров β 2-МГ и СРБ (Ме; 25;75) в сыворотке крови у пациентов, находящихся на программном гемодиализе для дифференциальной диагностики уремического псевдоперитонита и перитонита. Наиболее высокая концентрация β 2-МГ была выявлена у пациентов с уремическим псевдоперитонитом - 16,7 мг/л [13,2;20,6], по сравнению с концентрацией β 2-МГ в сыворотке крови у пациентов при перитоните - 5,6 мг/л [5,2;6,5]. Более высокая концентрация СРБ определялась при перитоните до 70,1 мг/л [65,5;72], по сравнению концентрацией СРБ в сыворотке крови пациентов с уремическим псевдоперитонитом - 6,1 мг/л [5,2;6,7]. В контрольной группе амбулаторных пациентов, получающие процедуры программного гемодиализа, статистически значимых концентраций в сыворотке крови β 2-МГ и СРБ не выявлено. На основании оценки концентраций в сыворотке крови исследуемых белков нами предложен новый способ дифференциальной диагностики уремического псевдоперитонита и перитонита у пациентов, получающих программный гемодиализ. Нами предложена эмпирическая формула, представляющая собой коэффициент (К) соотношения: $K = \beta 2M / CРБ \cdot 100$, где при значении К менее 10 диагностируют перитонит, а при значении К более 10 диагностируют уремический псевдоперитонит (Патент РФ №2761725). Таким образом, внедрение в хирургическую практику предложенного способа позволило выявить уремический псевдоперитонит у 49 пациентов, получающих программный гемодиализ, поступивших в хирургический стационар с диагнозом перитонит, своевременно начать целенаправленную заместительную почечную терапию.

159.Лапароскопическая санация у больных с послеоперационным перитонитом

Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б.

Наманган, Узбекистан

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
(РНЦЭМП)

Актуальность. Неоднократное выполнение лапароскопии по общепринятой методике у одного и того же больного связано с необходимостью повторных проколов передней брюшной стенки, что может привести к серьезным осложнениям (повреждения органов), особенно если лапароскопия предпринимается в раннем периоде после хирургических вмешательств на органах живота. В связи с этим, для выполнения программируемых лапароскопических санаций у больных с послеоперационным перитонитом нами предложен способ, позволяющий проводить исследование в любые сроки и многократно. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с послеоперационным перитонитом с использованием лапароскопической техники. Материал и методы. Для этой цели использовали специально изготовленные полихлорвиниловые трубки в форме «С» с внутренним диаметром 7 и 10 мм, длиной 12-15 см и с герметичными заглушками к ним. Методика. После первичного лапароскопического осмотра или во время лапаротомной операции в передней брюшной стенке устанавливаем «С» образную трубку. После этого трубку фиксируем к коже двумя швами. Благодаря эластичности трубки, исключаются травмирование подлежащих органов и послеоперационные боли. Для выполнения программируемой видеолапароскопической санации заглушку с трубки снимаем, на трубку навинчиваем посредством переходника стандартный клапан, через вентиль которого накладываем пневмоперитонеум, а затем в брюшную полость вводим лапароскоп. После завершения очередной ВЛС трубку закрываем заглушкой. Трубку удаляем после снятия швов, фиксирующих ее к коже, а на рану передней брюшной стенки накладываем один шов. Описанный способ лапароскопии в программируемом режиме для санации брюшной полости при послеоперационном перитоните применен нами у 24 больных. У детей в возрасте до 10 лет нами применена «С» образная трубка с внутренним диаметром 7 мм. У взрослых 10 мм.

трубку устанавливали супра- и (или) инфраумбиликально. ВЛС проводили двукратно у 4 больных, трехкратно у 3, четырехкратно – 2 пациентам. После удаления «С» образной трубки накладывали один мышечно-апоневротический шов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одного больного. Заключение. Предложенная нами методика позволяет проводить ВЛС в любые сроки и многократно у одного и того же больного с послеоперационным перитонитом.

160.Видеоторакоскопическое лечение больных со спонтанным пневмотораксом

Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б.А., Робиддинов Б.С.

Наманган, Узбекистан

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Лечение спонтанного пневмоторакса остается важной задачей экстренной хирургии. Частыми причинами пневмоторакса являются буллезная эмфизема и поликистоз легких. Данные заболевания сами по себе являются предметом хирургии плановой, что не всегда четко выделяется в современных публикациях. С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным была выполнена видеоторакоскопия с использованием набора инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия). Материал и методы. За последние 20 лет данной работе проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения 226 больных со спонтанным пневмотораксом. Мужчин было 162 (71,7%), женщин 64 (28,3%). Средний возраст больных составил 35,4 лет. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 132 (58,4%) больных, левосторонний - у 92 (40,7%) и двухсторонний – у 2 (0,9%). В результате диагностической торакоскопии выявлены; буллезная эмфизема без осложнений у 113 (50,0%), с воспалительными проявлениями 33 (14,6%), надрывы спаек у 36 (16,0%), туберкулез легких у 24 (10,6%) и видимой патологии не обнаружено – у 20 (8,8%) больных. Торакоскопическое иссечение и электрокоагуляция булл выполнены у 52 (46,1%)

больных, наложение эндошва на буллы - у 27 (20,2%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса. Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 14 (12,8%) больных, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости. У 49 (21,2%) больных при торакокопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств. У 84 (37,1%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакокопии. Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у одного пациента, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств. Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 4 (1,8%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа. Среднее пребывание больных на койке составил 4,2 дней. Летальных исходов не наблюдалось. Заключение. Применение видеоторакокопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

161. Специфические биомаркеры дифференциальной диагностики уремиического панкреатита и деструктивного панкреатита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе в хирургическом стационаре

*Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А.,
Одишешавили Г.Д., Гасанов К.Г., Кчибеков А.А.*

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава

Актуальность. Хроническая болезнь почек на разных стадиях её развития встречается более чем у 10% взрослого населения в странах мира. В России на программном гемодиализе находится около 72% пациентов, получающих заместительную почечную терапию. Неуклонный рост количества

хирургических осложнений у данной категории больных побуждает исследователей искать новые подходы к диагностике хирургической патологии у пациентов, находящихся на программном гемодиализе. С позиции дифференциальной диагностики уремиического панкреатита и деструктивного панкреатита у пациентов, находящихся на программном гемодиализе проведено исследование концентраций в сыворотке крови β 2-микроглобулина (β 2-МГ) – одного из специфических маркеров почечной сохранности и Ферритина(Ф), который считается биомаркером воспалительной деструкции тканей. Целью исследования явилось оценка концентраций β 2-МГ и Ф в сыворотке крови у пациентов, находящихся на программном гемодиализе для дифференциальной диагностики уремиического панкреатита и деструктивного панкреатита. В исследование включено 68 пациентов, поступивших в хирургический стационар с подозрением на панкреатит, которые получают программный гемодиализ в анамнезе. Из них у 42 пациентов диагностирован уремиический панкреатит, а у 26 пациентов выявлен деструктивный панкреатит. В группу контроля включено 50 амбулаторных пациентов, находящихся на программном гемодиализе. В исследование не включены пациенты с подозрением на панкреатит не получающих программный гемодиализ в анамнезе. Наиболее высокая концентрация β 2-МГ (Ме; 25;75) была выявлена у пациентов с уремиическим панкреатитом и составила 15,6 мг/л [12,1; 19,8]), по сравнению с концентрацией β 2-МГ в сыворотке крови у пациентов при деструктивном панкреатите 5,2 мг/л [4,9;6,6]. Более высокая концентрация Ф определялась при деструктивном панкреатите - 445 мг/л [288;602]), по сравнению с концентрацией Ф в сыворотке крови пациентов с уремиическим панкреатитом 67 мг/л [122;213]. В контрольной группе амбулаторных пациентов, получающие процедуры программного гемодиализа, статистически значимых концентраций в сыворотке крови β 2-МГ и Ф не выявлено. На основании оценки концентраций в сыворотке крови исследуемых белков нами предложен новый способ дифференциальной диагностики уремиического панкреатита и деструктивного панкреатита у пациентов, получающих программный гемодиализ. Нами предложен коэффициент соотношения: $K = \beta 2M / \beta 2M \cdot 100$, где при значении K менее 5 диагностируют уремиический панкреатит, а при значении K более 5 диагностируют деструктивный панкреатит (Патент РФ №2761733). Таким образом, внедрение в хирургическую практику предложенного способа позволило выявить

уремический панкреатит у 42 пациентов, получающих программный гемодиализ, поступивших в хирургический стационар с диагнозом панкреатит и своевременно начать целенаправленную заместительную почечную терапию.

162. Симультантные операции при лапароскопической холецистэктомии

*Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б.,
Базарбаев У.Р.*

Наманган, Узбекистан

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Основной целью малоинвазивной хирургии является снижение хирургической агрессии при условии выполнения полного и радикального объема операции. По мере накопления опыта лапароскопических операций стали появляться сообщения об одновременных вмешательствах на одном или нескольких органах, выполняемых под контролем лапароскопа. Симультантные операции – это еще одно звено в достижении цели, поставленной перед малоинвазивной хирургией. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с двумя и тремя патологиями на органах брюшной полости. Материал и методы. В течение последних 20 лет работы нами было выполнено 6197 лапароскопических холецистэктомий. Мы обладаем опытом выполнения 601 (9,7%) симультантных 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 120 (20,0%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 302 (50,2%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе - у 47 (7,8%). У 61 (10,1%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластикой

пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено - у 68 (11,4%). 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, симультантные лапароскопические вмешательства показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений. Лапароскопический доступ позволяет выполнить одновременно несколько операций на органах брюшной полости и малого таза, причем время операции увеличивается всего на 20-30 минут, а срок нахождения в стационаре не удлиняется (выписка на 1-4 день). Заключение. Более активное внедрение симультантных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшить финансовые затраты не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

163. Возможности применения лазерных технологий остановки кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в достижении надлежащего качества медицинской помощи

*Творогов Д.А. (1,2), Дваладзе Л.Г. (1),
Ярцев М.М. (2), Коваленко С.А. (2), Мовчан К.Н. (2)*

Санкт-Петербург

1) ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России, 2)
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава
России

Актуальность. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (КНОЖКТ) регистрируются в 20-25% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений (Ревишвили А. Ш., 2018). По мнению американских и западноевропейских хирургов, источниками геморрагий данной локализации чаще оказываются дивертикулы, ангиодисплазии и опухоли ободочной кишки, в общей сложности – от 42–69% всех наблюдений (Longstreth Y.T., 1997; Brandt D., 2018). В публикациях российских исследователей в качестве ведущей причины КНОЖКТ считается геморрой - до 40% (В.П. Петров с соавт. 1987; Благодарный Л. А., 2015). Среди публикаций специалистов об инновациях устранения геморроя особое внимание обращается на высокую эффективность лазерных технологий. Материалы и методы. В ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России целенаправленно проанализированы результаты проведения колоноскопии (с февраля 2018 г. по декабрь 2021 г.) у 92 пациентов, предъявлявших жалобы на периодические выделения крови из прямой кишки при дефекации. Во всех случаях констатировано состояние анемии 1-2 ст. Среди ее причин: опухоли толстой кишки — 22%, язвенный колит — 15%, ангиодисплазии — 13%, геморрой 50%. В условиях дневного хирургического стационара, используя светодиодный лазер Biolitec (с длиной волны 1470 нм.), 46 больным (средний возраст составил 55±7 лет, женщин 31 чел. — 67,4%, мужчин – 15 чел. — 32,6%), основываясь на факте верификации хронического геморроя с эпизодическими кровотечениями, осуществлена лазерная геморроидэктомия. Результаты. В 3 случаях геморроидэктомия выполнена согласно технологии лазерной деструкции (HELP), в 27 наблюдениях в формате LHP + дезартеризация геморроидальных артерий; у 16 больных — LHP + геморроидэктомия 1 узла, Даже при 3-4 стадии заболевания LHP значительно сокращает длительность

хирургического вмешательства (в среднем оно продолжалось 36,3±11,2 мин), минимизирует травму тканей и выраженность болевого синдрома, уменьшает сроки реабилитации почти в 2,4 раза, существенно улучшая качество жизни пациентов, возвращая их к обычной повседневной деятельности без каких-либо последствий. Обсуждения. Данные проведенного исследования позволяют констатировать высокую эффективность применения лазерных методик в амбулаторной проктологии в формате достижения надлежащего качества оказания медицинской помощи при осложнении геморроя анемией. Однако, для достоверности выводов целесообразна направленная оценка сведений о результатах лечения большего по численности контингента пациентов с наблюдением за ними в отдаленные сроки. Выводы и рекомендации. Применение лазерных технологий хирургического лечения больных хроническим комбинированным геморроем 3-4 стадии при эпизодах геморроидальных кровотечений в анамнезе себя оправдывает, так как позволяет существенно улучшить результаты геморроидэктомии у пациентов при данной патологии.

164. Непосредственные результаты эндоскопического лечения вирсунголитиаза с применением современных технологий

*Мерсаидова К.И. (1), Нишневич Е.В. (1,2),
Салемьянов А.З. (1), Мерсаидов К.В. (1),
Исакова Т.М. (1,2)*

Екатеринбург

1) ГАУЗ СО "ГКБ №40", 2) Уральский
государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение хронического панкреатита, осложненного вирсунголитиазом и стриктурой, является сложной проблемой хирургии. Появление новых эндоскопических технологий позволило внедрить в клиническую практику оперативное лечение вирсунголитиаза транспапиллярным доступом. Материал и методы. За период с 2017 по январь 2022 г. выполнено 29 транспапиллярных вмешательств на главном панкреатическом протоке по поводу вирсунголитиаза у 11 пациентов в

возрасте от 25 до 77 лет (средний возраст 53,6 года), из них 8 мужчин и 3 женщины. Показаниями к выполнению эндоскопического лечения считали: наличие болевого синдрома, локализация камней в главном панкреатическом протоке на уровне головки и перешейка. Продолжительность клинических проявлений составляла от 2 месяцев до 10 лет (среднее значение 3,75 года). Конкременты локализовались в главном панкреатическом протоке на уровне головки у 8 больных и перешейка - у трех. Диаметр вирсунгова протока в среднем составил 7,9 мм (от 5 до 15 мм). Размеры конкрементов были от 5 до 14 мм, количество от 1 до 4. У 7 больных было сочетание вирсунголитиаза и стриктуры. При выборе тактической схемы лечения предпочитаем первым этапом выполнять стентирование главного панкреатического протока, через три месяца-вирсунголитозэкстракцию. Срок лечения пациентов составляет 1,5 года, в течении этого периода производим периодическую замену панкреатического стента. Прямую вирсунгоскопию выполнили 13 раз с помощью системы «SpyGlass» фирмы «Boston Scientific», пять из них сочетали с контактной лазерной литотрипсией. Одному пациенту выполнили ДУВЛ после стентирования главного панкреатического протока. Результаты и обсуждение. При первичном вмешательстве всем больным удалось выполнить вирсунготомию. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 10 минут до 195 (среднее время вмешательства 70,3 минуты). Интраоперационных осложнений не наблюдали. Послеоперационные осложнения наблюдали в 4 случаях (13,8%): в двух случаях (6,9%) это была ретроуденальная перфорация в панкреатическом протоке, у одного пациента (3,4%) после стентирования гепатикохоледоха развился острый холецистит и у одной больной (3,4%) - послеоперационный гастростаз. Причиной появления ретроуденальной перфорации в одном случае считаем агрессивное проведение струны за зону стриктуры, во втором случае связываем с выполнением лазерной литотрипсии. На фоне консервативной терапии клиника полностью была купирована. Острый холецистит регрессировал после удаления стента с проведением антибактериальной терапии. Послеоперационный гастростаз разрешился в течении суток после операции на фоне консервативной терапии. У 1 пациента в течении 3 месяцев после стентирования главного панкреатического протока и гепатикохоледоха было отмечено прогрессирование индуративного панкреатита и при повторном вмешательстве визуализировать

стененты и пройти в зону БСДК не удалось. Больной был направлен на трансабдоминальное оперативное вмешательство. В одном случае при первичной операции не удалось провести струну через стриктуру для установки стента. Продолжительность госпитализации в стационаре была от 2 до 11 дней (в среднем составила 5,5 дней). Летальных исходов не было. Выводы. Применение новых транспапиллярных технологий на главном панкреатическом протоке у части больных с вирсунголитиазом могут быть высокоэффективными и относительно безопасными вмешательствами, с низкой частотой послеоперационных осложнений, которые могут быть купированы консервативной терапией. Пероральная транспапиллярная вирсунгоскопия с помощью системы «SpyGlass» позволила расширить показания к эндоскопическому лечению вирсунголитиаза.

165. Есть ли место вопросам истории хирургии в дополнительном профессиональном образовании на современном этапе

Максимов И.Б., Староконь П.М., Галик Н.И.

Москва

Филиал Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова МО РФ

На современном этапе идет бурное реформирование последипломного медицинского образования. Многократно меняются образовательные программы, вносятся новые формы обучения, повышается интенсивность учебного процесса, что в какой-то степени снижает контакты преподавателя и слушателей циклов. Все шире внедряются формы дистанционного обучения. Из-за уплотнения профессиональных программ, загруженность и объем преподаваемого материала возрастают. Есть ли в сложившейся образовательной ситуации место вопросам истории и нужны ли они в последипломном образовании? Этот вопрос все чаще встает в настоящем. В наше стремительно меняющееся время, время инноваций, требования к высококвалифицированному специалисту весьма высоки: профессионализм, разносторонние знания,

активная жизненная позиция, знание иностранных языков, новых информационных технологий, коммуникативность. Но наша задача, как педагогов, подготовить не только специалиста высокого класса, но и способствовать формированию личности высоко нравственного человека, патриота своей страны, знающего и гордящегося ее прошлым, способного прийти на помощь нуждающемуся и т.п. На нашей кафедре (хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики) филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова проводится дополнительное профессиональное образование. Неизменная основа преподавания: повышение мотивации активного и эффективного изучения различных разделов хирургии, воспитание нравственно-этических и патриотических качеств. Считаем, что аспекты истории хирургии – неотъемлемая часть каждого преподаваемого предмета. Именно такое сочетание позволяет специалисту глубоко анализировать знания и опыт предшественников, всесторонне развиваться. Поэтому все методические материалы (лекции, семинары, практические занятия), разрабатываемые преподавателями кафедры, обязательно включают аспекты истории медицины, хирургии по изучаемой теме – это уже традиция кафедры. На лекциях слушателям даются систематизированные научные знания по дисциплине, включающие в себя и профильные вопросы истории медицины. Лекции читаются опытным профессорско-преподавательским составом и сопровождаются мультимедийными презентациями, что позволяет сделать лекцию более познавательной благодаря лучшему восприятию и запоминанию информации. Должное внимание уделяется персоналиям – ярким представителям медицины, внесших весомый вклад в развитие хирургии. Наиболее сложные вопросы учебной дисциплины с аспектами истории медицины рассматриваются на семинарах и ведутся в форме дискуссий, в ходе которых формируется и развивается научное мышление, аргументированно отстаивается своё мнение, повышается образовательный статус обучающихся. На занятиях рассматриваются не только положительные, но и отрицательные моменты в истории медицины. Объективный подход позволяет создать специфическую медицинскую реальность, отражающую процессы её развития. Известно, что лучше учиться на чужих, а не на собственных ошибках, так как ошибки часто обходятся очень дорого. Знание истории хирургии помогает избежать заблуждений и ошибок предшественников. Вопросы истории хирургии красной нитью проходили и проходят в

педагогической деятельности сотрудников кафедры профессоров К.М. Лисицына, А.К. Ревского, В.П. Петрова, Е.А. Кохана, П.Г. Брюсова, А.Н.Курицына, И.Б. Максимова. Из под их пера вышли труды, в которых исторические аспекты хирургии освещались весьма широко. Так, В.П. Петров автор уникального, прекрасно иллюстрированного, трижды переизданного труда «Руки хирурга – руки художника», пользующийся необычайной популярностью у хирургов. Е.П. Кохан издал познавательную книгу «Сосудистая хирургия в госпиталях Министерства обороны (становление и развитие)». Автором ряда статей по отдельным вопросам хирургии и военно-полевой хирургии с исторической направленностью является П.Г. Брюсов (1989-1998 гг. - главный хирург Министерства обороны). Особую ценность для врачей, военно-полевых хирургов, историков медицины представляет дважды изданная книга П.Г. Брюсова «Дневник главного хирурга. Военно-полевая хирургия в локальном конфликте на Северном Кавказе». В 2020-22 гг. был издан 2-х томный труд авторами которого являются профессора Гладких П.Ф. и Максимов И.Б. «Очерки истории отечественной военной медицины: в 2 книгах (1613–1991). Отдельные аспекты истории медицины продолжают изучаться преподавателями кафедры. Так доцентом Галик Н.И. проведено историко-медицинское исследование по лечению ранений магистральных сосудов в войнах России (1700-2000 гг.). Соблюдая традиции кафедры, вопросы истории хирургии красной нитью проходят в преподавании отдельных разделов хирургии (в лекциях, семинарах, практических занятиях). Наше стремление донести до каждого слушателя знания (опыт, достижения, ошибки) предшествующих поколений, а не только инновации, способствуют всестороннему развитию специалиста. А какой будет результат – время покажет. Хочется надеяться, что мы готовим высококвалифицированных специалистов, обладающих фундаментальными и разносторонними знаниями, которые не боятся брать на себя ответственность и привнесут в практическую деятельность полученные знания и умения.

166. Применение перфорированных пленок бактериальной целлюлозы в лечении ран нижних конечностей

*Жариков А.Н. (1), Алиев А.Р. (1), Власов К.Е. (2),
Бабак М.А. (2)*

Барнаул

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

Актуальность. «Хронические» раны нижних конечностей (существующие более 4 недель) являются наиболее частым исходом хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей конечностей. Лечение пациентов с такими раневыми дефектами проводится длительно. Больные отмечают психологический дискомфорт, связанный с ежедневными перевязками, болевым синдромом, медленным заживлением, социальной дезадаптацией. Некоторые препараты, входящие в состав повязок (хлоргексидин, Левомеколь) просты и малоэффективны, другие материалы (Воскопран, Гелепран и т.д.) дороги, с низкой доступностью для населения. В последнее время благодаря достижению значительных результатов в разделе биомедицинских технологий широкое распространение и известность получила бактериальная целлюлоза (БЦ), получаемая путем биотехнологического синтеза [Skiba E.A. et al. Biosynthesis of Bacterial Cellulose by Extended Cultivation with Multiple Removal of BC Pellicles. Polymers. 2021, 13]. Цель работы - оценить эффективность лечения ран и трофических язв нижних конечностей с использованием пленок бактериальной целлюлозы в сравнении с повязками с 1% водным раствором хлоргексидина биглюконата (ХГ). Материал и методы. Больные с обширными ранами стоп, сформировавшихся после ампутаций пальцев по поводу осложнений сахарного диабета и атеросклероза были разделены на две группы: основная (1), получавшая раневую повязку с перфорированной пленкой БЦ и контрольная (2), где в качестве повязок использовался 1% ХГ. Пациентов наблюдали 60 дней. Всего пролечено 20 больных, по 10 в каждой группе. Исследовались размеры и скорость заживления раны, болевой синдром, количество повязок, экссудация, адаптация пациента, проводилось гистологическое и бактериологическое исследование. Результаты. На фоне лечения в обеих группах значительно уменьшилась площадь раны ($p < 0,01$), однако

скорость заживления в первой группе была быстрее ($p < 0,05$) за счет более быстрой эпителизации краев раны, пролиферации грануляционной ткани, снижения бактериальной обсемененности. Среднее количество смен повязок в 1 группе составило $16,2 \pm 6,3$, а во 2 группе - $52,2 \pm 7,3$, что меньше в 3,2 раза ($p < 0,001$). В нескольких случаях длительность нахождения пленки с БЦ достигало 7 суток. Благодаря своей влажности и тонкой структуре БЦ хорошо конгруэнтна к площади раны, а по мере высыхания ее края плотно фиксируются к коже вокруг. Кроме того, все пациенты в 1 группе отметили значительное уменьшение болевого синдрома и экссудацию из раны, особенно в первые 3 суток после смены повязки с БЦ. Это было для них комфортно и позволяло им расширять двигательную активность, лучше себя обслуживать. Почти полное заживление отмечено при ранах с хорошим артериальным кровообращением на фоне малоинвазивных ревазуляризирующих операций (баллонная ангиопластика со стентированием). Выводы. Перфорированная пленка бактериальной целлюлозы, по сравнению с повязками с хлоргексидином, действуя как «вторая кожа», способствует увеличению скорости заживления раны, уменьшает частоту смены повязок, снижает необходимость прямых манипуляций в ране, обеспечивает хорошую фиксацию путем самоприклеивания, уменьшает болевой синдром, снижает экссудацию, позволяет увеличить активность больных с хроническими ранами нижних конечностей.

**167. Иван Иванович Кательницкий – хирург,
учитель, человек...**

Сапронова Н.Г.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Ушедший 2021 год был наполнен невосполнимыми утратами, затронувшими Российское хирургическое сообщество. Ушел из жизни профессор Иван Иванович Кательницкий, проживший свою жизнь, наполненную победами и поражениями, любовью и радостью, горестями и ощущением счастья, родными и близкими людьми, друзьями,

коллегами. Его жизненный путь вместил десятки тысяч мелких и крупных событий, он представлял расцвет эпохи сосудистой хирургии на Дону, был олицетворением яркого, живого, любящего, трепетного человека и учителя. Начало его карьеры после окончания в 1971 году Ростовского государственного медицинского института положила работа хирургом больницы скорой медицинской помощи и занятия в экспериментальной операционной кафедры госпитальной хирургии. Профессиональный взлет навсегда связал его с сосудистой хирургией и сделал его представителем своего времени, времени в котором он жил, как и для чего был воспитан, что было ценно и важно, к чему стремился и что любил. Возглавив в 1995 году хирургическую кафедру Ростовского государственного медицинского университета, где ранее работали профессора Н.А. Богораз, З.И. Карташов, П.П. Коваленко, он продолжил дело своих учителей. Имя Ивана Ивановича Кательницкого – имя человека, вложившего в своих учеников и в их судьбы свое отношение, внимание, знания, умения. С его словами и поступками можно было соглашаться или спорить, восхищаться или негодовать, учиться у него или его критиковать, но без его имени говорить о сосудистой хирургии не получится. Овладев всеми сложнейшими реконструктивными вмешательствами, он играючи входил в операционную, и сложнейшая операция превращалась в рутинную, так как в операционной бригаде находился супер-хирург и учитель. Иван Иванович претворил в жизнь планы своего учителя Петра Петровича Коваленко по дальнейшему расцвету Донской школы хирургов, были освоены и усовершенствованы реконструктивно-восстановительные операции на сосудах, пищеводе, легких, органах брюшной полости. Осуществлялись уникальные оперативные вмешательства при циррозах печени. Под руководством профессора на кафедре было защищено 18 диссертаций, ученики работают и спасают пациентов во всех уголках нашей страны. Авторитет Ивана Ивановича среди коллег был незыблемым и востребованность в его умениях, знаниях была столь высока, что его уход обрубил этот источник помощи всем страждущим. Для его творческой деятельности была характерна неумная энергия исследователя и постоянный поиск нового. Преемственность поколений – это нить, которую нельзя разрывать, это важная связь между прошлым, настоящим и будущим, когда элементы прошлого сохраняются и переносятся в настоящее, а затем передаются потомкам – инициаторам преобразований. Одно поколение

сменяется другим, но именно это помогает передать самые важные и жизненно необходимые ценности от одних людей к другим. Светлая память большому хирургу, учителю, человеку.

168. Особенности диагностики и хирургического лечения новообразований средостения

Печетов А.А., Леднев А.Н.

Москва

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

Объемные новообразования средостения охватывают широкий спектр заболеваний. Разнообразие рентгенологических характеристик и морфологических форм создает определенные сложности в выборе правильной тактики лечения. Независимо от гистологического диагноза, все крупные новообразования средостения могут вызывать компрессию и инвазию жизненно важных структур, приводя к дыхательной недостаточности или гемодинамическим нарушениям. В этом исследовании описан опыт диагностики и хирургического лечения пациентов с первичными опухолями и кистами средостения. Материалы и методы. В период с января 2019 г. по декабрь 2021 г. ретроспективно проанализировано 56 пациентов с объемными новообразованиями средостения, перенесших хирургическое лечение в отделении торакальной хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского. Результаты. Наиболее частыми доброкачественными поражениями средостения были кисты средостения и перикарда (29,3%), патологии тимуса (20,1%), бронхогенные кисты (14,6%) и нейрогенные опухоли (9%). Среди злокачественных форм наиболее часто встречались тимомы (19%), карциномы тимуса (4%) и лимфопролиферативные заболевания (4%). Большинство новообразований располагалось в переднем средостении. Бессимптомное течение отмечено у 26,1% пациентов, среди наиболее частых жалоб были одышка, боль в груди и кашель. Торакоскопическое удаление опухоли было выполнено в 72,9% случаев. Другие используемые доступы: срединная стернотомия (10,3%), боковая торакотомия (9%) воротниковый разрез (7,8%). Послеоперационные осложнения возникли в 10,5%

случаев и включали гемоторакс, плевральный выпот, недостаточность аэрозаза и пневмонию. Летальных исходов не было. Заключение. Предоперационная морфологическая верификация природы опухоли зачастую вызывает значительные трудности ввиду анатомических особенностей средостения. Согласно полученным данным, торакоскопическое удаление новообразований средостения при размерах менее 5 см является «золотым стандартом» и выступает в качестве диагностической и лечебной процедуры, сопровождающейся низкими показателями осложнений и смертности.

169. Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении острого деструктивного холецистита, осложненного холедохолитиазом

*Иванов Ю.В. (1,2), Панченков Д.Н. (1,2),
Смирнов А.В. (1), Станкевич В.Р. (1),
Злобин А.И. (1,2)*

Москва

1) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 2) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Актуальность. Тактика хирургического лечения острого деструктивного холецистита (ОДХ) в сочетании с холедохолитиазом (ХЛ) до сих пор остается предметом научных дискуссий среди хирургов. Наиболее часто выполняются: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с дренированием общего желчного протока первым этапом и отсроченная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), папиллосфинктеротомия (ПСТ) с литэкстракцией (ЛЭ) вторым этапом; открытая холецистэктомия, холедохотомия с ЛЭ и дренированием общего желчного протока. Материалы и методы. В хирургическом лечении 12 пациентов с ОДХ и ХЛ использованы симультанные минимально инвазивные методы: ЛХЭ и ЭРХПГ с ЛЭ. Мужчин было 5, женщин 7, средний возраст $56,4 \pm 6,8$ лет, на момент госпитализации клинико-лабораторных данных за механическую желтуху не было. Показанием к экстренной операции у всех пациентов явились: клиническая картина ОДХ, подтвержденная ультразвуковым исследованием

(УЗИ) органов брюшной полости, лабораторными анализами, а также положительный симптом раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга). Оперативное вмешательство начинали с выполнения ЛХЭ по стандартной методике. После удаления желчного пузыря из брюшной полости, начальный отдел тощей кишки пережимали с помощью лапароскопической кишечной клеммы «бульдог» для предупреждения вздутия тонкого кишечника при выполнении эндоскопического этапа. ЭРХПГ, ПСТ с ЛЭ выполняли сразу в операционной после ЛХЭ. Если имелись признаки холангита, выполняли назобилиарное дренирование. Операцию заканчивали удалением клеммы с тощей кишки, дренированием брюшной полости. Всем больным перед и после операцией, помимо антибактериальной, инфузионной и дезинтоксикационной терапии, проводили профилактику острого панкреатита (октреотид 1200 мкг в сутки). Полученные результаты. Во всех 12 случаях наблюдали выздоровление. Средний койко-день составил $7,6 \pm 1,9$ суток. У 11 пациентов удалось симультанно выполнить ЛХЭ и ЭРХПГ, ПСТ, ЛЭ. В 1 случае эндоскопический этап выполнить не удалось ввиду анатомических особенностей (крупный дивертикул двенадцатиперстной кишки), операция закончена лапароскопическим наружным дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока. После оперативных вмешательств наблюдали 1 осложнение - острый постманипуляционный панкреатит, купированный консервативной терапией. Общее время оперативного вмешательства в среднем составило $132,8 \pm 27,2$ мин. Обсуждение. Выполнение холецистэктомии при ОДХ не вызывает сомнений, но сочетание болезни с ХЛ представляет определенные трудности, особенно если выбор делается в пользу минимально инвазивных вмешательств. Преимущества симультанных минимально инвазивных операций очевидны: возможность хирургического лечения в один этап (1 госпитализация, 1 симультанная операция, 1 наркоз), сокращение общего периода нетрудоспособности и реабилитации, лучший косметический эффект, сокращение финансовых затрат в пересчете на полный курс лечения. Однако, для успешного выполнения таких операций необходимы определенные условия: наличие соответствующего оборудования и инструментария в операционной, квалифицированный врач-эндоскопист, хорошо владеющий методикой выполнения ЭРХПГ, ПСТ, ЛЭ, стандартные варианты анатомии области большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки, отсутствие тяжелых декомпенсированных сопутствующих заболеваний

у пациента, а так же сама возможность выполнения ЛХЭ. Выводы. Лечение ОДХ с ХЛ с помощью минимально инвазивных хирургических технологий в качестве симультанного оперативного вмешательства возможно и не приводит к увеличению послеоперационных осложнений, но требует определенного оборудования и квалификации операционной бригады.

170. Возможности цифровой эндовидеосистемы SpyGlass в дифференциальной диагностике заболеваний желчных протоков

Иванов Ю.В. (1,2), Панченков Д.Н. (1,2), Сазонов Д.В. (1), Илюшников Е.О. (1,2)

Москва

1) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 2) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Актуальность. В настоящее время основными инструментальными методами диагностики различных новообразований желчных протоков являются: ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением органов билиарной системы, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), эндоскопическое ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также эндоскопическое ретроградная холангиопанкреатография. Основной недостаток перечисленных методик - невозможность непосредственной визуализации желчных протоков и протоков поджелудочной железы, прицельного взятия биоматериала для цитологического и гистологического исследования. В связи с этим, в ряде случаев, точная дооперационная верификация диагноза у пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями желчных протоков представляет большую сложность и не всегда возможна. Материалы и методы. Цифровая эндовидеосистема SpyGlass использована с целью дифференциальной диагностики первичного склерозирующего холангита, холангиокарциномы и рубцовых стриктур общего печеночного и желчного протоков. Исследование выполнено у 5 пациентов (3 мужчин, 2 женщины, средний возраст $62,8 \pm 6,7$ лет) для исключения злокачественной

внутрипросветной опухоли (холангиокарцинома), путем взятия биопсии под визуальным контролем. Системы SpyGlass имеет диаметр зонда 3,34 мм и диаметр рабочего канала 1,2 мм, что позволяет детально исследовать долевы, сегментарные желчные протоки и Вирсунгов проток, а наличие инструментального канала дает возможность выполнить прицельную биопсию и лечебные манипуляции. Полученные результаты. Во всех 5 наблюдениях методика SpyGlass позволила установить точный клинический диагноз, подтвержденный цитологическим и гистологическим исследованиями. В 2-х случаях были диагностированы рубцовые стриктуры общего печеночного протока на фоне имевшейся желчно-каменной болезни (холецистэктомия в анамнезе), в 2-х - холангиокарциномы (оба пациента оперированы, диагноз подтвержден морфологически) и в 1-м - первичный склерозирующий холангит. Осложнений, связанных с выполнением данной методики не наблюдали. Общее время исследования составило $46,3 \pm 14,7$ мин. и значимо не отличалось от такового при стандартной ЭРХПГ с брашбиопсией. Обсуждение. Холангиопанкреатоскопия с применением системы SpyGlass обеспечивает высокое разрешение визуализации желчных протоков и протоков поджелудочной железы, дает возможность выполнять исследование одним врачом-эндоскопистом, простая и быстрая настройка SpyGlass позволяет принять решение об использовании холангиоскопии в середине процедуры без задержки и дополнительной подготовки. Данная методика значительно увеличивает процент положительных морфологических результатов по сравнению с цитологией при брашбиопсии, выполняемой при ЭРХПГ. Диагностическая ценность метода цифровой эндовидеосистемы SpyGlass особенно показательна при доброкачественных стриктурах желчных протоков, первичном склерозирующем холангите, ранней диагностики холангиокарциномы. Внедрение данной методики в специализированных стационарах позволит значительно расширить диагностические и лечебные возможности врачей эндоскопистов в лечении заболеваний панкреатобилиарной системы. Выводы. Применение цифровой эндовидеосистемы SpyGlass позволяет значительно расширить диагностические и лечебные возможности при выполнении ЭРХПГ. Данный метод может быть «золотым стандартом» в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований желчных протоков, особенно в

тех случаях, когда традиционные инструментальные методы диагностики не позволяют уточнить клинический диагноз.

171. Опыт диагностики и лечения сочетанных травм живота

*Ситников В.Н., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М.,
Бондаренко В.А., Чубарян К.А.*

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. В настоящее время травматизм характеризуется высокой долей пострадавших с сочетанными повреждениями, зачастую находящихся в состоянии шока, что затрудняет правильную и своевременную диагностику и ухудшает результаты лечения. Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов лечения пострадавших с сочетанными травмами живота путем совершенствования и внедрения в клиническую практику видеолапароскопических методов. Материал и методы. В настоящее исследование включены 18501 пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными травмами. Повреждения живота отмечены у 6539 из них (35,3%). Лапаротомия или лапароскопия потребовались 3556 пострадавшим. Мужчин было 2512 (70,6%), женщин – 1044 (29,4%). Лапароскопия выполнена у 1962, лапаротомия без предшествующей видеолапароскопии – у 1594. По срокам поступления в стационар пациенты распределились следующим образом: в первый час с момента травмы – 1712 (48,1%), от 1 до 3 часов – 968 (27,2%), от 3 до 6 часов – 367 (10,3%), позже 6 часов – 482 (13,6%), время не установлено у 27 (0,8%) пострадавших. При поступлении в состоянии шока I степени находились 1122 (31,6%), II степени – 389 (10,9%), III – 581 (16,3%). Тяжесть сочетанной травмы по шкале тяжести повреждений Injury Severity Score (ISS), составила $17,8 \pm 4,9$. В изучаемой группе у всех пострадавших одновременно отмечено повреждение нескольких органов и систем: у 1394 (39,2%) – две, у 1588 (44,7%) – три, у 394 (11,1%) – четыре, у 168 (4,7%) – пять и у 12 (0,3%)

– шесть. Результаты и обсуждение. При выполнении видеолапароскопии у 504 пострадавших (25,7%) повреждений органов брюшной полости не отмечено, а еще у 268 (13,7%) обнаруженные изменения не требовали оперативного пособия, достаточным было динамического наблюдения. У 1190 (60,7%) пациентов при лапароскопии определены повреждения, нуждающиеся в их хирургическом устранении, которые у 522 (26,6%) были ликвидированы лапароскопически, в ряде случаев было скорректировано более чем одно повреждение. Значительные изменения внутренних органов, потребовавшие выполнения лапаротомии, определены у 668 человек (34,0%). При выполнении лапаротомии без предшествующей лапароскопии 481 пострадавшего (30,2%) показания к лапаротомии оказались завышенными (повреждений органов брюшной полости не выявлено, повреждения требовали наблюдения или могли быть устранены лапароскопически). Выводы и рекомендации. При ретроспективном анализе выявлено процентное уменьшение со временем числа выполнения как открытых, так и лапароскопических операций при сочетанной травме живота по отношению к поступившим, что связано с широким внедрением современных методов исследования, накоплением опыта специалистами. В диагностике повреждений органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой при отсутствии противопоказаний видеолапароскопия должна являться методикой выбора. В 39,3% при лапароскопии диагностировано отсутствие повреждений или незначительный их характер, а еще в 26,6% выявленные изменения устранены.

172. Диагностика и тактика лечения несостоятельности степлерного шва после лапароскопической продольной резекции желудка в бариатрической хирургии

Хитарьян А.Г., Орехов А.А., Старжинская О.Б., Межунц А.В., Мельников Д.А., Зиглер Г.Д., Абовян А.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность: Продольная резекция желудка (LSG) является одной из известных бариатрических операций, которые эффективно помогают пациентам с морбидным ожирением. Несмотря на существенные успехи в повышении эффективности и «профиля безопасности» указанных оперативных вмешательств, до сих пор остается нерешенным вопрос их наиболее грозного осложнения – проксимальной несостоятельности степлерного шва желудочной трубки, возникающей у 1,5-4% больных и справедливо считается слабым местом LSG с учетом сложности диагностики, профилактики и лечения. Материалы и методы. Мы оценили результат LSG у 768 пациентов, которым провели ретроспективный анализ. Проведена комплексная оценка клиничко-биохимических анализов, инструментальных, радиологических методов обследования. Следует особо отметить, что большая часть пациентов до- и послеоперационном периоде получала дезагрегантную и антикоагулянтную терапию. Полученные результаты: Всего у 9 из 768 пациентов оперированных в 2019-2021 г.г. развились контролируемые осложнения после LSG. Несостоятельность линии швов выявлена у 6 человек. По классификации M. Nedelcu :Тип S – 4 пациентов, M – 1 больного, I – 1 человека. Срок с момента возникновения клинической картины осложнения до установления диагноза у одной больной составил 12 часов, у других – варьировал в диапазоне от 24 до 72 часов. Чрезмерная ориентация на результаты инструментальных исследований, направленных на визуализацию выхода контраста за пределы желудочной трубки, приводила, как правило, к существенной пролонгации диагностики и, как следствие, необоснованной отсрочке начала лечения. Это связано с высокой частотой ошибочно отрицательных результатов из-за высокого ИМТ, особенностями поверхностного натяжения используемого контрастного вещества при

рентгеноскопии. Отсутствие патологических примесей в дренажном содержимом из брюшной полости также не исключает осложнения. После диагностического этапа нами применялся комбинированный индивидуальный лечебный алгоритм, который включает: релапароскопию, ревизия брюшной полости, санация и дренирование, перевод на полное парентеральное питание до исчезновения явлений абдоминального сепсиса, выполнение стентирования пораженного участка, миниинвазивное дренирование под УЗИ контролем остаточных жидкостных скоплений брюшной полости, эндоскопическое инъекционное введение мезенхимально-стромального фактора-PRP, использование биологического клея для финальной пломбировки свищевого хода. Среднее время нахождения в стационаре 37 дней. Обсуждение. Максимально ранняя диагностика несостоятельности линии степлерного шва желудка после LSG является чрезвычайно острой проблемой бариатрической хирургии, ввиду неспецифичности и атипичности клинической картины этого осложнения, высокой частоты ошибочно отрицательных результатов контрастного рентгенологического или КТ исследования. Выводы. Своевременная идентификация и адекватная хирургическая тактика ведения этих пациентов имеют решающее значение для успешного устранения несостоятельности степлерной линии швов после LSG. Рекомендации. В послеоперационном периоде очень важное значение имеют любые отклонения от нормы, которые могут привести к осложнениям. При выявлении каких-либо отклонений необходимо немедленное применение всего спектра лечебно-диагностических мероприятий, направленных на стабилизацию и улучшение состояния пациента.

173. Применение гемостатического препарата «Гемоблок» в неотложной хирургии: первые результаты

Капустин Б.Б., Ватулин В.В., Лебедев П.В., Тимофеев С.Ю., Антропов Н.В.

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия

Цель исследования. Проанализировать эффективность применения гемостатического препарата «Гемоблок» в неотложной хирургии при выполнении эндоскопических полостных и внутрипросветных вмешательств. Материал и методы. Для клинической оценки эффективности и безопасности применения местного гемостатического препарата «Гемоблок» были сформированы 2 группы пациентов хирургического отделения клиники госпитальной хирургии БУЗ УР «ГКБ №8 МЗ УР». Первую группу составили 13 больных, оперированных видеолапароскопически в срочном порядке по поводу острого деструктивного холецистита; вторая группа больных представлена 9 пациентами с остро кровоточащими язвами и эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки, которым медикаментозный гемостаз дополнен эндоскопическим внутрипросветным орошением кровоточащей поверхности препаратом «Гемоблок». Результаты. В процессе выделения флегмонозно измененного желчного пузыря электрохирургическим способом остающиеся незначительно кровоточащие ткани тампонируют марлевой турундой, смоченной обильно препаратом «Гемоблок». Марлевую турунду с гемостатиком заводили в 5-и мм переходник и доставляли через 10-и мм эпигастральный лапаропорт диссектором с умеренным давлением к кровоточащей поверхности печени. Время непосредственного контакта гемостатика с тканями составляло 2 минуты; во всех наблюдениях при паренхиматозных капиллярных кровотечениях был достигнут стойкий эффект без необходимости дополнительного электрохирургического воздействия, что ограничивало формирование очагов коагуляционного некроза тканей, уменьшало риск инфекционных внутрибрюшных осложнений в послеоперационном периоде. Во второй группе больных преобладали пациенты с одиночными и множественными острыми язвами и эрозиями слизистой желудка и ДПК, осложненными кровотечением. Из исследования были исключены пациенты пожилого и старческого возраста;

больные с выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологией; пациенты с выявленными нарушениями системного гемостаза, а также находящиеся в состоянии шока и кровопотери 2-3 степени по А.И.Горбашко. С учетом выявленного источника кровотечения и активности кровотечения Forrest, применение местного гемостатического средства «Гемоблок» рассматривалось нами как альтернатива электрокоагуляции. Орошение производили через биопсийный канал эндоскопа фракционно по 2-3 мл раствора, отдавая предпочтение спрей-катетеру, с интервалом в несколько секунд; на остановку кровотечения из одной кровоточащей поверхности-источника расходовали 20-50 мл препарата «Гемоблок». Оценку эффективности производили непосредственно по достижении гемостатического эффекта. При отсутствии клинических признаков рецидива кровотечения, контрольное фиброгастроскопическое исследование выполняли в течение 12-24 часов. Во всех наблюдениях эндоскопических признаков повторного эпизода кровотечения не обнаружено; дополнительного эндоскопического гемостаза не потребовалось. Заключение. Предварительные результаты применения гемостатического препарата «Гемоблок» показали его клиническую эффективность в неотложной хирургии органов брюшной полости.

174. Лечение больных желчнокаменной болезнью с нарушениями дистального желчеоттока без клинических проявлений

Капустин Б.Б., Тимофеев С.Ю., Лебедев П.В., Колчери А.В.

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия

Цель исследования – улучшить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), имеющих бессимптомные нарушения дистального желчеоттока. Проанализирована клиническая ситуация у 11 пациенток, поступивших для планового оперативного лечения в хирургическое

отделение с диагнозом «хронический калькулезный холецистит». Все обследованные женщины имели избыточную массу тела (ИМТ-26,9±0,9) или ожирение (ИМТ-35,0±3,1); средний возраст составил 58 лет. В момент поступления видимые кожные покровы и слизистые физиологической окраски, в анамнезе эпизодов желтухи больные не отмечали. Общий билирубин определен со средним значением 16,0 мкм/л; щелочная фосфатаза не превышала 300 ед/л. При неоднократном ультразвуковом исследовании на протяжении течения ЖКБ максимальный диаметр холедоха не превышал 8,0 мм; среднее значение оставалось на уровне 6,0 мм. При фиброгастродуоденоскопии патологии со стороны большого дуоденального сосочка не выявлено, в просвете ДПК и желудка визуализирована желчь. Поводом для углубленного исследования состояния желчевыводящих путей послужили длительный анамнез ЖКБ (более 10 лет); отмеченное в амбулаторной карте повышение общего билирубина однократно до 27,0-31,0 мкм/л; в 4 наблюдениях по ультразвуковым данным предполагался холедохолитиаз в виде дополнительных теней диаметром 0,3-0,5 см в просвете дистальной части холедоха. Проведенная магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ) позволила выявить признаки желчной гипертензии у 6 (54,5%) пациентов в виде дилатации общего печеночного и общего желчного протоков без видимых теней конкрементов и с подтверждением наличия конкрементов в терминальном отделе холедоха у 5 (45,5%) пациентов. С учетом полученных данных, пациентам предложено двухэтапное малоинвазивное хирургическое лечение. На первом этапе выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия после диагностической ЭРПХГ, по холангиограммам оценивали количество и размер конкрементов, сопоставляя полученные данные с последующей литэкстракцией. Несмотря на отсутствие технических сложностей выполнения операции, в одном наблюдении диагностирована ретродуоденальная перфорация и в 2-х случаях выявлена транзиторная амилаземия. Все осложнения пролечены консервативно с положительным эффектом. Малоинвазивная холецистэктомия произведена в сроки 5-30 дней; основной метод хирургического лечения – видеолапароскопическая холецистэктомия. Больной с ретродуоденальной перфорацией выполнена холецистэктомия из мини-доступа с дренированием холедоха через культю пузырного протока; на 8-й день гладкого послеоперационного периода после проведенной фистулографии дренаж был удален. Полученные предварительные

данные предполагают, что у пациентов с длительно существующей ЖКБ и отсутствием явных клинических проявлений холедохолитиаза и (или) нарушений дистального желчеоттока целесообразно предоперационное исследование состояния желчных протоков методом МРПХГ, что позволит своевременно реализовать больным малоинвазивное этапное хирургическое лечение.

175. Прогнозирование течения раневого процесса у больных с осложненными формами диабетической стопы

Луценко Ю.Г., Матийцев А.Б.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из наиболее частых осложнений у пациентов, с плохо контролируемым уровнем гликемии на фоне нейропатии и заболеваний периферических сосудов. Развитие данного осложнения регистрируется примерно у 15-25 пациентов в течение всей жизни. Для оценки течения раневого процесса обычно используют планиметрические измерения, цитологические, микробиологические исследования, определение рН раневой среды, лазерную доплерометрию, определяют напряжение кислорода в тканях. Эффективность существующих стандартов контроля за раневым процессом ставится под сомнения из-за невозможности выполнения исследований в обычных условиях. В связи с этим остается важным и нерешенным вопрос о методах прогнозирования течения раневого процесса у больных с СДС, что позволит на ранних этапах предотвратить ошибки при определении тактики и объема хирургического лечения. Цель: определить прогностическое значение динамики соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (СНЛ) у больных с СДС. Материалы и методы: под наблюдением находились 83 пациента с СДС III - IV степени по Вагнеру. При поступлении всем больным проводили комплексное лабораторное и инструментальное обследование, включавшее УЗИ сосудов нижних конечностей, рентгенографию костей стоп. У данных пациентов на основании доплерометрии сосудов нижних

конечностей были исключены атеросклеротические поражения, требующие реконструктивных операций. Результаты: ретроспективно проведен анализ течения раневого процесса у всех больных. При поступлении в стационар всем больным на фоне антибактериальной терапии выполнено удаление гнойно-некротических очагов. У 51 больного при осмотре выявлены признаки (гиперемия, болезненность, отек, флюктуация) абсцесса либо флегмоны стопы. Пациентам выполнено дренирование очагов инфекции. У 72 больных при рентгенографии были признаки остеомиелита фаланг либо нескольких плюсневых костей. Проведены операции по удалению одного или нескольких пальцев вплоть до удаления плюсневых костей. При поступлении, и в последующем периоде рассчитывали показатель СНЛ. При поступлении коэффициент СНЛ составил $11,6 \pm 3,6$. Через 7– дней после выполнения оперативных вмешательств у всех больных зарегистрировали падение величины данного коэффициента до $8,7 \pm 2,8$. У 27 больных на 11–12 день показатель СНЛ вырос до $9,9 \pm 3,1$, тогда как у большинства больных этот показатель продолжал снижаться. Через 3– дня после повышения СНЛ у 9 больных появились клинические признаки абсцесса, который в дальнейшем был дренирован. Диагностическая рентгенография костей стопы выявила у 18 больных признаки остеомиелита костей стопы. В исследовании установлена корреляция роста СНЛ у больных с СДС III–V степени по Вагнеру и неблагоприятным течением раневого процесса, а именно гнойно-воспалительные осложнения в виде абсцессов либо остеомиелита. Выводы. Рост соотношения нейтрофилов к лимфоцитам у больных с синдромом диабетической стопы III–IV степени по Вагнеру является ранним прогностическим маркером развития гнойно-воспалительных осложнений. Данный показатель позволяет определить течение раневого процесса, прогнозировать репаративные процессы в ране, контролировать эффективность терапии.

176. Можно ли приблизить результаты открытых хирургических вмешательств к лапароскопическим?

*Власов А.П., Маркин О.В., Салахов Е.К.,
Шейранов Н.С., Рубцов О.Ю.,
Хачатуров М.Ю., Романов Д.А.*

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарева

Актуальность. Малотравматичные хирургические вмешательства становятся «золотым» стандартом в хирургии, в том числе и абдоминальной. Их преимущества очевидны и главным из которых, несомненно, является быстрая реабилитация пациента в послеоперационном периоде. Однако, несмотря на расширяющийся спектр показаний к их применению, остаются ситуации, когда их использование ограничено. Сам же результат благотворного течения раннего послеоперационного периода, вернее его основы, при их использовании могут явиться базисом для разработки схем терапии по оптимизации результатов при открытых вмешательствах. Цель исследования. На основе углубленного исследования ряда компонентов гомеостаза у больных острым перитонитом, перенесших открытые и лапароскопические вмешательства, установить некоторые основы улучшения течения раннего послеоперационного периода при последних, на основе чего разработать схемы оптимизации результатов лечения при первых. Материалы и методы. Работа основывается на результатах клинико-лабораторных исследований. Проанализировано 107 больных острым перитонитом, развившегося на фоне острого аппендицита. В первой группе ($n=37$) больные оперированы традиционным лапаротомным доступом (нижнесрединная лапаротомия или оперативный доступ Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова). Во второй группе ($n=34$) операции выполнялись лапароскопически. В первых двух группах после операции проводилась терапия согласно клиническим рекомендациям. В третьей группе ($n=36$) больным применены лапаротомные оперативные доступы, а после операции их терапия включала и ремаксол (внутривенные введения 800,0 мл препарата в первые двое суток, затем в течение трех суток – 400,0 мл). Больным наряду с рутинными исследованиями проводилась оценка эндотоксемии (уровень МСМ, по альбумину рассчитывали индекс токсичности и резерва

связывания альбумина), выраженности оксидативного стресса и фосфолипаз. Определяли функциональный статус печени и кишечника. Результаты и их обсуждение. Установлено, что одним из преимуществ малотравматичных вмешательств является то, что после их применения уровень токсических продуктов в крови ниже, чем при открытых более чем на 27.3-87,2 % ($p < 0,05$). Снижение выраженности синдрома эндогенной интоксикации, как проявление уменьшения хирургической агрессии, сопровождалось снижением явлений оксидативного стресса (уменьшение молекулярных продуктов ПОЛ на 17,8-55,4 %, $p < 0,05$) и фосфолипазной активности (в 1,5-2,6 раза, $p < 0,05$). Указанные метаболические модуляции сопровождалась сравнительно быстрым восстановлением функциональной активности печени и кишечника. Полученные результаты явились обоснованием установления высокой значимости мембранодеструктивных явлений в патогенезе хирургической агрессии и, как следствие, в выборе возможного вектора терапии по их коррекции. Эффективность применения у больных острым перитонитом, перенесших открытые хирургические вмешательства, ремаксола, обладающего антиоксидантным, антигипоксантным и гепатопротекторным действием, показала правильность выбранного направления. Отмечены не только лабораторные, но и клинические эффекты, выразившиеся в уменьшении послеоперационных осложнений и пребывания больных в стационаре. Заключение. При остром перитоните комплексная терапия с ремаксомом приводит к оптимизации раннего послеоперационного периода у больных, перенесших открытые хирургические вмешательства что обусловлено ее способностью эффективно корректировать нарушения гомеостаза и восстанавливать функциональный статус печени и кишечника. Такого рода терапия приближает результаты открытых вмешательств к лапароскопическим

177. Гинекологическая патология как причина необоснованных оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста

Гринцов А.Г., Ахрамеев В.Б., Матийцев А.Б.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

Общеизвестно, что ежегодно 48% обращений женщин репродуктивного возраста за экстренной хирургической помощью приходится на острые боли в правом наружном квадранте живота. Многие симптомы и клинические проявления острой хирургической патологии частично совпадают с таковыми при гинекологических заболеваниях: эндометриозе, фолликулярных либо лютеиновых кистах яичника, гидросальпинксе, о чем свидетельствует увеличение частоты ошибочных диагнозов, приводящее к необоснованным оперативным вмешательствам у женщин репродуктивного возраста, которая достигает 34% по данным ряда авторов. Цель. Определить причину и структуру острых болей в правом наружном квадранте живота, симулирующих острый аппендицит, у женщин репродуктивного возраста. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 286 женщин репродуктивного возраста, которые были госпитализированы в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит, и в последующем им были выполнены оперативные вмешательства, обусловленные болевым синдромом в правой подвздошной области. Критерием включения в исследование явился острый болевой синдром в правой подвздошной области, по поводу которого обратилось 47 больных в ургентном порядке, а интраоперационно у данной группы была выявлена острая гинекологическая патология, которая, по мнению хирурга, явилась причиной обращения, а аппендэктомия выполнена симультанно с гинекологическими операциями. Результаты и обсуждение. Возраст пациенток колебался от 32 до 43 лет. При поступлении, наряду с болевым синдромом в правой подвздошной области, большинство 39 (82,99%) женщин беспокоила тошнота, а однократная рвота была у 29 (61,70%). Продолжительность боли в 4 (8,51%) случаях была менее 12 часов, а в большинстве – 26 (55,32%) – более 24 часов и сопровождалась температурной реакцией в 46 (97,87%), которая не превышала 37,4оС. При осмотре в параумбиликальной области отмечалась болезненность у 6 (12,77%) женщин, у 20 (42,55%) –

в правой подвздошной области и в правой паховой – 21 (44,68%), а мышечное локальное напряжение имело место у большинства женщин и составляло 82,99. Симптомы раздражения брюшины были слабо выражены либо сомнительны в 29 (61,70%) случаях. Установлено, что у 29 (61,70%) пациенток уровень лейкоцитов соответствовал норме, тогда как в 17 (36,17%) – последний не превышал $11,0 \cdot 10^9$ клет./мкл, и лишь у 1 (2,13%) пациентки с гинекологической патологией данный показатель превышал $11,0 \cdot 10^9$ клет./мкл. Оперативное вмешательство всем больным выполнено лапароскопически под эндотрахеальным наркозом. Традиционная диагностическая программа, арсенал лабораторных, а также инструментальных методов, входящих в стандарт оказания медицинской помощи при подозрении на острый аппендицит, не всегда позволяет достоверно диагностировать причину острой боли в нижнем квадранте живота у женщин с клинической симптоматикой, имитирующей кисту правого яичника. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста с подозрением на острый аппендицит, болевой синдром в правом нижнем квадранте живота довольно часто протекает без явных клинических признаков: отсутствует либо слабо выражено локальное мышечное напряжение, симптом раздражения брюшины, температурная реакция не превышает $37,4 \text{ C}^\circ$, и общем иммунном ответе: уровень лейкоцитов менее $11,0 \cdot 10^9$, – составляют группу риска и могут быть подвергнуты необоснованным оперативным вмешательствам. Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в 16,43% случаях острая боль в правом нижнем квадранте живота у женщин репродуктивного возраста обусловлена гинекологической патологией и симулирует острый аппендицит. Установлено, что в 65,96 % случаях среди гинекологической патологии причинами болевого синдрома являются изменения в стенке функциональных кист правого яичника.

178. Дифференцированный подход к выбору типа резекции/реконструкции мезентерикоportalного тракта при погранично-резектабельном и местнораспространенном раке поджелудочной железы

*Чернышов Т.М., Щерба А.Е., Коротков С.В.,
Кирковский Л.В., Руммо О.О.*

Минск, Республика Беларусь

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»

Введение. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является стандартным хирургически вмешательством при лечении опухолей головки поджелудочной железы (ПЖ). Частая инвазия опухоли в воротную, верхнебрыжеечную, селезеночную вены требует выполнения различных вариантов сосудистых реконструкций, в том числе с использованием трансплантационных технологий. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с погранично-резектабельным раком поджелудочной железы путем применения дифференцированного подхода к выбору типа резекции/реконструкции и использования донорских аллографтов. Материалы и методы. В период с 2008 по 2021 гг. на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска (референсный центр по лечению местнораспространенного и погранично-резектабельного рака ПЖ) выполнено всего 225 резекций ПЖ, из них 108 ПДР. В том числе, по поводу рака головки поджелудочной железы – 95. Различные типы резекций/реконструкций воротной вены (ВВ), верхней брыжеечной вены (ВБВ), селезеночной вены (СВ) были выполнены у 44 (41,8%) пациентов. В зависимости от анатомического уровня инвазии вены (ВВ, СВ, ВБВ), её протяженности и окружности по данным МСКТ, планировали варианты (V1, V2, V3) сосудистой резекции и реконструкции с определением резекционного клиренса (РК). При РК менее ? по окружности и протяженности инвазии до 2-х диаметров вены выполняли краевую резекцию с использованием заплаты «patch» из донорского венозного аллографта (V1). Сегментарная (циркулярная) резекция (V2) выполнялась при РК более ? по окружности, протяженности инвазии до 3-х диаметров вены и возможности первичного анастомозирования. Сегментарную резекцию с использованием донорского аллографта (V3) выполняли при РК более ? по окружности, протяженности инвазии более 3-х диаметров вены и невозможности наложения первичного

анастомоза. При инвазии ВБВ всегда использовали трансмезентериальный доступ по Накао. В качестве аллогraftов использовались однокрупные (АВО) подвздошной вены, ВБВ из банка донорских сосудистых аллогraftов, который функционирует на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска с 2016 г. Результаты и обсуждение. Резекции/реконструкции вен V1, V2, V3 были выполнены у 6 (13,6%), 32 (72,8%) и 6 (13,6%) пациентов. Время сосудистой изоляции при наложении анастомоза при V2, V3 не превысило 50 минут. После выполнения V3 резекций осложнений, летальности не было. Профиль осложнений при V1, V2 включает: нарушение эвакуации из желудка у 8 (18,4%) пациентов, несостоятельность панкреатикоюноанастомоза – 5 (11,5%), внутрибрюшное кровотечение – 4 (9,2%), гастроинтестинальное кровотечение – 2 (4,6%), сепсис – 2 (4,6%), инфаркт миокарда – 1 (2,3%), ТЭЛА – 1 (2,3%), некроз поперечно-ободочной кишки – 1 (2,3%). Релапаротомии были выполнены у 10 (23%) пациентов. Периоперационная летальность при V1, V2 резекциях составила 2 случая (4,6%). Медиана выживаемости составила 18,6 месяца. Выводы. 1) Дифференциация подхода к выбору типа сосудистой резекции/реконструкции при погранично-резектабельном раке позволяет улучшить результаты лечения. 2) Применение донорских сосудистых аллогraftов позволяет расширить границы резектабельности опухоли (R0) и выполнить необходимый вариант сосудистой реконструкции у выбранных пациентов.

179. Оценка исходов комбинированных радиационно-механических поражений в зависимости от варианта хирургического лечения модельных повреждений органов живота с остановившимся внутрибрюшинным кровотечением

Жабин А.В. (1), Носов А.М. (1), Селезнёв А.Б. (2, 3), Самохвалов И.М. (1), Ивченко Е.В. (1), Фомина Л.А. (2), Божедомова Э.Р. (2)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2) Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины, 3) Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

Комбинированные радиационно-механические поражения (КРМП) становятся актуальными при возникновении радиационных аварий. Совершенствование методов их лечения возможно только в экспериментальных исследованиях, учитывая условия и частоту их возникновения. Цель исследования состояла в сравнительной оценке эффективности неоперативной тактики лечения (НОМ) и раннего исчерпывающего хирургического лечения (ХЛ) повреждений органов живота с остановившимся внутрибрюшинным кровотечением на модели комбинированного радиационно-механического поражения. В работе использовано 25 кроликов самцов, породы «Советская шиншилла», разделенных на 5 групп по 5 голов, в зависимости от условий эксперимента: Облучение, Травма и НОМ, Травма и ХЛ, КРМП и НОМ, КРМП и ХЛ. Лучевой компонент КРМП воспроизводили, облучая животных в дозе ЛД 50/30, нелучевой компонент – воспроизводя остановившееся внутрибрюшинное кровотечение в объеме 40% объема циркулирующей крови через 1 час после облучения. Для этого через установленный катетер в правой бедренной артерии извлекали необходимый объем крови, который вливали в брюшную полость через иглу Вереша, параллельно восполняя физиологическим раствором объем кровопотери. Группы животных без операции включали в вариант НОМ. Для воспроизведения ХЛ через 30 минут после кровопотери выполняли лапаротомию с ревизией органов брюшной полости и удалением ранее влитой крови. Срок наблюдения – 30 суток. Для оценки количественного и качественного состава периферической крови ее забирали из краевой

вены уха перед исследованием, через час после кровопотери и на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е, 9-е, 15-е, 21-е и 30-е сутки наблюдения. Исходы оперативного лечения оценивали по выживаемости животных к концу исследования и по средней продолжительность жизни павших (СПЖ). Всем кроликам проводилась антибиотикотерапия. Результаты и обсуждение. К исходу наблюдения в группах с комбинированным поражением, не зависимо от варианта лечения (КРМП и НОМ, КРМП и ХЛ), выжило по одному животному, СПЖ составила $12,5 \pm 3,1$ и $10,5 \pm 11,4$ суток соответственно. Облучение привело к гибели всех кроликов (СПЖ составило $17,4 \pm 4,7$ суток). Гибель животных была связана с развитием инфекционных осложнений, диагностированных на аутопсии. Все необлученные животные дожили до конца срока наблюдения. Динамика количества лейкоцитов (исходно $11,4 \pm 1,6 \times 10^9/\text{л}$) зависела от условий экспериментального воздействия: облучение (Облучение) вызывало лейкопению до $1,97 \pm 1,5 \times 10^9/\text{л}$ уже на третьи сутки наблюдения, которая сохранялась до 15-х суток, на фоне которой пало 4 кролика (у павшего на 25 сутки животного число лейкоцитов на 21-е сутки повысилось до $19,5 \times 10^9/\text{л}$); механическая травма и операция (Травма и НОМ, Травма и ХЛ) вызывали снижение количества лейкоцитов только после острой кровопотери до $3,59 \pm 1,54 \times 10^9/\text{л}$ и $4,15 \pm 1,54 \times 10^9/\text{л}$ соответственно, затем происходило восстановление числа лейкоцитов до исходного к 7-м суткам, при этом после ХЛ диагностировали развитие лейкоцитоза до $15,97 \pm 1,54 \times 10^9/\text{л}$; при комбинированном поражении динамика зависела и от варианта лечения, так после травмы и НОМ наблюдали лейкопению до $1,6 \pm 1,54 \times 10^9/\text{л}$ с последующим восстановлением к 15-м суткам ($9,45 \pm 2,44 \times 10^9/\text{л}$), а после травмы и ХЛ – лейкопения до $0,91 \pm 1,72 \times 10^9/\text{л}$ с полным восстановлением только к 30-м суткам. Несмотря на отсутствие значимых различий выживаемости и СПЖ в группах с КРМП в зависимости от варианта лечения – НОМ или ХЛ, выявлена тенденция к более благоприятному течению КРМП при реализации тактики НОМ, что подтверждается более быстрой нормализацией показателей «красной и белой крови». В частности, количество эритроцитов и уровень гемоглобина в группе КРМП и НОМ восстанавливались к исходным значениям на третьи сутки, а в группе КРМП и ХЛ – на 21-е сутки. Выводы и рекомендации. Реализация тактики НОМ при КРМП способствует более благоприятному течению поражения, что может явиться основой для выбора варианта хирургического лечения поврежденных

органов живота с остановившимся внутрибрюшинным кровотечением у пораженных.

180. Хирургические проблемы в лечении пациентов с болезнью Крона

*Каманин А.А. (1), Щукина О.Б. (1,2),
Корольков А.Ю. (1), Османов З.Х. (1),
Морозов В.П. (1)*

Санкт-Петербург

1) ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2) ГБ №31

Актуальность. В последние 5-10 лет наблюдается значительный рост заболеваемости болезнью Крона (БК). У 70-90% пациентов развиваются осложнения, требующие хирургического лечения. Более того, 30-60% больных подвергаются повторным оперативным вмешательствам. Частота послеоперационных осложнений у больных БК значительно превышает показатели характеризующие общехирургических больных. Число осложнений возрастает в группе больных БК, оперированных в стационарах общехирургического профиля. Подходы к лечению хирургических осложнений при БК имеют свои особенности, и лечение таких пациентов должно проводиться в специализированных колопроктологических отделениях. Тактика лечения каждого больного обсуждается и одобряется на междисциплинарном консилиуме. Целью настоящей работы является оптимизация хирургической помощи пациентам с БК. Материалы и методы. В хирургическом отделении №3 ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова за 2018-2021 года пролечено 76 пациентов с болезнью Крона. Больных с терминальным илеитом, осложненным стриктурой или пенетрацией было 28. Илеоколит со стриктурой или пенетрацией встретился у 14 пациентов. Колит Крона со стриктурой выявлен у 10 пациентов. Перианальные поражения (параректальные свищи, язвы прямой кишки, анальные трещины) выявили у 24 пациентов. План лечения для каждого больного обсуждался и разрабатывался на мультидисциплинарном консилиуме. Большинство больных оперированы лапароскопическим способом. Для хирургического лечения перианальных поражений методом выбора были лазерные технологии, в ряде случаев были

применены клеточные технологии. Результаты. Разрабатывая тактику стандартизированного ведения больных БК, мы учитывали многочисленные клинические особенности течения заболевания. Для повышения качества диагностики, оценки стадии заболевания и обоснования оптимальных сроков хирургического лечения расширили серологическую панель до 11 показателей. В предоперационную подготовку включили консультации клинического психолога, оценку и коррекцию дефицита массы тела. В хирургическом лечении предпочтение отдавали лапароскопическим операциям. Для профилактики послеоперационных осложнений выделили предикторы прогрессии БК, которые повышают риск развития послеоперационных осложнений. Выполненные исследования послужили основанием для проведения у 15% пациентов в послеоперационном периоде экстренной биологической терапии. Осложнения в послеоперационном периоде на этапе разработки принципов лечения больных с осложненными формами БК были выявлены в 18% случаев. В настоящее время частота осложнений снизилась до 5%. Койко-день в среднем у пациентов с перианальными осложнениями составил 5 дней, средний койко-день у больных после операций на кишечнике составил 10 дней. Выводы. Тактика лечения хирургических осложнений у больных с БК отличается от лечения осложнений общехирургических больных. Стандартные клинические рекомендации, разработанные для общехирургических стационаров, не отвечают современным принципам лечения осложненных форм БК. Их необоснованное применение повышает риски развития послеоперационных осложнений, снижает качество и продолжительность жизни больных БК. Междисциплинарный подход и подготовка пациента в условиях специализированного стационара улучшает качество хирургической помощи больным БК. В urgentной хирургии показания, план оперативного вмешательства и ведение послеоперационного периода у больным с БК, должны согласовываться с гастроэнтерологом и колопроктологом, имеющими опыт лечения ВЗК.

181. Диагностика и принципы лечения спонтанных гематом мягких тканей у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19

Белик Б.М. (1), Тенчуринов Р.Ш. (1,2), Дадаев А.Р. (2)

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Одним из серьезных осложнений у больных коронавирусной инфекцией COVID-19 является формирование спонтанных гематом мягких тканей (СГМТ) различной локализации, которые в значительной мере отягощают течение заболевания и требуют проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий. По мнению ряда исследователей, предрасполагающими факторами для возникновения СГМТ у больных SARS-CoV-2 являются пожилой возраст, тяжелое инфекционное поражение легких, состояние гипокоагуляции вследствие применения больших доз антикоагулянтов, тромбоцитопения, стойкий сильный кашель, а также выраженное мышечное напряжение при резком изменении положения тела (например, при переводе пациента в prone-позицию). Кроме того, высказываются предположения, что причинами формирования СГМТ также могут быть поражение сосудов при коронавирусной инфекции, вирусный миозит и нейромышечная диссоциация. Вместе с тем до настоящего времени не определены конкретные профилактические меры по предупреждению возникновения СГМТ при лечении больных коронавирусной инфекцией. Также отсутствуют четко регламентированные рекомендации по тактике лечения СГМТ при SARS-CoV-2, особенно у пациентов с тяжелой коморбидной патологией. Цель исследования. Оптимизация тактики лечения СГМТ у больных SARS-CoV-2 на фоне применения антикоагулянтной терапии. Материал и методы. В настоящее исследование включены 70 пациентов с тяжелой и среднетяжелой формами течения инфекции SARS-CoV-2, находившихся на лечении в моноинфекционном спецгоспитале на базе МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону в период с апреля 2020 г. по декабрь 2021 г., у которых на фоне проводимой антикоагулянтной терапии были выявлены СГМТ различной локализации. Это составило 1,3% от общего числа больных с COVID-19,

госпитализированных за этот период в моноинфекционный спецгоспиталь. Мужчин было 15 (21,4%), женщин – 55 (78,6%). Возраст больных варьировал от 18 до 92 лет. Наибольшее число (77,1%) составили лица старше 60 лет с тяжелым коморбидным фоном (средние значения индекса полиморбидности Charlson – $3,6 \pm 0,5$ баллов). По степени тяжести пневмонии, ассоциированной с SARS-CoV-2, пациенты распределились следующим образом: КТ1 – 6 (8,6%) больных, КТ2 – 39 (55,7%), КТ3 – 18 (25,7%), КТ4 – 7 (10,0%) больных. Чаще всего у пациентов COVID-19 формирование СГМТ отмечалось в сроки от 5 до 12 суток с момента начала заболевания. Как правило, СГМТ локализовались в крупных мышечных группах: мышцах передней брюшной стенки (42 пациента), мышцах бедра и ягодицы (14 пациентов), большой и малой грудной мышцах (8 пациентов). У 2 пациентов имелись обширные СГМТ поясничной области с распространением на забрюшинное пространство и мягкие ткани спины. У 2 больных СГМТ локализовались на верхней конечности (кубитальная область с распространением на плечо и предплечье), у 1 – в области кивательной мышцы шеи и у 1 пациента – в теменной части головы. Методами диагностики СГМТ являлись осмотр и физикальное обследование, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) с болюсным усилением. Объем гематом колебался от 50 до 800 мл. Результаты и обсуждение. Возникновение СГМТ, как правило, проявлялось развитием болевого синдрома и появлением в зоне его локализации болезненного инфильтрата без четких границ. При значительном объеме гематомы характерным являлось резкое снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов при отсутствии явных признаков кровотечения, артериальная гипотензия, ухудшение сатурации и нарастание гипоксемии. На начальном этапе работы спецгоспиталя в отношении СГМТ применяли активную хирургическую тактику. У 4 пациентов была произведена традиционная открытая хирургическая санация, в ходе которой осуществляли эвакуацию излившейся крови, гемостаз (тампонирование, коагуляция сосудов) и дренирование гематомы. Из 4 пациентов, оперированных таким способом, умерли 3 (75%). Во всех случаях летальный исход был обусловлен тяжелым течением коронавирусной инфекции, усугубившейся формированием гематомы и операционной травмой. Характерно, что, несмотря на произведенный у этих пациентов визуально контролируемый гемостаз, в последующем отмечалось диффузное кровотечение из мягких тканей в полость гематомы. При этом у пациентов

COVID-19 выявлялись отчетливые изменения в гемостазиограмме (тенденция к тромбоцитопении, уменьшение содержания фибриногена, нарастание концентрации D-димера и увеличение показателя МНО). В дальнейшем, учитывая патогенетическую взаимосвязь формирования СГМТ с COVID-19-ассоциированной коагулопатией и анатомическую специфику гематом, мы кардинальным образом изменили подход к выбору лечебной тактики. При возникновении СГМТ у пациентов с SARS-CoV-2 и отсутствии признаков продолжающейся активной геморрагии лечение начинали с консервативных мероприятий: снижали дозы антикоагулянтов до минимальных (в ряде случаев временно приостанавливали прием антикоагулянтных препаратов), а также назначали гемостатическую терапию (введение транексамовой кислоты, свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы концентрата фибриногена или криопреципитата). При развитии анемии производили переливание эритроцитарной массы. При отсутствии увеличения объема гематомы в динамике на 4-е сутки от момента ее возникновения пациентам отменяли гемостатическую терапию, а на 5-6-е сутки (под контролем гемостазиограммы) увеличивали дозу антикоагулянтов до исходных значений. На 7-8-е сутки при появлении признаков организации гематомы производили ее пункцию под УЗИ контролем с полной эвакуацией жидкостного компонента. Пункционный метод дренирования СГМТ был применен всего у 12 (17,1%) пациентов. При этом в 4 наблюдениях в связи с наличием напряженной гематомы со значительной долей жидкостного компонента на фоне развития миофасциального компартмент-синдрома для дренирования гематомы под УЗИ контролем использовали троакарный доступ. Всего из 70 пациентов с COVID-19 и различными СГМТ от разных причин умерли 23 (32,9%). Из 12 больных, оперированных малоинвазивным способом, умерли 2 (16,7%). Выводы. Как правило, СГМТ возникают у пациентов с тяжелым течением SARS-CoV-2 с развитием гипофибриногемии и тромбоцитопении на фоне применения больших доз антикоагулянтов. Чаще всего СГМТ локализуются в крупных мышечных группах. Хирургическая тактика при лечении СГМТ у больных SARS-CoV-2 должна быть персонифицированной с учетом тяжести основного заболевания, интенсивности геморрагии в динамике и объема жидкостного компонента (по данным УЗИ и КТ). Данная тактика на начальном этапе лечения СГМТ должна отдавать приоритет консервативной гемостатической терапии. Это позволяет добиться стойкого гемостаза и избежать хирургического

вмешательства у 77,1% пациентов со СГМТ. Оперативное вмешательство показано при наличии в гематоме жидкостного компонента не менее 50 мл. При этом необходимо использовать исключительно малоинвазивные пункционные и/или пункционно-троакарные технологии дренирования СГМТ под УЗИ контролем. При отсутствии признаков продолжающейся геморрагии и напряженной гематомы пункционное вмешательство целесообразно выполнять не в экстренном порядке, а в более поздние сроки (7-8-е сутки от момента возникновения осложнения) на этапе начальной организации СГМТ.

182. Оценка всасывающей способности тонкой кишки при болезни Крона для определения объема хирургического вмешательства

*Каманин А.А., Зайцева М.И., Лапин С.В.,
Кузнецова Д.А., Богданов П.И., Смолина Е.Н.*

Санкт-Петербург

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

Актуальность. До настоящего времени остается нерешенным вопрос дифференциальной диагностики болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК). При этом тактика оперативного лечения этих заболеваний имеет кардинальные различия: сегментарная резекция кишки при БК, колпроктэктомия при ЯК. Традиционная лабораторная диагностика воспалительного синдрома в кишечнике, включающая определение СОЭ, СРБ в сыворотке крови и кальпротектина в кале, а также эндоскопические исследования с изучением морфологического субстрата, не всегда позволяют установить окончательный диагноз. В таких случаях возникает потребность расширить стандартные диагностические тесты. Одним из характерных проявлений воспалительного процесса в терминальном отделе подвздошной кишки при БК является нарушение всасывающей способности желчных кислот (ЖК) с развитием хологенной диареи секреторного типа. Поэтому изучение концентрации ЖК в стуле у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) может стать важным тестом в диагностике БК, а

также прогнозировании течения заболевания. Целью настоящего исследования является оценка возможности определения уровня желчных кислот в стуле для дифференциальной диагностики БК и ЯК. Материалы и методы. В исследование были включены 12 пациентов с ВЗК, которым на дооперационном этапе проводилось определение в сыворотке крови содержания СОЭ, СРБ, в кале – кальпротектина, желчных кислот и остаточной осмолярности. Инструментальные методы исследования включали УЗИ кишечника и видеоилеоколоноскопию с мультифокальной биопсией. Результаты. У 7 из 12 пациентов, с предположительным диагнозом БК, было выявлено существенное увеличение концентрации ЖК (до 2000 мкмоль/г при норме до 7 мкмоль/г) и увеличение кальпротектина в кале в среднем до 600 мкг/г при норме ? 50 мкг/г. Показатели остаточной осмолярности стула были ниже 50 мОсмоль/кг. При этом только у четырех пациентов мы выявили сочетанное повышение уровня СРБ и СОЭ в сыворотке крови. Результаты, полученные в процессе лабораторного обследования больных, можно расценивать, как проявление воспалительных изменений в области подвздошной кишки и, как следствие - нарушение всасывания ЖК в пораженном участке кишки с развитием хологенной диареи секреторного типа. Эндоскопические и морфологические исследования подтвердили диагноз БК у обследованных больных. Так у 4 пациентов были обнаружены морфологические признаки терминального илеита, у 3 – признаки илеоколита. У 5 пациентов выявлено незначительное повышение концентрации ЖК (в 5-10 раз выше нормы), без изменения осмолярности стула. При ФКС у этих пациентов диагностирована эндоскопическая ремиссия воспалительного процесса в терминальном отделе подвздошной кишки. Выводы. Исследования фекальных желчных кислот и остаточной осмолярности стула позволяют подтвердить нарушения мальабсорции ЖК в терминальном отделе подвздошной кишки и проявления синдрома хронической диареи секреторного типа при ВЗК. Эти исследования можно использовать, как дополнительные маркеры в диагностике БК и дифференциальной диагностике БК и ЯК. Дальнейшее изучение всасывающей способности тонкой кишки при БК может иметь прогностическую значимость в определении сроков и объема оперативных вмешательств у больных данным заболеванием.

**183. Оптимизация технологии
трансумбиликальной катетеризации системы
воротной вены**

*Белик Б.М. (1), Сапралиев А.Р. (1), Суярко В.А. (2),
Осканян М.А. (1), Ефанов С.Ю. (1)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Одним из перспективных направлений коррекции печеночной дисфункции при абдоминальной хирургической инфекции и сепсисе является внутриворотной вены введение корригирующих растворов и лекарственных препаратов с целью снижения высокой токсической нагрузки на детоксицирующую систему печени. Как известно, кратчайшим сосудистым доступом к системе воротной вены является катетеризация пупочной вены. Однако более чем в трети случаев отмечаются технические неудачи (перфорация стенки вены) при выполнении этой хирургической манипуляции, что в значительной мере обусловлено недостаточной изученностью вариативности клинической анатомии пупочной вены и несовершенством технологии ее бужирования. Цель исследования. Оптимизация технологии трансумбиликальной катетеризации системы воротной вены с учетом вариативности клинической анатомии пупочной вены. Материал и методы. Предварительно проведено антропометрическое исследование 108 трупов мужского пола с последующим их соматотипированием по В.П.Шевкуненко. По типам телосложения они распределились следующим образом: 33 - долихоморфный, 36 – мезоморфный и 39 – брахиморфный. При анатомических исследованиях *in situ* изучали взаимосвязь между конституционными особенностями и положением печени в брюшной полости, линейными параметрами главных ветвей воротной вены, а также углом впадения пупочной вены в левую ветвь воротной вены. Бужирование пупочной вены осуществляли с помощью специально изготовленного набора металлических бужей с различными углами изгиба, подобранных таким образом, чтобы изогнутость используемого инструмента точно соответствовала анатомическому варианту угла впадения пупочной вены в левую ветвь воротной вены у конкретного соматотипа. После бужирования пупочной вены

осуществляли ее катетеризацию. Анатомические исследования органокомплексных препаратов печени проводили после их извлечения из брюшной полости с обязательным сохранением всех сосудистых структур. Производили анатомическую препаровку и морфометрию пупочной вены, левой и правой главных ветвей воротной вены (длина и диаметр сосудов). Также определяли угловое взаимоотношение между пупочной веной и левой ветвью воротной вены. Проводили корреляцию полученных данных с типом телосложения. В ходе анатомического исследования выполняли наливку портального русла печени через катетеризованную пупочную вену рентгеноконтрастной массой на основе сурика железного с последующей рентгеновазографией (12 органокомплексов) и самотвердеющей массой на основе протакрила с последующим изготовлением коррозионных препаратов (6 органокомплексов). Клиническая часть исследования включает 70 больных распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом, у которых реканализация пупочной вены была выполнена с учетом соматотипа пациента и использованием специальных бужей. Результаты и обсуждение. Анатомическими исследованиями установлено, что у лиц долихоморфного типа телосложения, как правило, печень занимает венотропальное положение в брюшной полости, при котором ее висцеральная поверхность по отношению к фронтальной плоскости наклонена кзади. У лиц данного соматотипа длина и диаметр пупочной вены, а также левой и правой ветвей воротной вены имели достоверно меньшие параметры по сравнению с лицами брахиморфного типа телосложения ($p < 0,05$). При этом у субъектов долихоморфного типа телосложения угол впадения пупочной вены в левую главную ветвь воротной вены приближается к прямому ($98,3 \pm 7,20$). У лиц брахиморфного типа телосложения по сравнению с субъектами долихоморфного соматотипа печень, как правило, занимает дорсопальное положение, при котором ее диафрагмальная поверхность запрокинута назад, пупочная вена имеет несколько большую длину и больший диаметр, а угол ее впадения в левую главную ветвь воротной вены более тупой и составляет $144,8 \pm 5,30$. У лиц мезоморфного типа телосложения эти параметры имели промежуточные значения. Таким образом, результаты анатомических исследований показали, что наибольшие трудности при осуществлении трансумбиликального доступа и катетеризации системы воротной вены возникают у лиц долихоморфного типа телосложения в связи с венотропальным положением печени, при

котором ее висцеральная поверхность повернута кзади, круглая связка укорочена, пупочная вена имеет относительно небольшую длину и диаметр, а угол ее впадения в левую ветвь воротной вены приближается к прямому, что значительно усложняет процедуру бужирования этого участка сосуда. С целью оптимизации технологии бужирования пупочной вены был изготовлен специальный набор бужей с различными углами изгиба. При этом дистальный конец рабочей части инструмента был изогнут под углом 980, 1250 и 1450, что соответствовало углам впадения пупочной вены в левую главную ветвь воротной вены у лиц долихоморфного, мезоморфного и брахиморфного типов телосложения. При необходимости угол искривления бужа за счет гибкости металла мог индивидуально несколько корректироваться как в сторону увеличения, так и уменьшения. Это значительно упрощало выполнение самой манипуляции и снижало риск перфорации стенки вены. После введения через катетеризированную пупочную вену рентгеноконтрастной массы получена полноценная портогепатограмма с заполнением самых мелких ветвей обеих долей печени. Аналогичный результат получен после заполнения портального русла органокомплекса печени самоотвердевающей массой и изготовления коррозийных препаратов. Это позволило подтвердить тот факт, что введение трансфузионных сред и лекарственных препаратов в пупочную вену обеспечивает их равномерное распределение по всей портальной системе печени. В клинических условиях в ходе оперативного вмешательства усовершенствованная технология реканализации пупочной вены с использованием оригинальных бужей была применена у 70 пациентов различных соматотипов с распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом. После реканализации вены производили ее катетеризацию с целью внутриворотного введения инфузионных сред и лекарственных препаратов (включая озонированные солевые изотонические растворы, гепатопротекторы, антибиотики) в послеоперационном периоде. При использовании этой методики не зафиксировано ни одного случая перфорации стенки пупочной вены. Катетер находился в просвете сосуда и нормально функционировал от 5 до 10 суток. Выводы. Ангиоархитектоника портальной системы и положение печени в брюшной полости в значительной степени определяются соматотипом, что существенно влияет на хирургическую технику бужирования и катетеризации пупочной вены. Вентропечальное положение печени, укорочение длины и уменьшение диаметра пупочной вены, а

также наличие недостаточно развернутого угла ее вхождения в левую главную ветвь воротной вены, что имеет место у лиц долихоморфного и отчасти мезоморфного типа телосложения, создают дополнительные затруднения при бужировании сосуда и могут привести к его перфорации. Эти затруднения успешно преодолеваются за счет использования специальных бужей, подобранных таким образом, чтобы угол их изгиба соответствовал углу впадения пупочной вены в левую главную ветвь воротной вены у лиц с разными типами телосложения.

184. Изменения паренхимы печени и желчевыводящих путей после трансартериальной химиоэмболизации лекарственно насыщаемыми микросферами

Звездкина Е.А. (1), Лебедев Д.П. (2), Кедрова А.Г. (2), Астахов Д.А. (1,3), Панченков Д.Н. (1,3), Степанова Ю.А. (4), Иванов Ю.В. (2)

Москва

- 1) ГНЦ ЛМ им. О.К. Скобелкина, 2) ФНКЦ ФМБА России, 3) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 4) НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневского

Актуальность. Трансартериальная химиоэмболизация лекарственно насыщаемыми микросферами (ТАХЭ) применяется в лечении нерезектабельного первичного и метастатического поражения печени. При этом полученные результаты представляются обнадеживающими. Но влияние ТАХЭ на паренхиму печени и желчевыводящие пути, а также способы его предотвращения до конца не изучены. Цель. Выделить типы, сроки возникновения реакций со стороны печени и желчевыводящих путей на ТАХЭ при нерезектабельных опухолях печени, пути их устранения. Материалы и методы. Представлены результаты лечения 65 пациентов за 2013-2021гг., которым выполнялась ТАХЭ лекарственно насыщаемыми микросферами НераSphere с использованием микрокатетерной техники. 1 группа: ретроспективный анализ 10 пациентов с метастатическим поражением печени, которым выполнено 17 ТАХЭ через 20-36 мес. после выявления первичной опухоли для усиления схем

лечения. Катамнез от 8 мес. до 3 лет. 2 группа: проспективный анализ 55 пациентов с первичным и метастатическим поражением печени, которым выполнено 70 ТАХЭ через 1-22 мес. после выявления первичной опухоли для усиления схем лечения. Катамнез от 5 мес. до 4 лет. Для предоперационного планирования и динамического наблюдения применялись магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием в контрольные сроки 8, 16, недель, далее каждые 3 мес. или по мере обращения пациентов. Результаты. В 1 группе у 4 пациентов отмечалось транзиторное повышение интенсивности контрастирования паренхимы печени на КТ и МРТ вокруг очагов свыше 2 см, подвергающихся некротической трансформации. Это проявлялось на первом контроле, исчезало через 16 недель, не влияло на соматическое состояние пациента. Если признак стабильно сохранялся, то в дальнейшем мы видели прогрессирование опухолевого процесса. Точно такую же закономерность мы наблюдали во 2 группе, где изменение контрастирования печени вокруг крупных очагов встречалось в 22%. Со стороны желчевыводящего тракта в 1 группе встретились следующие изменения: холангит (n=5), биломы (n=2), холангиогенные абсцессы печени (n=2), воспаление стенок желчного пузыря (n=2). Эти процессы развились в течение 1,5-3 месяцев после ТАХЭ. При этом биломы возникли на фоне холангита у пациентов с перидуктальным типом роста метастазов; абсцессы развились на фоне холангита у пациентов с реконструктивными вмешательствами на желчных протоках. Воспаление стенок желчного пузыря развилось как самостоятельный процесс. Биломы потребовали консервативной терапии, изменения желчного пузыря не отражалось на соматическом состоянии. Проанализировав данные, мы исключили пациентов с перидуктальным типом роста опухолей из показаний к ТАХЭ. Билом во 2 группе не наблюдалось. Пациенты с реконструктивными вмешательствами на желчных протоках (n=11) получили пред- и послеоперационную гепатопротективную терапию, количество холангитов составило 3 случая. Абсцессов во 2 группе не было. Изменения стенок желчного пузыря наблюдались в 23%, проявились через 8-16 недель, не прогрессировали, хирургического лечения не потребовали. В 1 случае развился гангренозный холецистит на 3 сутки после ТАХЭ, было выполнено хирургическое лечение. Выводы. 1) мы не наблюдали прямого влияния ТАХЭ на паренхиму печени; 2) выявляемые изменения паренхимы

печени были реакцией на некротические изменения очагов или маркером прогрессирования опухоли; 3) пациенты с перидуктальным типом роста опухолей – в группе риска по развитию холангита и билом; 4) изменения желчного пузыря являются самостоятельной реакцией на ТАХЭ, в большинстве случаев не требуют хирургического лечения; 5) пациенты с реконструктивными вмешательствами на желчных протоках входят в группу риска по развитию холангита и абсцесса после ТАХЭ, требуют соответствующей терапевтической коррекции.

185. Влияние трансартериальной химиоэмболизации лекарственно насыщаемыми микросферами на сосудистую патологию при лечении нерезектабельных опухолей печени

Звездкина Е.А. (1), Лебедев Д.П. (2), Кедрова А.Г. (2), Астахов Д.А. (1,3), Панченков Д.Н. (1,3), Степанова Ю.А. (4), Иванов Ю.В. (2)

Москва

- 1) ГНЦ ЛМ им. О.К. Скобелкина, 2) ФНКЦ ФМБА России, 3) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 4) НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневого

Актуальность. Трансартериальная химиоэмболизация лекарственно насыщаемыми микросферами (ТАХЭ) при лечении нерезектабельных опухолей печени основана на доставке химиопрепарата непосредственно к очагу в составе полимерных микросфер. Поскольку это рентгеноэндоваскулярное вмешательство, всегда встают вопросы: является ли сосудистая патология препятствием для ТАХЭ, не провоцирует ли ТАХЭ изменения сосудистой стенки? Однако эти аспекты до конца не изучены. Цель: 1) выделить сосудистую патологию, являющуюся потенциальным препятствием для ТАХЭ, и пути ее преодоления; 2) оценить влияние ТАХЭ на сосудистую патологию. Материалы и методы. Представлен анализ 65 пациентов за 2013-2021 гг., которым выполнялась ТАХЭ лекарственно насыщаемыми микросферами HераSphere с использованием микрокатетерной техники. Мы выделили группы в зависимости от сосудистой патологии: 1 группа (n=12) с признаками портальной гипертензии на фоне цирроза печени

или токсического гепатита; 2 группа (n=3) с тромбозом портальной вены; 3 группа (n=5) с локальными артериовенозными шунтами в паренхиме печени вокруг опухоли; 4 группа (n=45) без клинически значимой сосудистой патологии на момент выполнения ТАХЭ. Типы поражения печени: 56 (86%) – билобарное множественное очаговое, 5 (8%) – единичный крупный очаг, 4 (6%) – опухоли с инфильтративным характером роста. Для предоперационного планирования и контроля терапии выполнялась компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным усилением до ТАХЭ, через 8 нед., 16 нед., далее каждые 3 мес. Результаты. В 1 группе у 8 (67%) пациентов отмечалась выраженная сеть коллатералей и нарушение архитектоники внутрипеченочных артерий, что, однако, не явилось препятствием для выполнения ТАХЭ в полном объеме с применением микрокатетера. Нецелевой эмболизации в этой группе не отмечалось. У 2 пациентов наблюдались сегментарные тромбозы в отдельных участках печени, однако они развились через 2-4 мес. и не вызвали изменения в соматическом состоянии пациентов. Во 2 группе у всех пациентов имелись патологические венозные перетоки и артериовенозные шунты, что потребовало суперселективной катетеризации афферентов опухоли. Применение микрокатетерной техники позволило выполнить ТАХЭ в полном объеме и избежать нецелевой эмболизации. При динамическом наблюдении через 6-10 мес. после ТАХЭ отмечалось прогрессирование тромбоза коллатеральных венозных сплетений в рамках течения основного заболевания, при этом сама ТАХЭ не повлияла на динамику процесса. Схожие результаты мы получили в 3 группе пациентов, где для профилактики нецелевой эмболизации потребовалась суперселективная катетеризация афферентов опухоли. При этом микрокатетерная техника позволила пройти дистальнее зоны артериовенозных анастомозов и избежать нецелевой эмболизации. В 4 группе технические проблемы были связаны с выраженными изгибами чревного ствола и верхней брыжеечной артерии (7%), окклюзией устья чревного ствола (7%), экстравазальной компрессией чревного ствола (5%), наличием дополнительных и абберантных артерий (18%), что усложнило ход операции. Однако использование микрокатетерной техники позволило выполнить селективную и суперселективную эмболизацию сегментарных печеночных артерий и афферентов опухоли через физиологические коллатерали. Диссекции и окклюзии артерий, через которые выполнялась

ТАХЭ, ни в одной группе не отмечалось. Выводы. 1) использование микрокатетерной техники при выполнении ТАХЭ позволяет преодолеть механическое сужение целевого артериального сосуда; 2) наличие портальной гипертензии, тромбоза воротной вены не является противопоказанием к ТАХЭ; 3) наличие патологических коллатералей, артериовенозных шунтов в паренхиме печени и за ее пределами не является противопоказанием для ТАХЭ с использованием микрокатетерной техники; 3) микрокатетерная техника позволяет избежать нецелевой эмболизации, не провоцирует патологию сосудистой стенки; 5) ТАХЭ с применением микрокатетерной техники не усугубляет течение имеющейся сосудистой патологии.

186. Перспективы применения и преимущества комбинированного малоинвазивного метода лечения хронического геморроя

Грошин В.С., Мрыхин Г.А., Кузнецов В.Д., Колесниченко А.А., Антонова А.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России

Цель исследования. Расширение показаний к использованию малоинвазивных стационарзамещающих методов лечения хронического геморроя III стадии, за счет разработки, обоснования и внедрения комбинированного способа, сочетающего технологии дезартеризации и ультразвукового склерозирования. Материал и методики. Разработан, апробирован и внедрен «Способ миниинвазивного лечения хронического геморроя» (Федеральный патент России № 2625277), реализация которого включает в себя сочетание дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с лифтингом слизистой с ультразвуковым склерозированием, осуществляемым при помощи отечественного аппарата «Проксон». Проведено моноцентровое проспективное нерандомизированное исследование, основным критерием включения в которое было наличие

хронического геморроя 3 ст., в том числе осложненного кровотечением. Ведущий критерий невключения – наличие сопутствующей патологии анального канала, требующей хирургической коррекции, а также острого воспаления геморроидальных узлов. Сравнение проведено на 285 пациентах, в трех клинических группах, в I клинической группе (основной) 75 пациентов оперированы предложенным комбинированным способом, во II группе 105 пациентам выполнена доплерконтролируемая дезартеризация с лифтингом слизистой по традиционной методике, и в III клинической группе у 105 больных применено склерозирование с ультразвуковой кавитацией внутренних узлов, по технологии, используемой для аппарата «Проксон». Контрольные точки мониторинга – 7, 30, 180 суток. Результаты и обсуждение. Наилучшие результаты по основным критериям сравнения были получены в основной группе, по сравнению с контрольными, как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки наблюдения. Это свидетельствует как о высоком профиле безопасности и надежности разработанного способа, так и потенцировании стойкого эффекта от сочетания двух методик с известной эффективностью. Так, в основной группе было получено лишь 3 рецидива (возврата дооперационных жалоб в отдаленные сроки), составивших 4%. Число рецидивов во II и III группах – 11 (10,4%) и 9 (8,5%), соответственно. Из осложнений раннего послеоперационного периода отмечались острый тромбоз наружных геморроидальных узлов, кровотечения, некроз участка слизистой анального канала в зоне воздействия, и острый парапроктит. Отметим, что наиболее грозное осложнение – острый парапроктит, наблюдался лишь по 1 разу в каждой из групп. Общий удельный вес указанных осложнений в I (основной группе) – 9,3% (7 больных), во II и III группах – 13,3% и 15,2%, соответственно (14 и 16 пациентов). Несмотря на большую продолжительность и объем манипуляций в основной группе, интенсивность и темпы купирования послеоперационного болевого синдрома в исследуемых группах достоверно не отличались. Оценка основных клинических проявлений и жалоб в послеоперационном периоде позволила выявить три основных показателя, по которым как через 14 дней после операции, так и в отдаленном периоде (180 суток), применение комбинированного метода имело достоверные преимущества – это геморрагии при дефекации, анальный зуд и пролапс слизистой. Удельный вес этих значимых проявлений был

меньше в основной группе. Выводы. Полученные в основной группе клинических наблюдений результаты, достоверно меньшее число осложнений и рецидивов в сравнении с контрольными группами, при сопоставимом характере и темпах купирования послеоперационных жалоб, демонстрируют правильность разработанной тактики и эффективность комбинированной техники. Сочетание доплерконтролируемой дезартеризации с ультразвуковым склерозированием при хроническом геморрое III стадии наиболее эффективно при больших размерах пролабирующих узлов, а также у пациентов с частыми геморроидальными кровотечениями в анамнезе. Методика обладает достаточным профилем безопасности, а ее реализация не ведет к суммированию роста числа осложнений, встречающихся отдельно при дезартеризации и склерозировании.

187. Вход в брюшную полость у пациентов бариатрического профиля: методики, безопасность, технические аспекты

*Мицинская А.И. (1), Мицинский М.А. (1),
Ахметов А.Д. (1), Орлов Б.Б. (1)*

Москва

ГКБ имени С.С. Юдина

Введение. Осуществление входа в брюшную полость у бариатрических пациентов может представлять технические сложности ввиду толщины подкожно-жировой клетчатки и требует определенных навыков и технического оснащения. Разработка и применение альтернативных методов входа в брюшную полость у данной группы пациентов не теряет своей актуальности. Цель. Сравнить технические аспекты и безопасность различных вариантов входа в брюшную полость у бариатрических пациентов. Материалы и методы. В исследование включено 630 пациентов после трех типов бариатрических вмешательств – лапароскопического гастрощунтирования с одним анастомозом (ЛМЖШ), лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ) и лапароскопического желудочного шунтирования по

Ру. Пациенты были разделены на группы в зависимости от способа входа в брюшную полость: 1 группа: 100 (15,9%) пациентов – с использованием оптического троакара 2 группа: 120 (19%) пациентов – с применением VisiPort; 3 группа: 410 (65,1%) пациентов – с применением мануального входа. В сформированных группах проведено сравнение длительности манипуляции, затрат расходного материала, а также частоты осложнений, в частности, повреждения органов брюшной полости, кровотечения, на основании чего сделан вывод о наиболее эффективном и безопасном методе входа в брюшную полость у бариатрических пациентов. Результаты. В первой группе вход в брюшную полость выполняли с применением оптического троакара путем последовательного расслоения им тканей. Средняя длительность входа в брюшную полость составила 3 ± 2 минуты. На вход в брюшную полость был использован один одноразовый оптический порт. В группе отмечено 1 (1%) повреждение брыжейки тонкой кишки, не потребовавшее дополнительных хирургических манипуляций. Во второй группе вход в брюшную полость осуществляли с использованием VisiPort путем последовательного рассечения тканей под оптическим контролем. Средняя длительность входа в брюшную полость составила 2 ± 1 минуты. На вход в брюшную полость был использован один одноразовый VisiPort. В группе отмечено 2 (1,7%) повреждения брыжейки тонкой кишки, не потребовавших дополнительных хирургических манипуляций и 1 (0,8%) кровотечение из ветви нижней эпигастральной артерии, остановленное интраоперационно путем применения электрокоагуляции. В третьей группе вход в брюшную полость выполняли мануально с применением многоцветного зажима типа Бильрот и последовательного вскрытия им переднего и заднего листка влагалища прямых мышц живота, а также мануальным вскрытием брюшины. Средняя длительность входа в брюшную полость составила 3 ± 1 минуты. На вход в брюшную полость не потребовалось одноразового расходного материала. Не отмечено случаев повреждения внутренних органов и геморрагических осложнений даже при входе в брюшную полость с выраженным спаечным процессом и у пациентов с экстремальными формами ожирения. Выводы. Мануальный вход в брюшную полость является безопасным способом, не требующим дополнительного использования расходного материала и характеризующимся сопоставимой с другими методами длительностью исполнения. Данный вариант входа в брюшную полость может применяться у пациентов с экстремальными

формами ожирения при корректном техническом исполнении, а также при выраженном спаечном процессе. Мануальное вскрытие брюшины позволяет избежать травмы внутренних органов.

188. Альтернативный подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени

*Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В.,
Одишелашвили Л.Г.*

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава

Актуальность. Вопросы хирургического лечения эхинококкоза печени на первый взгляд кажется, что решены. Четко определено, какие и в каких случаях нужно делать операции, как обрабатывать и чем внутреннюю поверхность кисты, определены подходы к лечению данного заболевания. Их два - от консервативного к оперативному и наоборот, а при кистах менее 5 см по рекомендации ВОЗ основным методом лечения может являться только химиотерапия. По мере решения этих вопросов, вслед за ними возникают другие, которые на сегодняшний день не решены. 1. Обоснованность назначения химиотерапии перед операцией всем больным с эхинококкозом? 2. Лабораторное определение жизнеспособности эхинококка в организме человека? 3. Определение хирургической тактики лечения больных с учетом жизнеспособности эхинококка в организме человека? Материал и методы. Для решения поставленных вопросов нами был разработан комплекс дифференциального подхода к лечению эхинококкоза печени. Данный комплекс, включающий в себя «Способ определения жизнеспособности эхинококка» и «Способ определения хирургической тактики лечения больных с учетом жизнеспособности эхинококка в организме человека». На данные способы поданы заявки на изобретение, получены приоритетные справки от 2021 года. Предлагаемый способ определения жизнеспособности эхинококка разработан в эксперименте на 7 кроликах породы «шиншилла», которые были в ходе эксперимента иммунизированы материалом жизнеспособного

эхинококка. Во время исследования использованы биохимический, гистологический, статистический методы. Полученные результаты. В ходе эксперимента после иммунизации лабораторных животных получали антисыворотку. Далее между полученной антисывороткой лабораторных животных и кровью больного эхинококкозом определяли жизнеспособность эхинококка. При положительной реакции эхинококк диагностировался живым, а при отрицательной - погибшим. Обсуждение. На основании полученных результатов разработан алгоритм хирургической тактики у больных с гидатидным эхинококкозом печени. Данный подход позволит дифференцированно подходить как к химиотерапии, так и оперативному лечению. Выводы и рекомендации. Данное сообщение имеет предварительный характер поскольку исследование продолжается.

189. Ятрогенная миграция металлического проводника из верхней полой вены в нижнюю полую вену при установке центрального венозного катетера у онкологического пациента. Описание собственного клинического наблюдения с благоприятным исходом

Альмяшев А.З., Ульяновкина Р.А.

Саранск

ФГБОУ ВО "Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева"

Безопасный сосудистый доступ в современной клинической онкологии является обязательным компонентом в комбинированном и комплексном лечении для большинства пациентов со злокачественными новообразованиями, становиться широко тиражируемой технологией и ежегодно число таких процедур в РФ и мире увеличивается экспоненциально. Выбор определенного устройства для внутрисосудистой имплантации, опыт установки, технология эксплуатации и профилактика осложнений – являются актуальными вопросами и в гематологии, интенсивной терапии, кардиологии и неврологии. Возникновение ятрогенных или спонтанных осложнений, связанных с поломкой, фрагментаций,

миграцией внутрисосудистых катетеров (центральных венозных катетеров), кава-фильтров, металлических стентов, баллонных катетеров, порт-систем и доставочных устройств к ним, эмболизирующих агентов, фрагментов искусственных клапанов сердца, водителей ритма и др. в целом относятся к редким событиям в повседневной клинической практике – 0,4 % - 1,8 %. Спонтанные отрывы (разрывы и фрагментации) пластиковых катетеров, с последующей миграцией (дислокацией) фрагментов обычно происходит в области I ребра и ключицы. Описаны единичные клинические случаи внутрисосудистой миграции фрагментов имплантируемых медицинских устройств во внутреннюю яремную вену, полую вену и v. azigos, правое предсердие, правый желудочек сердца, легочный ствол. Еще реже встречаются осложнения с наличием внутриартериальных инородных тел, в т.ч. и с развитием таких осложнений как, например аритмии, тромбозы и эмболизация легочной артерии или перфорация коронарных артерий, стенки желудочка с тампонадой сердца. Первое описание эндоваскулярного инородного тела относится к 1954 г., когда на аутопсии была выявлена миграция кубитального катетера в правое сердце. В 1964 г. было впервые описано удачное извлечение металлического проводника из правого предсердия. Только в США ежегодно устанавливают более 5 млн. центральных венозных катетеров. Цель. Описание собственного редкого клинического наблюдения внутрисосудистой миграции металлического проводника при установке центрального венозного катетера с последующим эффективным извлечением его с использованием малоинвазивной перкутанной трансфеморальной рентгенэндоваскулярной технологии. Материал и методы. Б-ная К-ва Л.И., жительница Республики Мордовия, 1979 г.р. (42 года). Состоит на диспансерном учете с 27.03.2021 г. с диагнозом: Рак печеночного изгиба ободочной кишки III B ст. (pT3N1aM0G2 по TNM-8) II кл.гр. Операция 01.06.2021 г.: правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией Д-3. У пациентки во время установки центрального венозного катетера справа во внутреннюю яремную вену по Сельдингеру произошло ятрогенное осложнение в виде миграции проводника транскутанно в подключичную и верхнюю полую вену. Новой (острой) клинической симптоматики зафиксировано не было. Срочно была выполнена рентгенография органов грудной клетки от 15.09.2021 г.: «Верхний край проводника определялся в проекции верхней полой вены, нижний край в проекции нижней полой вены». Больная срочно консультирована

ангиохирургом и было рекомендовано направить для дальнейшего лечения в специализированный центр, где в этот же день по экстренным показаниям - 15.09.2021 г. выполнено извлечение инородного тела из нижней полой вены левым транскутантным трансфеморальным транскатетерным доступом с использованием малоинвазивной технологии рентгенэндоваскулярной экстракции металлического проводника с использованием специализированного девайса (граспера). Уже 16.09.2021 г. пациентка вновь переведена в региональный онкодиспансер для проведения цикла ПХТ.

190. Диагностика злокачественных новообразований щитовидной железы

Гурьянова А.О., Сулаева Г.Ш.

Ижевск

ООО "Медси-Ижевск".

Цель исследования - дифференциация доброкачественных и злокачественных опухолей с использованием тонкоигольной аспирационной биопсии под УЗИ навигацией с предварительной эластографией щитовидной железы. Материалы и методы исследования. Выполнены исследования 24 пациентов с узелковыми образованиями в щитовидной железе в режиме реального времени методом УЗ-эластографии с целью дифференцирования злокачественных и доброкачественных патологических образований. На экспертном сканере Philips EPIQ 5 использовали линейный датчик с рабочей частотой 5-13 МГц, средняя толщина среза на полученной эластограмме составила порядка 5 мм. В качестве эталона мы использовали данные цитологического исследования. Всего обследовано 24 пациентов (10 - мужчин, 14 - женщин). Возраст от 31 года до 56 лет. Параметры ультразвуковых изображений для оценки происхождения новообразований: форма; границы (четко очерченные, микродольчатые или неправильные); экзогенность (гиперэхогенные, изоэхогенные, гипоехогенные или выраженно гипоехогенные по отношению к здоровой паренхиме щитовидной железы; структура (солидные, кистозные или смешанные солидно-

кистозные), наличие обызвествления. Цвета изображений для оценки эластичности оценивали по цветовой карте эластичности; они варьировали от голубого для тканей с высокой эластичностью до красного с черными пятнами в центре для тканей с низкой эластичностью и до зеленого для тканей со средней эластичностью. Для качественного анализа образований щитовидной железы по данным эластографии использовалась шкала эластичности Tsukuba elasticity score – TES. Полученные результаты. Коэффициент деформации у данной группы пациентов варьировал 1,63 до 3,5-3,6. Высокий коэффициент деформации соответствовал по шкале TES 3 типу (2 пациента), TES 1-2 тип (22 пациентов). У данных пациентов под УЗИ наведением были выполнены тонкоигольные аспирационные биопсии узлов щитовидной железы. В полученных аспиратах были обнаружены клетки фолликулярного типа без атипии (22 пациента), стенки кист (2 пациента). По системе Бетесда узлы относились ко II тип. Диагностика узлов с высоким коэффициентом деформации (2 пациентов) и с подозрением на злокачественный процесс была дополнена core-биопсией, для гистологического заключения происхождения узлов. Заключение. Опухоли щитовидной железы характеризуются различными уровнями жесткости, в зависимости от клеточной структуры и состава узелка. Ультразвуковая эластография позволяет неинвазивно получать информацию о жесткости тканей и формировать показания для биопсийных методов.

191. Опыт применения антеградных миниинвазивных стентов технологий при опухолевых поражениях гепатопанкреатобилиарной зоны

Карпов О.Э., Левчук А.Л., Бруслик С.В., Свиридова Т.И.

Москва

ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова" Минздрава России

Актуальность. Миниинвазивные стентовые технологии активно применяются в различных областях современной хирургии (эндоваскулярная,

ретроградная эндоскопическая, антеградная рентгенохирургия), в том числе при опухолевых поражениях гепатопанкреатобилиарной зоны. Антеградное стентирование является методом выбора для кратковременной предоперационной подготовки к хирургическому вмешательству или с целью длительного применения в качестве паллиативного окончательного метода лечения. Материалы и методы. Представлен опыт применения билиарных металлических саморасширяющихся стентов, установленных антеградным способом. Антеградное стентирование желчных протоков (ЖП) выполнено у 45 пациентов, в возрасте от 30 до 90 лет. Из них 27 мужчин (60%), 18 женщин (40%), средний возраст 58,2 года. Стентирование выполнялось при дистальном блоке у 27 пациентов (58,7 %), при проксимальном блоке у 19 пациентов (41,3 %). Срок наблюдения за пациентами после стентирования желчных протоков составил от 3 до 18 месяцев. Наиболее частой причиной возникновения механической желтухи при проксимальном блоке была опухоль общего печеночного протока (21,7%), а при дистальном блоке - опухоль головки поджелудочной железы ПЖ (39,1%). Во всех случаях стентирование желчных протоков проводилось вторым этапом, после выполнения различных вариантов желчеотведения, стабилизации состояния пациента и коллегиального решения вопроса на онкоконсилиуме о возможности радикального лечения. Полученные результаты и обсуждение: при дистальном блоке во всех случаях применяли покрытые нитиноловые стенты (ПНС). При стриктуре, обусловленной опухолью головки поджелудочной железы, и наличии панкреатической гипертензии выполняли транспапиллярное стентирование ПНС. При отсутствии панкреатической гипертензии выполняли супра- или интрапепиллярное стентирование частично ПНС. При проксимальном блоке в зависимости от типа поражения ЖП, осуществляли одно- или -билобарный доступ в желчные протоки. При I и II типе поражения ЖП применяли только ПНС. При III типе поражения ЖП и отсутствии вовлечения в опухолевый процесс сегментарных протоков применяли только ПНС, а при вовлечении сегментарных протоков ПНС с вставкой из непокрытого стента. При четвертом типе поражения ЖП, стентирование не выполняли. В случаях подготовки пациентов к последующему оперативному лечению, стентирование ЖП только пластиковыми стентами. Анализ накопленных данных свидетельствует о высокой эффективности стентирования, выполненного антеградным методом при непроходимости ЖП, вызванной

опухолевым поражением гепатопанкреатобилиарной зоны. Выводы. Антеградные миниинвазивные технологии занимают ведущее место в лечении больных с нарушением проходимости протоков органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Стентирование следует применять с двумя основными целями: для подготовки к радикальному оперативному вмешательству или в качестве окончательного паллиативного метода лечения. Необходим дифференцированный подход при выборе стента в зависимости от конкретной клинической задачи. Рекомендации. С целью дренирования ЖП при механической желтухе различной этиологии допустимо применять как ретроградный, так и антеградный методы. Выбор метода декомпрессии зависит от уровня билиарного блока, причины механической желтухи, технической оснащенности отделения и наличия подготовленных специалистов, уверенно владеющих ретроградными или антеградными эндобилиарными технологиями. При проксимальной обструкции ЖП предпочтительнее антеградный чрескожный метод декомпрессии, при дистальном – эндоскопический ретроградный.

192. Опыт использования ультразвуковой кавитации в комплексном лечении больных с глубокими флегмонами голени

Чумбуридзе И.П. (1,2), Штильман М.Ю. (1,3), Хитарьян А.Г. (1,4), Ковалев С.А. (1,4), Явруян О.А. (1), Зайцев П.П. (3), Малинин А.Ф. (3), Еремин А.Е. (3), Щетинский К.К. (3), Тихонов А.В. (3), Дуков С.А. (3)

1,2,4) Ростов-на-Дону, 3) Батайск

- 1) РостГМУ, 2) МБУЗ городская больница № 7 г. Ростова на Дону, 3) МБУЗ ЦГБ г. Батайск,
- 4) ЧУЗ Клиническая больница РЖД–Медицина г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания и послеоперационные осложнения занимают одно из основных мест среди хирургической патологии. Важная особенность гнойных процессов – их склонность к распространению по клетчаточным пространствам, фасциальным щелям с

образованием гнойных затеков. Хирургическому вмешательству отводится особая роль в лечении гнойных заболеваний, так как никакая другая терапия не приводит к успеху, если не будет своевременно удален, вскрыт и дренирован гнойный очаг. В настоящее время широко используют различные физические методы, позволяющие ускорить фазы воспалительного процесса. Цель. Улучшить результаты лечения больных с глубокими флегмонами голени путем использования ультразвуковой кавитации. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 41 больных (исследуемая группа) с глубокими флегмонами задней поверхности голени, при лечении которых, использовали кавитационный ультразвуковой аппарат АУХЗ 100 «ФОТЕК» АК 101. В качестве раствора для обработки применялся Лавасепт. Ультразвуковая кавитация проводилась как при первичном хирургическом вмешательстве, так и при перевязках, до появления грануляционной ткани. С целью определения эффективности данной методики нами проведен ретроспективный анализ лечения 31 больных (контрольная группа) с подобным диагнозом, при лечении которых использовали общепринятые способы (растворы антисептиков, мазевые повязки). После заполнения раневой поверхности активной грануляционной тканью, в зависимости от размеров, выполнялись различные виды пластического закрытия дефекта: аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом, пластика местными тканями или комбинированные методики. В качестве критериев оценки эффективности лечения использовали клинические параметры ведение ран по системе MEASURE, цитологические исследования и сроки выполнения пластического этапа. Результаты. При цитологических исследованиях установлено, что у больных исследуемой группы к 5 суткам после операции количество лейкоцитов и выраженность их деструкции была ниже; клеточный состав отличался сниженным количеством нейтрофилов, макрофагов, фибробластов, число микробных тел на 1000 лейкоцитов было ниже на 82,3%. Происходила смена дегенеративно-воспалительного типа цитограммы на воспалительно-регенераторный. Увеличение РДИ до $0,79 \pm 0,35$. У больных контрольной группы данных изменений не наблюдалось. Цитологические исследования проведенные на 10 сутки от начала лечения свидетельствовали о переходе воспалительно-регенераторного типа цитограммы в регенераторный тип у исследуемой группы. РДИ до 1, тогда как у контрольной группы наблюдался воспалительно-регенераторный тип. Изменения цитограмм в этот срок характеризовались

уменьшением количества лейкоцитов до $13 \pm 0,3$ у исследуемой группы и до $37 \pm 0,7$ - в контрольной. Степень деструкции лейкоцитов составляла $16 \pm 2,2\%$ и $39 \pm 2,5\%$, соответственно. Фагоцитоз у больных исследуемой группы был завершённый. У контрольной группы наряду с завершённым фагоцитозом имелись явления незавершённого. Использование ультразвуковой кавитации ускоряло динамику течения раневого процесса по сравнению с больными контрольной группы. У исследуемой группы гиперемия в области послеоперационной раны наблюдалась в течение $4,6 \pm 0,2$ дней; очищение раны наступило на $7,3 \pm 0,2$ день; начальное появление грануляций было отмечено на $7,3 \pm 0,5$ сутки, а гранулирование раны наступило на $10,2 \pm 0,6$ день; пластический этап лечения выполнялся на $12,3 \pm 1,4$ день. В то же время при анализе клинической картины у контрольной группы очищение раны наступило на $11,3 \pm 0,7$ день; выполнение раны грануляционной тканью раны удалось добиться на $16,3 \pm 1,3$ день; пластический этап лечения выполнялся на $18,7 \pm 1,6$ день. Выводы. Таким образом, применение ультразвуковой кавитации у больных с глубокими флегмонами голени улучшает результаты лечения данной категории больных, что выражается в более ранней подготовке послеоперационной раны к выполнению пластического этапа лечения и сокращению сроков госпитализации.

193. Результаты ROC — анализа новой классификации СДС с акцентом на статистическую значимость по данному осложнению сахарного диабета

Лукин П.С. (1), Заривчацкий М.Ф. (1),
Кучумов А.Г. (2)

Пермь

1) Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера, 2) Пермский национальный исследовательский политехнический университет

Актуальность. Статистика в современной медицине имеет большое значение. Зачастую количественные статистические данные опираются на коды нозологий Международной классификации

болезней (МКБ-10). К сожалению, последняя не имеет коды многих заболеваний и их осложнений, к которым можно, например, отнести синдром диабетической стопы (СДС). Ранее предложенные классификации СДС (PEDIS, WIFI, LANOTRAD, Техасского университета и др.) многообразны и направлены на выбор рациональной тактики хирургического лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей при СД, прогноз течения заболевания. Цель работы проанализировать предложенную классификацию СДС для оценки статистических данных по СДС. Материалы и методы. Нами разработана классификация СДС, которую можно внедрить в МКБ-10 и разрабатываемую МКБ-11. Предложены шифры СДС, адаптированные для МКБ-10: Edf10.0 — инсулинзависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы и Edf11.0 — инсулиннезависимый сахарный диабет с синдромом диабетической стопы, где “df” – diabetic foot. Приставку “df” - можно применять и разделах “E12-E14” МКБ-10, с соответствующими определениями. В разработанной классификации СДС, к предложенным кодам Edf10.0 и Edf11.0 добавили две цифры после точки, первая характеризует область поражения (7 областей), вторая - глубину (5 уровней). Для ампутаций выделены отдельные коды: Edf10.8 ампутационная культя нижней конечности после нетравматической ампутации при инсулинзависимом сахарном диабете с синдромом диабетической стопы, без язвы; Edf11.8 ампутационная культя нижней конечности после нетравматической ампутации при инсулиннезависимом сахарном диабете с синдромом диабетической стопы, без язвы. Уровень ампутаций обозначали буквами латинского алфавита: t toe (палец стопы); f (foot); l lower leg (голень); th (thigh). Сторону ампутации и/или язвы обозначили: справа — r (right); слева — l (left). При заживлении трофического дефекта код оставляем без указания глубины поражения и его локализации. Для оценки диагностической и статистической эффективности предложенной классификации СДС с учетом последствий ложных решений, использовали Receiver Operating Characteristic curve (ROC-curve). ROC-curve классификации СДС были использованы для определения достоверности наличия СДС в сформулированном диагнозе пациента, при котором врачи смогут более точно описать диагноз и предположить исход СДС. Кроме того, кривые ROC также были сделаны с помощью действующей классификации МКБ-10 и сравнены с предложенной классификацией СДС. Результаты. Анализ 492 электронных медицинских карт пациентов с СДС

выявил, что СДС шифруют следующим образом: M86.6, L97, L08.8, R02, E11.7, E10.7, I70.2., но в статистическую отчетность по осложнениям СД попало 189 (38%) пациентов (код диагноза при лечении – E11.7 или E10.7). Экстраполируя эти данные на мировую статистику, можно предположить, что официальное количество СДС является лишь малой частью от реальных цифр. Для изучения достоверности отражения наличия СДС в диагнозе по коду МКБ-10 был применен ROC - анализ. Наше исследование показало, что в официальную статистику вошло 38% (189) пациентов имеющих СДС (код МКБ-10 E11.7). Для сравнения мы взяли из исследуемых равное количество пациентов с СДС (189 человек), у которых код диагноза по МКБ-10 не показывал наличие СД и его осложнений. Оценку достоверности отражения наличия СДС у пациента в его диагнозе по коду МКБ-10 и с учетом применения классификации, мы делали по следующим критериям: 1. СДС абсолютно отсутствует; 2. СДС вероятно отсутствует; 3. Равновероятное наличие или отсутствие СДС; 4. Вероятное наличие СДС; 5. Определенное наличие СДС. Для количественной оценки применения классификация для отражения диагноза СДС использован сравнительный анализ площадей под кривыми. У кривой предложенной классификации площадь больше, чем у кривой МКБ-10. Area under the curve (AUC) для новой классификации СДС составила 0,96, а пороговое значение имело чувствительность 98% и специфичность 92%. Для сравнения, ROC — кривая для МКБ-10 имела AUC 0,58 соответственно, а пороговое значение имело чувствительность 62% и специфичность 58%. Следовательно, предложенная классификация более эффективна для отражения наличия СДС в диагнозе, чем существующая МКБ-10. Обсуждение и выводы. Современная медицина становится более точной наукой и неразрывно связана с математическими подходами как в статистике так и финансировании отрасли. Современные классификации любой нозологии не отвечают потребностям статистики. Любая классификация характеризует непосредственно клиническую картину течения заболевания в реальном времени. Предложенные классификации синдрома диабетической стопы не могут быть объединены, так как различны по критериям оценки течения заболевания. Классификации статистически неудобны и ограничивают анализ полной картины заболеваемости синдрома диабетической стопы в мире. Введение кодов МКБ-10 и новой презентуемой МКБ-11 "синдром диабетической стопы" и предложенной классификации синдрома диабетической стопы

позволит стандартизировать диагноз, дать полную картину заболеваемости - как статистического показателя этого осложнения сахарного диабета. Определит количество ампутаций и их обоснованность. Правдивая статистика позволит объективно оценить мировую ситуацию с увеличением количества пациентов с сахарным диабетом и его самым серьезным осложнением. Точное количество пациентов с синдромом диабетической стопы упорядочит финансирование направления профилактики и лечения синдрома диабетической стопы. Своевременность финансирования обеспечит возможностями предотвращать ампутации конечностей и предотвратит инвалидизацию пациентов.

194. Новый метод внутренней обработки линии степлерного шва в бариатрической хирургии

*Мицинский М.А. (1), Мицинская А.И. (1),
Ахметов А.Д. (1), Орлов Б.Б. (1)*

Москва

ГКБ имени С.С. Юдина

Введение. Обработка линии степлерного шва в бариатрической хирургии может осуществляться целым комплексом различных методов – от ушивания до биполярной коагуляции. Однако актуальным остается вопрос профилактики желудочно-кишечного кровотечения из линии степлерного шва задней губы гастроэнтероанастомоза при различных вариантах гастрощунтирования. Цель. Оценить эффективность, безопасность и технические аспекты внутренней обработки степлерного шва задней губы гастроэнтероанастомоза при выполнении различных вариантов желудочного шунтирования. Материалы и методы. В исследование включено 520 пациентов после двух типов комбинированных бариатрических вмешательств – лапароскопического желудочного шунтирования с одним анастомозом (ЛМЖШ) и лапароскопического желудочного шунтирования по Ру (ЛЖШ). Пациенты были разделены в зависимости от типа бариатрической операции (320 (61,5%) больных – после ЛМЖШ, 200 (38,5%) – после ЛЖШ). Также выполнено деление на группы в зависимости от

выполнения или не выполнения внутренней обработки линии степлерного шва задней губы гастроэнтероанастомоза: 1 группа: 250 (48,1%) пациентов - без обработки; 2 группа: 270 (51,9%) пациентов – внутреннее клипирование степлерного шва задней губы гастроэнтероанастомоза. В сформированных группах проведено сравнение частоты желудочно-кишечных кровотечений из линии степлерного шва области гастроэнтероанастомоза, на основании чего сделан вывод об эффективности данного вида обработки степлерного шва. Результаты. Внутренняя обработка линии степлерного шва задней губы гастроэнтероанастомоза производилась следующим образом. После формирования гастроэнтероанастомоза с использованием линейного сшивающего аппарата с наложением его на заднюю стенку желудка производился визуальный осмотр степлерного шва задней губы гастроэнтероанастомоза и осушение этой области введенной в брюшную полость марлевой салфеткой. Через тринадцатимиллиметровый порт вводился многоразовый клипатор с заряженной клипсой. Оператор производил наложение клипсы с использованием многоразового клипатора изнутри на степлерный шов задней губы гастроэнтероанастомоза. Клипса накладывалась на половину своей длины без излишнего вдавливания под углом 45 градусов по отношению к степлерному шву, избегая контакта со свободной стенкой кишки и желудка. Расстояние между накладываемыми клипсами составляло 2-3 мм. Таким образом клипировался степлерный шов задней губы гастроэнтероанастомоза изнутри (со стороны просвета) на всем его протяжении. В конце манипуляции производился осмотр задней губы гастроэнтероанастомоза снаружи для оценки отсутствия травматизации стенки кишки и желудка наложенными клипсами. Во избежание этого клипсы накладывались на половину своей длины без излишнего вдавливания. В первой группе было зарегистрировано 3 (1,2%) случая желудочно-кишечных кровотечений из линии степлерного шва гастроэнтероанастомоза, несмотря на обработку задней стенки желудка перед наложением гастроэнтероанастомоза, потребовавших выполнения эндоскопического гемостаза (IIIB по Clavien-Dindo). Во второй группе не отмечалось случаев развития данного осложнения (0 (0%) случаев). Среднее время обработки линии степлерного шва во 2 группе составило 4±2 минуты. При сравнении групп между собой выявлено, что в первой группе частота желудочно-кишечных кровотечений из линии степлерного шва гастроэнтероанастомоза достоверно выше в

сравнении со второй группой. Выводы. Внутреннее клипирование линии степлерного шва области гастроэнтероанастомоза может применяться с целью профилактики желудочно-кишечных кровотечений из этой зоны и, при соблюдении правил технического его исполнения, является безопасным и эффективным методом профилактики геморрагических осложнений в бариатрической хирургии.

195.Обработка степлерного шва в бариатрической хирургии: эффективность, безопасность, технические аспекты

*Мицинская А.И. (1), Мицинский М.А. (1),
Ахметов А.Д. (1), Орлов Б.Б. (1)*

Москва

ГКБ имени С.С. Юдина

Введение. Вопрос обработки степлерного шва в бариатрической хирургии приобретает все большую актуальность ввиду возрастающей частоты выполнения данного типа вмешательств, а также технических их особенностей, таких как обширная площадь степлерного прошивания и предрасполагающие к геморрагическим осложнениям факторы пациента. Предложено большое число способов профилактики кровотечения из линии степлерного шва, однако вопрос наиболее эффективной методики остается дискуссионным. Цель. Оценить эффективность, безопасность и технические характеристики различных способов обработки степлерного шва при выполнении бариатрических вмешательств. Материалы и методы. В исследование включено 630 пациентов после двух типов бариатрических вмешательств – лапароскопического гастрощунтирования с одним анастомозом (ЛМЖШ) и лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ). Пациенты были разделены в зависимости от типа бариатрической операции (320 (50,8%) больных – после ЛМЖШ, 310 (49,2%) – после ЛПРЖ), а также основываясь на способе обработки линии степлерного шва: 1 группа: 100 (15,9%) пациентов - без обработки; 2 группа: 100 (15,9%) пациентов – ушивание; 3 группа: 130 (20,6%) пациентов – клипирование; 4 группа: 300 (47,6%)

пациентов - биполярная коагуляция. В сформированных группах проведено сравнение длительности обработки степлерной линии, затрат расходного материала, а также частоты осложнений, в частности, кровотечений из линии степлерного шва, на основании чего сделан вывод о наиболее эффективном и безопасном методе обработки степлерного шва в бариатрической хирургии. Полученные результаты. В первой группе было зарегистрировано 4 (4%) случая кровотечений из линии степлерного шва, потребовавших повторного оперативного вмешательства лапароскопическим доступом (IIIB по Clavien-Dindo). Во второй группе не отмечалось случаев развития данного осложнения (0 (0%) случаев). В третьей группе отмечено 2 (1,5%) случая кровотечения из линии степлерного шва (IIIB по Clavien-Dindo). В четвертой группе также, как и во второй, не отмечалось случаев развития данного осложнения (0 (0%) случаев). Среднее время обработки линии степлерного шва во второй группе (ушивание) составило 30±15 минут, в третьей группе - 15±5 минут, в четвертой - 7±5 минут. Отмечено, что при обработке степлерного шва во второй группе требовалось использование 1 экземпляра медленно рассасывающегося шовного материала, в третьей группе – в среднем 60-80 клипс, в четвертой группе пользовались многоразовым биполярным коагулятором. При сравнении групп между собой выявлено, что наибольшее время на обработку степлерного шва затрачено во второй группе, наибольшее число расходного материала – в третьей группе. Наибольшее число геморрагических осложнений выявлено в первой и третьей группах. Выводы. Степлерный шов в бариатрической хирургии требует обработки ввиду возрастающей частоты геморрагических осложнений при ее не выполнении. Обработка степлерного шва с использованием многоразового биполярного коагулятора может применяться в качестве безопасного и эффективного метода с целью профилактики внутрибрюшных кровотечений из степлерной линии.

196. Влияние пандемии COVID-19 на количественные и качественные показатели хирургической службы

*Тимербулатов М.В., Зиганшин Т.М.,
Тимербулатов Ш.В., Фатхуллин А.С.,
Тимербулатов В.М., Гафарова А.Р.,
Ямалов Р.А., Ахмеров Р.Р.*

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ

Актуальность. Литературные данные и повседневная клиническая практика, особенно в начале пандемии COVID-19 в 2020 году, свидетельствовали о высоких показателях летальности и осложнений хирургических пациентов с COVID-19. Пандемия оказала серьезное влияние на деятельность хирургической службы в целом и пациентам, ограничивая оказание плановой хирургической помощи, в определенной степени ухудшила качественные показатели экстренной хирургии. Целью исследования явилось изучение влияния пандемии COVID-19 на некоторые количественные и качественные показатели хирургической службы. Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ работы двух хирургических стационаров за 2019-2021 годы – результатов лечения 15370 пациентов, из них 4038 госпитализированных в плановом (26,28%), 11332 в экстренном порядке (73,72%), всего оперировано 13814 пациентов (90,78%). Результаты. За указанные периоды исследования – доковидный и ковидный периоды (2019- и 2020-2021 гг.) число пациентов хирургического профиля сократилось (за 2020 г. – на 19,8%, за 2021 г. – 11,2%, особенно для планового хирургического лечения – за 2020 г. – (-)65%, за 2021 г. – (-)60%). Число пациентов, оперированных в экстренном порядке увеличилось на 28,9% в 2020 г., на 45,2% - 2021 г. Существенно были показатели оперированных больных из числа госпитализированных – в 2019 г. – 80,12%, 2020 г. – 92,95%, 2021 г. – 98,1% (госпитализация для хирургического лечения). Произошло сокращение плановых оперативных вмешательств по сравнению с до ковидным периодом – на 38,9% за 2020 г., на 46,8% за 2021 год, и рост экстренных оперативных вмешательств – на 28,9% за 2020 г. и 45,2% за 2021 г. Из-за изменения контингента хирургических больных, их сокращения (ограничения медицинской помощи (доступности), необращение за медицинской помощью и т.д.) показатели занятости (работы) коек также ухудшились – на 19,2% за 2020 г. и 29,4% за 2021 г. По этим причинам

и предшествующим показателям оборот койки был ниже – с 37,7 в 2019 г. до 30,2 в 2020 г. и 28,36 в 2021 г. Показатели хирургической активности существенно не менялись за 2019-2021 гг. (84,34%, 81,5%, 83,5%, соответственно). Сроки пребывания в стационаре также не отличались (9,4; 9,7 и 9,1 дня). Частота послеоперационных осложнений выше – с 3,0% до 4,39%, как и послеоперационная летальность – с 3,12% в 2019 г., 3,29% в 2020 г. и 4,73% в 2021 г., и общая летальность 2,3%, 4,07%, 4,8%, соответственно. Обсуждение. По результатам анализа работы двух хирургических клиник, в доковидный и ковидный периоды произошло заметное сокращение количества плановых больных и операций, по причине ограничительных мер в период пандемии (на 60-65% сокращение общего числа плановых больных и не 39-46,8% – плановых операций). Ещё одной причиной падения числа плановых больных и операций является сокращение количества обращений самих пациентов в амбулаторно-поликлинические учреждения, перепрофилирование медицинских организаций в ковид-госпитали по месту жительства (прикрепления) пациентов, необходимость дополнительного исследования на COVID-19 (ПЦР тесты, КТ органов грудной клетки). В целом и другие показатели работы хирургических отделений в период пандемии новой коронавирусной инфекции ухудшились по сравнению с доковидным периодом (занятость и оборот койки, частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность). Выводы и рекомендации. Сокращение объемов оказания плановой хирургической помощи в период пандемии привело к росту так называемых «отложенных» больных. Необходимо упорядочить регистр этих пациентов и начинать активную плановую санацию в медицинских организациях, прекративших выполнять функции ковид-госпиталей. При этом соответственно объемы государственного задания (финансирования) необходимо увеличить с учетом контингента «отложенных» плановых хирургических пациентов. Ухудшение показателей послеоперационных осложнений и летальности за период пандемии можно объяснить запоздалым обращением за медицинской помощью, усугубление осложнений хирургических заболеваний за 2020-2021 годы, что, несомненно, хотя по вынужденным мерам, говорит о снижении доступности и хирургической помощи.

197. Сравнительные результаты хирургического лечения у пациентов с и без новой коронавирусной инфекции

*Хасанов А.Г., Шайбаков Д.Г., Меньшиков А.М.,
Тимербулатов М.В., Сибаетов В.М.,
Тимербулатов Ш.В., Гафарова А.Р., Ямалов Р.А.*

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ

Актуальность. Пандемия COVID-19 оказала и продолжает оказывать существенное влияние на систему здравоохранения, качество оказания в том числе хирургической помощи. Ограничение плановых операций привело к росту так называемых “отложенных” пациентов, отмечен рост доли пациентов с поздним обращением за медицинской помощью из-за страха инфицирования, косвенно на это влияет перепрофилирование медицинских организаций в ковид-госпитали. Данные литературы свидетельствуют о значительном ухудшении качества хирургической помощи - так госпитальная летальность среди экстренных хирургических больных с COVID-19 в 3-4 раза выше по сравнению с пациентами без новой коронавирусной инфекции, заметно чаще встречаются послеоперационные осложнения. Цель исследования - изучить результаты хирургического лечения пациентов с и без COVID-19. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ ряда качественных показателей работы медицинской организации с хирургическими отделениями, работающей в обычном режиме (I МО) до 2020-25021 гг. и второй, перепрофилированной в ковид-госпиталь, в том числе для оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля (II МО). Кроме того, изучены указанные показатели работы II МО до пандемии за 2019 год. Результаты. В первой медицинской организации за 2020-2021 гг. выполнено 3895 оперативных вмешательств, причем количество экстренных операций увеличилось за 2020 г. на 29%, за 2021 г. - 45%, а плановых сократилось на 39% и 47% соответственно (по сравнению с допандемическим периодом), отмечено некоторое увеличение показателя послеоперационной летальности - с 3,1% в 2019 г. до 3,3% в 2020 г. и 4,7% - 2021 г., послеоперационных осложнений - с 3,0% до 4,7% в 2021 г. (хотя разница статистически не значима, $p=0,283$). Во II МО, за 2020 г. было оперировано 439 пациентов (выполнено 451 оперативное вмешательство), в том числе 12 повторно,

послеоперационная летальность составила 24,14%, частота послеоперационных осложнений - 48%, средние сроки пребывания - 11,3 дня. В хирургические отделения, по мере развития пандемии, по необходимости госпитализировали пациентов с COVID-19 и без хирургических заболеваний, поэтому расчет других качественных показателей хирургической помощи не представляется возможным. Среди пациентов хирургического профиля преобладали больные с экстренными состояниями при заболеваниях сосудов (эмболии, тромбозы, критическая ишемия конечностей), осложнения со стороны респираторной системы (плевриты, медиастиниты, пневмомедиастинум), флегмоны, абсцессы мягких тканей, острые хирургические заболевания органов брюшной полости (прободная язва, перитонит, аппендицит, острая кишечная непроходимость). За 2021 год оперировано 155 пациентов, послеоперационная летальность составила 23,8%, сроки пребывания пациентов 10,5 дня. Общая летальность в ковид-госпитале за 2020 г. составила 14,41%, за 2021 г. - 15,72%. Соответственно, за 2019 год до пандемии, во II МО послеоперационная летальность составила 3,16%, послеоперационные осложнения - 3,7%, сроки пребывания в стационаре - 8,5 дня. Обсуждение. Новая коронавирусная инфекция оказывает негативное влияние на качество хирургической помощи, на частоту послеоперационных осложнений и летальности. При сравнении указанных показателей до пандемии и в период пандемии, результатов лечения пациентов, неинфицированных и инфицированных COVID-19 отмечено увеличение летальности в 7-8 раз, послеоперационных осложнений (преимущественно за счёт пневмонии) до 10 раз. Аналогичные результаты получены при сравнительном анализе этих показателей по сравнению с I МО. Выводы и рекомендации. С учётом крайне негативного влияния COVID-19 на больных с хирургическими заболеваниями и результаты хирургического лечения, с учётом продолжения пандемии COVID-19, нецелесообразно проводить тщательную сортировку больных перед плановыми операциями, у пациентов старческого возраста, при выраженной коморбидной патологии, при возможности их отложить или проводить консервативное лечение, остальных пациентов оперировать после обследования на выраженность постковидного синдрома, наличие иммунитета на новую коронавирусную инфекцию. В экстренной хирургии целесообразно внедрять экспресс-методы тестирования на COVID-19 для своевременной диагностики и направления в соответствующие

хирургические отделения для пациентов с сопутствующей коронавирусной инфекцией.

198. История хирургии щитовидной железы

Глушков П.С., Азимов Р.Х., Шемятовский К.А., Горский В.А.

Москва

ЦКБ РАН

История хирургии щитовидной железы (ЩЖ) весьма драматична. Были в ней и полный отказ от попыток операции таким маститым хирургом, как Теодор Бильрот, и официальный запрет на вмешательство Французской Академией Наук в середине XIX века. Было признание в 1909 г. Нобелевским комитетом заслуг Теодора Кохера за разработку методики органосохраняющих операций на ЩЖ. Всемирно признана заслуга Н.И. Пирогова, выполнившего в 1847 г. первую операцию на ЩЖ под эфирным наркозом. Были, кажущиеся теперь архаичными, операции по энуклеации узлов без перевязки щитовидных артерий и подшивание стенок кист ЩЖ к краям кожной раны. Была даже аутотрансплантация ЩЖ в селезенку, к счастью, оказавшаяся успешной. W. McCallum и K. Voegtlin в 1909 г. обнаружили, что послеоперационная тетания вызвана снижением уровня кальция в тканях, и это позволило проводить ее профилактику введением препаратов кальция. В 1914 г. E. Kendall впервые использовал экстракт ЩЖ для лечения послеоперационной микседемы. Появление тиреостатических препаратов и разработка методики лечения радиоактивным йодом в 1940 г. открыли новую эру консервативной терапии. Аспирационная тонкоигольная биопсия, впервые выполненная в 1952 г. N. S?derstr?m, привела к возможности верификации заболеваний ЩЖ, в частности, злокачественных новообразований органа. С опытов V. Riddell (1970 г.) началась разработка методики интраоперационного нейромониторинга, усовершенствованная в настоящее время. Эта методика позволила уберечь от повреждения ни один возвратный нерв. С конца XX века в хирургии ЩЖ стали использовать ультразвуковые ножницы, а также разрабатывать различные миниинвазивные и эндоскопические

доступы. В 1998 году P. Miccoli детально обосновал минимально инвазивную видеоассистированную тиреоидэктомию (MIVAT), сделав за 8 лет более 2500 успешных операций. С внедрением эндоскопических технологий появились различные модификации эндоскопических тиреоидэктомий из местного шейного доступа. C. Huscher в 1997 г. описывает полностью эндоскопическую тиреоидэктомию, а F. Palazzo в 2005 г. разрабатывает технику неэндоскопической минимально-инвазивной тиреоидэктомии (MITS). C. Garner (2003 г.) и P. Cougard (2005 г.) делятся опытом выполнения тиреоидэктомии из переднего шейного доступа. A W.B. Inabnet в 2003 г. впервые выполняет данную операцию из бокового шейного доступа. Параллельно начинают разрабатываться различные методики эндоскопических вмешательств на ЩЖ из удаленных доступов. K. Shimizu в 1998 г. публикуют свой опыт выполнения тиреоидэктомии из подключичной области. Y. Ikeda в 2000 г. впервые выполняет операцию из подмышечного доступа (TATE). K. Shimazu в 2003 описывает аксиллярно-грудной доступ (ABBA). Усовершенствуя последний, K. Lee и J. Choi в 2004 г. предлагают двухсторонний аксиллярно-грудной доступ (BABA). Первая эндоскопическая трансоральная тиреоидэктомия была произведена в 2010 г. T. Wilhelm и A. Metzger. Появление в хирургии роботических технологий не оставило в стороне и операции на ЩЖ. S. Lee, W. Chung в 2007 г. выполнили первую в мире робот-ассистированную трансаксиллярную тиреоидэктомию (RAT). A D. Terris, M. Singer на 4 года позже описали методику роботической тиреоидэктомии с фейслифтингом (RFT). По нашему мнению, наиболее перспективным из описанных выше методик эндоскопических операций, является вмешательство из подмышечного доступа. Следует отметить, что в хирургии ЩЖ, как и 150 лет назад, остаются актуальными проблемы сохранения гортанных возвратных нервов, околощитовидных желез и профилактика кровотечений. Приход в хирургию эндоскопических технологий, микроэлектроники и робототехники позволяет успешно решать эти проблемы и открывает перед хирургией ЩЖ новые горизонты.

199. Реализация программы ускоренного выздоровления больных с грыжами брюшной стенки

Смоляр А.Н. (1,2), Матвеев Н.Л. (1,3),
Харламов Б.В. (1)

1) Люберцы МО, 2,3) Москва

1) Медицинский центр «Стомед», 2) РМАНПО,
3) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. Целью программы ускоренного выздоровления является комфортное и быстрое возвращение больного к обычной жизни за счет использования ряда мероприятий, осуществляемых до, во время и после операции. Материал и методы. В 2021 г. в центре «Стомед», г. Люберцы, оперированы 65 больных (43 мужчины, 22 женщины) с грыжами брюшной стенки. Средний возраст составил $48,9 \pm 14,8$ лет. У 31 больного была односторонняя паховая грыжа (одна рецидивная), у 5 – двусторонняя паховая, у 29 – срединные вентральные (из них у четырех послеоперационные) грыжи. В предоперационном периоде больных информировали о стационарном этапе лечения, корригировали сопутствующие заболевания. Последний прием твердой пищи разрешали за 6 часов до операции, механическую подготовку кишечника не проводили. Антибиотикопрофилактику осуществляли внутривенным введением Цефазолина 1,0 г за 30-60 минут до операции. Способ профилактики венозных тромбозных осложнений определяли по шкале Caprini. Предпочтение отдавали наименее инвазивной из операций. Так, 34 из 36 (94,4%) больных с паховой грыжей выполнили видеолaparоскопическую трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику (ТАРР) и только двоим – герниопластику по Лихтенштейну. Фиксировали имплант минимально возможным числом «такеров», дефект брюшины ушивали. Закрытие пупочной грыжи с диаметром грыжевых ворот менее 2 см у шести больных без факторов риска рецидива выполнили путём ушивания. При максимальном поперечном размере пупочных грыжевых ворот 2-4 см, наличии факторов риска рецидива грыжи или непереносимости пневмоперитонеума у 4 больных выполнили открытую IPOM-герниопластику с использованием композитного самораскрывающегося импланта. Видеолaparоскопическую IPOM или IPOM+ герниопластику с использованием композитного импланта применили у 17 больных с шириной грыжевых ворот W1-W2 по классификации

Европейского общества герниологов (у одного с одновременной резекцией кисты почки). Двум больным с послеоперационной грыжей, перенесшим множественные лапаротомии, выполнили ретромулярную герниопластику (одному с одновременной холецистэктомией). Назогастральный зонд, дренажи, мочевой катетер не использовали. В комбинированный эндотрахеальный наркоз включали препараты с коротким периодом полувыведения (Пропофол, Фентанил, Севофлуран). Объем интраоперационной инфузионной терапии не превышал 1600 мл. В конце операции внутривенно вводили 30 мг Кеторолака, 500-1000 мг Парацетамола и 4-8 мг Ондансетрона. Интраоперационно согревали больных. В раннем послеоперационном периоде продолжали обезболивание парацетамолом и НПВС в упреждающем режиме. Опиоидные анальгетики были использованы у 2 из 65 больных (3,1%). При отсутствии тошноты прием жидкости разрешали спустя 2 часа после окончания операции. Больного вертикализировали через 4-6 часов после операции, если боль была менее 4 баллов по визуальной аналоговой шкале. Дыхательная гимнастика с использованием побудительного спирометра позволила избежать респираторных осложнений. После комплексной оценки состояния, при согласии пациентов и достаточности перорального обезболивания неопиоидными препаратами больных выписывали. Коммуникацию с больными осуществляли в режиме 24/7. Результаты. Стационарное лечение длилось от 1 до 4 суток, в среднем $1,3 \pm 0,7$. Пациентов осматривали на 3-и и 7-8-е сутки после операции. Осложнения были в 2 наблюдениях. У больного с рецидивной пахово-мошоночной грыжей через 12 часов после операции ТАРР на фоне введения низкомолекулярного гепарина возникло кровотечение в «карман» брюшины. После релапароскопии, эвакуации гематомы наступило выздоровление. У больной с рецидивной послеоперационной грыжей после ретромулярной герниопластики на 3-и сутки после выписки обнаружено поверхностное нагноение раны. Местное лечение в амбулаторных условиях привело к выздоровлению. Заключение. Использование программы ускоренного выздоровления в герниологии возможно, безопасно, эффективно и может стать стандартом оказания хирургической помощи.

200. Интраоперационная тактика в связи с ранними послеоперационными осложнениями при лапароскопической герниопластике прямых паховых грыж

Енгенов Н.М., Плахотников И.А., Диденко М.В., Темниченко Д.П.

Донецк

ДОКТМО

Актуальность темы. Эндовидеохирургические способы лечения в наше время не вызывает сомнений среди хирургов, а в наше время и уже у пациентов. Это связано с эффективностью и безопасностью данной методики. Но остается много дискуссионных вопросов по технике и объему операции таких как способ фиксации протеза, возможность диссекции, или резекции грыжевого мешка, интраоперационным мерам по профилактике сером. В каждом случае хирург выбирает на свое усмотрение. Одним из послеоперационных осложнений является серома, которая несколько омрачает достоинства лапароскопической герниопластики в глазах некоторых коллег и пациентов, хоть и существенно не влияет на конечный результат в плане рецидивов. И по нашим наблюдениям чаще всего встречается при лапароскопической герниопластике прямых паховых грыж. Цель исследования. Разработка и применение различных интраоперационных технологических приемов с целью эффективного способа борьбы с серомами в раннем послеоперационном периоде при лапароскопической герниопластике прямых паховых грыж. Материал и методы. Проанализировано 45 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика по поводу прямой паховой грыжи на период с 2015 по 2021 гг. в ДОКТМО. Всем больным применялись протезы размером 10x15 см. производства «Линтекс». Больные были поделены на 2 группы. Основную группу составили 25 пациентов, которым выполнена лапароскопическая герниопластика по нашей предложенной методике. Остальные 20 пациентов по стандартной технологии. Суть операции заключается в том, что после выполнения с мобилизации париетальной брюшины и выделения грыжевого мешка, перед помещением протеза в преперитонеальное пространство, ассистент с помощью пальца осуществлял давление в проекции медиальной ямки со стороны передней брюшной стенки с тем, чтобы хирург мог достать дно

фасциального мешка. После чего дно фиксировали к связке Купера двумя скобами (спиралями), тем самым добиваясь редукции полости, где и накапливалась бы серома. Далее помещали протез в преперитонеальное пространство и фиксировали по стандартной технологии. При больших грыжевых мешках дополнительно сетка фиксировалась к фасциальному мешку. Структура полипропиленовой сетки позволяет четко визуализировать фиксируемые ткани достаточно четко. Результаты оценивались в раннем послеоперационном периоде. На 3 и 8 сут. всем больным проводилось контрольное УЗИ паховой области. Результаты и обсуждение. Среднее время операции в основной и контрольной группе существенно не различались и составило в среднем 40 мин. Сроки стационарного лечения в основной и контрольной группах различались незначительно: $7,0 \pm 0,6$ и $7,3 \pm 1,1$ койко-дня соответственно. Через 3-4 сут. после операции в группе больных, оперированных стандартным способом выявлено три серомы, последние ликвидированы пункционно под УЗИ контролем однократно. Шесть пациентов обратились через 14 дней, причем серомы были достаточно больших размеров с клиническими проявлениями и незначительным болевым синдромом. Всем пациентам серомы ликвидированы пункционно под УЗ-контролем 3-4-кратно с промежутком в 72 ч. В основной группе, где больные оперированы по предложенной технологии, осложнений подобного характера не наблюдались. Вывод. Полученные нами результаты свидетельствуют в пользу эндовидеохирургического способа лечения паховых грыж. Однако подобные операции при прямых грыжах в большинстве случаев сопровождаются образованием серомы, причиной которой является перерастянутая поперечная фасция пахового промежутка. Подобные осложнения увеличивают срок полной реабилитации пациентов и вызывают беспокойство и неудовлетворенность результатами операции. Рекомендации. Одним из способов профилактики сером может быть редукция фасциального мешка по предложенной нами технологии, т.е. фиксация его дна к связке Купера и при больших мешках также и к сетчатому протезу.

201. Пластика больших дефектов передней брюшной стенки у больных с ХОБЛ*Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Алиев Э.Х.Р.,
Одишелашвили Н.Г.*

Астрахань

ФБГОУ ВО "Астраханский ГМУ" Минздрава РФ

Актуальность. Выбор метода герниопластики больших дефектов передней брюшной стенки при наличии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) составляет одну из актуальных проблем в герниологии. Значительная часть больных с этой патологией - это лица пожилого и старческого возраста, поэтому разработка способов пластики больших дефектов должна идти в направлении сохранения или увеличения объема брюшной полости. Для решения этой проблемы активно внедряются новые методы пластики передней? брюшной? стенки, основанные на выполнении сепарации анатомических компонентов. Материалы и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 22 больных с послеоперационными вентральными грыжами, которым была выполнена сепарационная герниопластика по разработанному методу (Патент на изобретение №2341206). У всех больных анамнез был отягощен заболеваниями дыхательной системы - хронической обструктивной болезнью легких. Среди них ХОБЛ 1 степени был выставлен у 12 больных, а ХОБЛ 2 степени – у 8 больных. В группе исследуемых мужчин было 9, а женщин – 13. Практически весь контингент представлен курильщиками. Методы обследования: клинические и биохимические показатели крови, ЭКГ, ФГДС, спирография, КТ и УЗИ передней брюшной стенки и брюшной полости. Результаты. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с сопутствующей патологией, не наблюдалось. Из 22 больных КТ до и после операции нами было проведено у 18 больных. Объем брюшной полости у 8 пациентов увеличился, а в остальных случаях оставался неизменным. Тень сетчатого эндопротеза в положении, соответствующем объёму оперативного вмешательства. Патологических деформаций сетчатого эндопротеза не выявлено. Асимметрии в объёме и структуре прямых мышц живота не выявлено. Патологических объёмных образований, грыжевых выпячиваний, локального скопления жидкости не выявлено. При триплексное сканирование мышечных артерий (минимально до 0,9 мм в диаметре) не выявлено изменений в

анатомическом ходе артерии контралатеральных мышц. Скоростные и спектральные характеристики артериального кровотока без значимой асимметрии при исследовании коллатеральных мышц. Мышцы не имели признаков склерозирования. Осложнения развились у 2 больных, они были связаны с развитием серомы послеоперационной раны, которая разрешилась после проведения пункций самой раны. Летальных исходов не было. Средний послеоперационный койко-день составил $11,5 \pm 1,1$. Обсуждение. У всех пациентов в раннем и позднем послеоперационном периодах не отмечено уменьшение объема брюшной полости, что указывало на целесообразность выполнения разработанного способа герниопластики при ХОБЛ. Смоделированные футляры влагилиц прямых мышц живота полипропиленовой сеткой не оказывали деструктивного воздействия на прямые мышцы живота. Данный способ исключал натяжение тканей в зоне операции. Выводы. Данный способ герниопластики не приводит к уменьшению объема брюшной полости, что предотвращает развитие компартмент синдрома, этот факт очень важен при ХОБЛ. Рекомендации. Предложенный способ герниопластики в силу полученных положительных результатов может быть использован без предварительной подготовки у больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами в категории пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

202. Особенности ультразвуковой диагностики глубоких флегмон стопы у больных с синдромом диабетической стопы*Чумбуридзе И.П. (1,2), Штильман М.Ю. (1,3),
Хитарьян А.Г. (1,4), Ковалев С.А. (1,4),
Явруян О.А. (1), Зайцев П.П. (3), Малинин А.Ф. (3),
Еремин А.Е. (3), Щетинский К.К. (3),
Тихонов А.В. (3), Дуков С.А. (3)*

1,2) Ростов-на-Дону, 3) Батайск

- 1) Ростовский государственный медицинский университет, 2) МБУЗ ЦГБ г. Батайск,
- 3) ЧУЗ Клиническая больница РЖД–Медицина г. Ростов-на-Дону

Актуальность. В перечне осложнений сахарного диабета синдром диабетической стопы (СДС) занимает лидирующие позиции. СДС встречается в различной форме у 40-80% больных сахарным диабетом. В национальных рекомендациях в качестве дополнительных методов диагностики кроме рентгенологического исследования для полноты картины рекомендуется выполнение МРТ исследование. Однако в практическом здравоохранении данное исследование не всегда возможно выполнить, по различным причинам, в том числе в связи с отсутствием данного оборудования. При этом УЗИ доступно в любом медицинском учреждении и не требует особых экономических затрат. Цель исследования – оптимизация диагностической тактики больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы путем применения разработанного нами способа диагностики флегмоны стопы при СДС (патент РФ от 2016 г.). Материалы и методы. Нами, с целью выявления особенностей ультразвуковой картины, дополнительно проведено УЗИ 34 больных с СДС, без гнойно-некротических поражений стопы; 51 пациент с флегмоной глубокого срединного пространства (основная группа). А также дополнительно был проведен ретроспективный анализ лечения 39 больных, ранее находившихся на лечении в центре, которым УЗИ не выполнялось. Результаты. Проведя анализ УЗИ картины стопы у больных с СДС без гнойно-некротических поражений, нами установлено, что расстояние от основания II плюсневой кости, в месте пересечения второго продольного свода и поперечного свода стопы до плантарного апоневроза, было менее 2,5 мм. Данная точка установки датчика связано с проекцией срединного пространства стопы. Для больных с флегмоной глубокого пространства стопы было характерно, что расстояние от основания II плюсневой кости в месте пересечения второго продольного свода и поперечного свода стопы до плантарного апоневроза, более 2,5 мм. Данное расстояние имело место у всех 51 больного, включенных в основное исследование. При этом остальная УЗИ картина характеризовалась наличием различных признаков гнойного процесса. Для объективности мы провели исследование на контралатеральный стопе у данной категории больных. Расстояние от основания II плюсневой кости в месте пересечения второго продольного свода и поперечного свода стопы до плантарного апоневроза было менее 2,5 мм. У всех этих больных во время экстренного оперативного вмешательства было раскрыто глубокое срединное пространство. Дополнительных оперативных вмешательств, направленных на

раскрытие и дренирования, у данной группы больных не выполнялось. При ретроспективном анализе 39 больных, ранее находившихся на лечении в нашем центре, что у 23 больных 58,9% диагноз флегмоны глубокого срединного пространства был установлен только при тщательной ревизии во время оперативного вмешательства. Данное обстоятельство мы объясняем отсутствием явных клинических признаков поражения глубокого пространства стопы. При этом 11 больным (28,2%) диагноз флегмоны срединного пространства не был установлен во время экстренного оперативного вмешательства. Данное обстоятельство мы объясняем тем, что после «получения» гнойного отделяемого из раны дежурный хирург не выполнил адекватной ревизии. Данное обстоятельство потребовало дополнительного оперативного вмешательства. Выводы. Использование ультразвуковой диагностики при лечении больных с СДС, осложненным флегмоной глубокого срединного пространства, является простым, доступным в практическом здравоохранении методом. Своевременная диагностика данной патологии позволило однократно выполнить полноценное дренирование гнойного процесса и в более ранние сроки провести пластический этап лечения.

203. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни с нарушением проходимости внепеченочных желчных протоков

Гусев А.В.

Иваново

ОБУЗ ГКБ №7

Актуальность обусловлена распространенностью желчнокаменной болезни (ЖКБ), большим количеством операций при острых формах калькулезного холецистита, нередко сочетающихся с нарушением проходимости внепеченочных желчных протоков. В подобных ситуациях особенно важным является выбор максимально безопасной диагностической программы, позволяющей в кратчайшие сроки не только определить причину нарушенного желчеоттока, но выбрать

оптимальную лечебную тактику. Материал и методы. В хирургическом отделении ОБУЗ ГКБ №7 г. Иваново в 2021 году было госпитализировано 434 пациента с ЖКБ, выполнено 303 лапароскопических холецистэктомий. В 23,7% отмечено сочетание ЖКБ с желтухой как механической (МЖ), так и паренхиматозной. Полученные результаты. С дифференциальной целью при остром калькулезном холецистите было выполнено 60 ЭРХПГ при которых данных за МЖ не было выявлено. В 79 случаях потребовалось выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) для восстановления желчеоттока, в 8 случаях эндоскопическое ретроградное билиарное стентирование, в 16 случаях чрескожная чреспеченочная холангиостомия. В одном случае причиной МЖ при остром калькулезном холецистите был множественный холедохолитиаз (размеры конкрементов гепатикохоледоха более 1,5 см) на фоне синдрома Мириizzi. Пациенту был удален желчный пузырь и сформирован гепатиколеоаноанастомоз по Ру. Послеоперационные осложнения отмечены в 2 случаях: в 1 после попытки ЭРХПГ и ЭПСТ (1,3%), в 1 после ЛХЭ (0,3%). В первом случае при ЭПСТ во время «трудной» канюляции диагностировано повреждение задней стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК). Больная была оперирована в экстренном порядке: лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Керу, дуоденотомия, ушивание дефекта ДПК, дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости. Во втором случае после ЛХЭ, выполненной по поводу острого калькулезного флегмонозного инфильтративного холецистита с эмпиемой желчного пузыря, развился желчный перитонит, причиной которого явилась несостоятельность культы пузырного протока. Для коррекции данного осложнения была выполнена лапаротомия, дренирование холедоха, санация брюшной полости. Обсуждение. При остром калькулезном холецистите нарушение проходимости внепеченочных желчных протоков встречается до 23,7%. При этом в кратчайшие сроки необходимо выяснить причину желтухи и определить лечебную тактику. В соответствии с клиническими рекомендациями необходима ранняя лапароскопическая/ мини-лапаротомная холецистэктомия. В тоже время на неинвазивную диагностику причины желтухи (диагностическая эффективность транскутанного УЗИ, выполненного разными специалистами варьирует в широких пределах) в виде магнитнорезонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) тратится много времени, что неприемлемо с тактической

точки зрения. Это является основной причиной выполнения нами ЭРХПГ с диагностической целью, что идет «вразрез» с клиническими рекомендациями по механической желтухе. Выводы и рекомендации. Лечебная тактика при остром калькулезном холецистите, сочетающемся с желтухой, несмотря на имеющиеся клинические рекомендации, окончательно не решена. Мы считаем, что в экстренных ситуациях при отсутствии возможности выполнять в кратчайшие сроки МРХПГ, единственным высокоинформативным методом дифференциальной диагностики желтухи является ЭРХПГ. При этом, метод не является безопасным и осложнения встречаются по нашим данным в 1,3%.

204. Клиническая эффективность лапароскопических герниопластик с использованием имплантатов REPEREN IPOM при вентральных и пупочных грыжах

Алишихов Ш.А., Аджиева А.А., Богданов Д.Ю., Кумуков М.Б.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день разработано большое количество методик оперативного лечения грыж. Существующие современные методики герниопластик подразумевают не только устранение самого заболевания, но и решение таких вопросов, как сокращение длительности и интенсивности болевого синдрома после операции, уменьшение сроков госпитализации, быстрое возвращение пациента к социальной жизни, восстановление трудоспособности. Тем не менее, проблема осложнений после герниопластик вентральных и пупочных грыж с использованием сетчатых имплантатов остается актуальной и сейчас. Остаются дискуссионными вопросы адекватности выбора видов сетчатых имплантатов, их размеров, способы фиксации имплантатов. Одним из перспективных сетчатых имлантатов является REPEREN IPOM - двухслойный композитный имплантат с нерассасывающимся антиадгезивным слоем. Цель исследования. Изучить результаты

хирургического лечения больных с вентральными и пупочными грыжами, оперированных с использованием имплантата REPEREN IPOM. Материалы и методы. Было оперировано 70 пациентов с использованием имплантата REPEREN IPOM, из которых 61 (87,1%) - пациенты с вентральными грыжами, 9 (12,9%) пациентов с пупочными грыжами. Из них: 28 (40%) - мужчины, 42 (60%) - женщины. Критерием включения в исследование было наличие у пациента вентральной грыжи срединной или боковой локализации, наличие пупочной грыжи, при размерах грыжевых ворот до 5 см – S(m+1)W1R0. Все операции были выполнены лапароскопическим способом, имплантат фиксировался к передней брюшной стенке с помощью винтообразных тракеров. Послеоперационный период составлял 4-5 койко-дней. Пациентам выполнялось контрольное УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки в области интеграции имплантата через 1 и 6 месяцев. Результаты. Анализ клинических результатов в исследуемых группах выявил, что в 10 случаях (14,3%) по данным УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки были выявлены признаки серомы, объемом в среднем около 70 мл, в области интеграции имплантата, через 1 месяц после операции. Данным пациентам была выполнена пункция серомы под УЗ контролем. При повторном УЗИ данных пациентов через 6 месяцев у 2 пациентов (1,4%) вновь были выявлены признаки серомы в области интеграции имплантата, в связи с чем была повторно выполнена пункция. Данное осложнение наблюдалось у пациентов, у которых не выполнялось выделение грыжевого мешка. При УЗИ органов брюшной полости у оперированных пациентов, на сроке наблюдения 6 месяцев, нами не было выявлено изменений размеров имплантатов в сторону уменьшения последних, что могло бы свидетельствовать о биодеградации имплантатов, а также у пациентов не было выявлено признаков формирования спаечного процесса со стороны брюшной полости в области интеграции имплантата – изменения смещаемости или фиксации петель кишечника, образования тканевых рубцово-спаечных структур с органами брюшной полости. Случаев рецидивов и формирования хронического болевого синдрома по данным анализа результатов исследуемой группы не было зарегистрировано. Выводы. Методика лапароскопической герниопластики с использованием имплантатов REPEREN IPOM при вентральных и пупочных грыжах средних размеров продемонстрировала возможность получения результатов, соответствующих требованиям к современным герниопластикам. Такое осложнение

как серома в области интеграции имплантата напрямую связано с невыделением грыжевого мешка, что позволяет сделать вывод о необходимости коррекции оперативной техники герниопластики при применении данных имплантатов.

205. Пути снижения количества эксплоративных лапаротомий у пациентов с проникающими ранениями живота

Рогаль М.М., Ярцев П.А., Стинская Н.А.

Москва

НИИ СП Им Н.В. Склифосовского

Актуальность. Одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения во всех развитых странах – это снижение хирургической агрессии, то есть проблема выбора адекватных по инвазивности методов оперативного вмешательства для каждого конкретного пациента, а в ряде случаев и полный отказ от него. Как показывает практика, не все вмешательства из лапаротомного доступа при проникающих ранениях живота носят лечебный характер, также как не любое проникающее ранение сопровождается повреждением внутренних органов. Зачастую, боязнь хирурга пропустить жизнеугрожающие состояния при проникающих ранениях передней брюшной стенки, сомнительные результаты при проведении УЗИ, приводят к выполнению диагностических оперативных вмешательств, в ходе которых выявляется отсутствие ранений внутренних органов. Цель исследования. Снижение количества «напрасных» лапаротомий у пациентов с проникающими колото-резаными ранениями передней брюшной стенки. Материалы и методы. В исследование вошли 168 пациентов с проникающими колото-резаными ранениями передней брюшной стенки за 3 года (с 2019 по 2021 гг. включительно). Средний возраст пациентов 34,6 года. Мужчин – 137 (81,5 %), женщин – 31 (18,5 %). При поступлении пациент сразу направлялся в операционную, где проводился сбор анамнеза (если пациент в сознании), физикальный осмотр, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости. По

результатам обследований принималось решение о выборе той или иной тактики лечения пациента. При любых сомнениях хирурга выполнялась лапаротомия и/или лапароскопия. При выборе активно-выжидательной тактики (АВТ), в случае стабильной гемодинамики, отсутствии перитонеальных симптомов, общем удовлетворительном состоянии на момент поступления – после выполнения ПХО проводилось динамическое наблюдение, повторная инструментальная диагностика. Результаты. Из 168 пациентов у 110 (65,5%) из них оперативное вмешательство было выполнено из лапаротомного доступа. Среди выполненных лапаротомий за три года терапевтическими были 95 (86,4%), экзplorативными – 15 (13,6%). Диагностическая лапаротомия в 2019 году выполнялась 9 пациентам, в 2020 году 5 пациентам и в 2021 году 1 пациенту. АВТЛ за 2019 год применялась у 7 пациентов, за 2020 года у 9 пациентов и за 2021 год у 13 пациентов. Среди осложнений после проведенных лапаротомий: несостоятельность швов толстой кишки, нагноение послеоперационной раны, ранняя спаечная кишечная непроходимость, послеоперационный парез кишечника, постгеморрагическая анемия. У пациентов, к которым применялась АВТ, осложнений зафиксировано не было. Ни один пациент данной группы не нуждался в оперативном вмешательстве, ни в раннем – ни в отдаленном периоде травмы. Все пациенты данной группы были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии в краткие сроки. Средний день пребывания пациента в стационаре: для пациентов, оперированных из лапаротомного доступа – 15,7 койко-дней; для пациентов, которые велись по протоколу АВТ - 5,4 койко-дня. Выводы. Применение протокола АВТ с индивидуальным подходом к пациенту позволяет снизить количество напрасных лапаротомий и как следствие уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить койко-день у пациентов с проникающими колото-резаными ранениями передней брюшной стенки.

206. Применение методов заместительной почечной терапии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией Covid-19 после кардиохирургических операций

Бердников Г.А., Рей С.И., Макляева О.Г., Рябов Е.Б., Камбаров С.Ю., Селяев В.С.

Москва

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

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) остается распространенным и серьезным осложнением в кардиохирургии. Так же ОПП является проблемой для пациентов с новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV2 (COVID-19), сопровождается значительной летальностью, часто требует применение методов заместительной почечной терапии (ЗПТ). Цель нашей работы - представить данные по применению методов ЗПТ у пациентов после кардиохирургических вмешательств на фоне новой коронавирусной инфекции Covid-19. Материал и методы исследования. Обследованы 18 пациентов после экстренных кардиохирургических вмешательств на фоне Covid-19, находившихся на лечении в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» в 2021 г. Из них 17 мужчин (94%) и 1 женщина (6%). Средний возраст пациентов составил $42 \pm 11,2$ года, 16 пациентов (89%) переведены из других стационаров, им выполняли протезирование аортального, митрального или трикуспидального клапана, 2 (11%) больным выполняли операции при расслоении грудного отдела аорты. По данным мультиспиральной компьютерной томографии легких, степень тяжести пневмонии составила менее 25 % (КТ -1) у 12 (71%) пациентов, 25-50% (КТ-2) у 4 (24%) пациентов и 50-75% (КТ -3) – у 1 (5%) пациента. Длительность от начала заболевания COVID-19 до поступления в НИИ СП составила в среднем $11,8 \pm 8,2$ суток. ЗПТ потребовалась 8 пациентам (44,4%) по «почечным» и «внепочечным» показаниям. Проведено 16 процедур ЗПТ, из них продленных и продолжительных гемодиализаций было 9 процедур, продленных и продолжительных гемофильтраций -5. Методы ЗПТ выполняли на аппаратах «Aquarius» фирмы «Nikkiso», Япония и «MultiFiltrate» фирмы Fresenius Medical Care, Германия. Процедуры начинали на $4,3 \pm 4,2$ сутки от оперативного вмешательства, средняя длительность процедур составила 23 часа. Пациенты были разделены на группы с

применением ЗПТ-1 группа и без применения методов ЗПТ-2 группа Результаты. Выявлено, что пациенты 1 и 2 группы статистически значимо не различались по возрасту $43,7 \pm 8,9$ и $40,6 \pm 13,4$ лет, соответственно, полу, шкале оценки риска при кардиохирургических вмешательствах EuroSCORE $14,0 \pm 2,7$ и $13,6 \pm 2,6$ баллов, соответственно. Перед началом ЗПТ уровень креатинина не достоверно был выше в 1 группе и составил $134,3 \pm 66,4$ мкмоль/л, по сравнению со 2 группой $-104,2 \pm 66,6$ мкмоль/л, к 7 суткам различия становятся достоверными ($145,4 \pm 64,1$ и $85,9 \pm 30,0$ мкмоль/л, соответственно $p=0,03$). Так же, в 1 группе отмечается более высокий балл тяжести состояния пациентов по шкале Apache II ($14,6 \pm 3,2$ и $12,4 \pm 2,0$ балла, соответственно), уровень лактата $2,2 \pm 1,9$ и $1,4 \pm 0,6$ ммоль/л. соответственно, показателей системного воспаления: С-реактивного белка ($120,1 \pm 104,3$ и $97,3 \pm 51,0$ мг/л, соответственно), количество лейкоцитов ($13,2 \pm 7,18$ и $10,8 \pm 3,7$ * 10^9 /л, соответственно). Из факторов риска развития ОПП, связанных с кардиохирургическим вмешательством, у пациентов 1 группы отмечалась длительное пережатие аорты $97,3 \pm 50,5$ мин, по сравнению с пациентами 2 группы $78,0 \pm 32,9$, но различия были не достоверными $p=0,38$. У пациентов 1 группы дольше сохранялись проявления органной дисфункции, так длительность ИВЛ у пациентов 1 и 2 группы составило $7,1 \pm 11,4$ и $1,9 \pm 1,8$ суток, соответственно, длительность вазопрессорной поддержки $2,2 \pm 1,5$ и $1,9 \pm 1,8$ суток, соответственно. Они нуждались в более длительном нахождении в ОРИТ ($23,6 \pm 12,5$ и $10,3 \pm 6,5$ суток, соответственно $p=0,01$) и в стационаре $32,8 \pm 20,7$ и $16,5 \pm 5,6$ суток, соответственно $p=0,02$). Летальность составила 12,5% в 1 группе и 20% во 2 группе. Выводы. Развитие ОПП у пациентов после кардиохирургических вмешательств встречается в 7,5% случаев и сопровождается 22-47% летальностью. Новая коронавирусная инфекция Covid-19 значительно осложняет течение послеоперационного периода у этой категории больных, вызывая ОПП почти в 44% случаев и, соответственно, существенно увеличивая необходимость в применении методов ЗПТ, длительность ИВЛ, время нахождения в ОРИТ и стационаре, а также госпитальную летальность.

207. Комбинированная флебэктомия и традиционная операция Троянова-Тренделенбурга в лечении острого тромбоза

Мурасов Т.М., Тимербулатов М.В.

Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ №21

Цель исследования. Оценить показания и результаты хирургического лечения острого тромбоза с использованием комбинированной флебэктомии и классической операции Троянова-Тренделенбурга в период острого тромбоза. Материал и методы. За период с 2016 по 2020 год в отделении сосудистой хирургии ГКБ №21 получали лечение 244 пациента с диагнозом острого тромбоза подкожных вен нижних конечностей. Из них у 29 пациентов была выполнена флебэктомия ствола подкожной вены по Бэбкокку с иссечением притоков по Нарату, что составило 11,89% от общего количества пациентов. У 138 пациентов была выполнена классическая кроссэктомия большой или малой подкожной вены по Троянову-Тренделенбургу, что составило 56,56% от общего количества пациентов. При флотации в бедренную вену, операция дополнялась тромбэктомией из бедренной вены. Из 244 пациентов с острым тромбозом лиц мужского пола было 78 (31,96%), лиц женского пола было 166 (68,03%). Возраст пациентов колебался от 18 до 92 лет, в среднем составляя около 54 лет. В течение суток от момента начала заболевания было госпитализировано 10% пациентов, на 2-е сутки 72% пациентов и 8% пациентов с большим сроком от момента начала заболевания. В случае первичной кроссэктомии операция выполнялась в первые сутки госпитализации, в случае флебэктомии на 2-е сутки от момента госпитализации. Результаты. После обследования, проведенной консервативной терапии и краткой предоперационной подготовки всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство. Методом выбора являлась кроссэктомия тромбированной магистральной подкожной вены у 138 (56,56%) пациентов. У 29 пациентов (11,89%) была выполнена флебэктомия тромбированной подкожной вены. В случае 77 пациентов велась антикоагулянтная консервативная терапия с последующим плановым оперативным вмешательством с повторной госпитализацией. Для оценки результатов хирургического лечения пациентов разделили на 3 группы. I группу составили 29 пациентов (11,89%) больных, которым

выполнена флебэктомия ствола магистральной подкожной вены. Оценка по визуально-аналоговой шкале до операции была 7-8 баллов, в 1-е сутки после операции 2-3 балла. При выписке оценка составляла 1-2 балла. Осложнений не было ни в одном случае лечения. Средний койко-день — 3 суток. II группу составили 138 (56,56%) пациентов, которым выполнена кроссэктомия ствола магистральной подкожной вены. Оценка по визуально-аналоговой шкале до операции была 7-8 баллов, в 1-е сутки после операции 6-7 балла. При выписке оценка составляла 3-5 баллов. Осложнений не было ни в одном случае лечения. Средний койко-день — 4-5 суток. III группу составили 77 (31,56%) пациентов, которым выполнена флебэктомия ствола магистральной подкожной вены через 2-4 недели с момента тромбоза. Оценка по визуально-аналоговой шкале в период острого тромбоза составила 7-8 баллов. На 2-4 неделю непосредственно перед операцией 4-7 баллов, в 1-е сутки после операции 2-3 балла. При выписке оценка составляла 1-2 балла. Осложнений не было ни в одном случае лечения. Средний койко-день — 3-4 суток. Выводы. Методом выбора у больных острым тромбозом и имеющимся показанием к операции является первичная флебэктомия. В данном случае сокращается количество койко-дней в случае госпитализации. В случае необходимости сокращения сроков госпитализации возможна кроссэктомия. Метод первичной антикоагулянтной терапии, с последующим плановым лечением более затратен и удлиняет сроки решения данной проблемы. Но имеет место быть при имеющихся противопоказаниях к оперативному лечению в настоящий момент. Индивидуальный подход к оперативному лечению пациентов с острым тромбозом и сопутствующими патологиями позволит улучшить результаты хирургического лечения, а также избежать летального исхода и возможного прогрессирования заболевания у пациентов.

208. Выбор оптимального варианта хирургического вмешательства при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки

*Магомедов М.М., Хамидов М.А., Омаров М.Д.,
Магомедов М.А.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Цель. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с учетом современных возможностей малоинвазивной хирургии. Материал и методы. В исследование были включены 50 пациентов с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки в возрасте от 18 до 75 лет ($36,9 \pm 3,9$ года), из них 38 (76%) мужчин и 12 (24%) женщин. Риск летального исхода определяли с помощью прогностической шкалы J. Воеу, операционно-анестезиологический риск оценивали в соответствии с классификацией Американской ассоциации анестезиологов и Мангеймским перитонеальным индексом. Кроме того, проводили рентгенологическое и эндоскопическое исследование, уреазный дыхательный экспресс-тест на *H. pylori* и лапароскопию. Результаты. В проспективном рандомизированном исследовании приняли участие 50 пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, которые были случайным образом распределены в группу проведения лапароскопического вмешательства или открытой операции. В каждой группе было по 25 пациентов. Среднее время операции было меньше в группе лапароскопии: 58 мин. по сравнению с 55 мин. Потребность в послеоперационной анальгезии также была ниже у пациентов после лапароскопического вмешательства: 1 день по сравнению с 6 днями ($p < 0,05$). По количеству осложнений (0 против 6; $p < 0,05$) и количеству дней пребывания в стационаре (3 дня по сравнению с 8 днями) преимущество также было в группе лапароскопического вмешательства ($p < 0,05$). После малоинвазивной операции пациенты возвращались к нормальной деятельности уже через 5 дней, что в два раза быстрее, чем после традиционной операции (5 дней по сравнению с 10 днями; $p < 0,05$). Заключение. Наше исследование продемонстрировало преимущество лапароскопической операции как с точки зрения эффективности вмешательства, так и в отношении уровня послеоперационной morbidity, длительности вмешательства,

длительности госпитализации, потребности в обезболивающей терапии и частоты инфекционных осложнений. Кроме того, после лапароскопической операции пациенты быстрее возвращаются к обычной деятельности. Эта безопасная альтернатива открытой операции должна быть вариантом выбора, если у пациента нет противопоказаний к проведению лапароскопического вмешательства.

209. Опыт хирургического лечения кисты канала Нукка

Буриков М.А., Куликов А.Г., Тимофеева Т.В.

Ростов-на-Дону

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Актуальность. В настоящее время публикации, описывающие кисту канала Нукка, встречаются крайне мало, что может говорить о редкости заболевания. Это обстоятельство способствует недостаточной информированности не только хирургов, но и специалистов функциональной диагностики (УЗИ, МРТ, СКТ). Что в свою очередь ведет к некорректной или не своевременной диагностике заболевания и, как следствие, выбору неправильной тактики лечения, с увеличением сроков и ухудшением качества жизни пациенток. Рудиментарный перитонеальный мешок, который сопровождает круглую связку через паховой канал в область большой половой губы, носит название канала Нукка. Впервые описал это канал А. Nuck, голландский анатом: «непостоянное парное слепое выпячивание брюшины в направлении больших половых губ, аналогичное влагалищному отростку брюшины у мужчин». Как правило, в I триместре эмбриогенеза канал Нукка облитерируется, в противном случае его сохранение ассоциировано с развитием паховых грыж. Окклюзия канала на любом его участке может привести к формированию кисты, что аналогично образованию кисты семенного канатика у мужчин. По МКБ-10 – киста канала Нукка врожденная, кодируется как Q52.4 и относится к Другим врожденным аномалиям [пороки развития] женских половых органов. Пациентки предъявляют жалобы на наличие опухоли в паховой области, а при большом

размере в области большой половой губы. Иногда пациентки отмечают боль в этой области, усиливающуюся при натуживании или ходьбе. При осмотре в проекции наружного пахового кольца определяется опухолевидное образование плотнoэластичной консистенции, малоподвижное, иногда болезненное при пальпации, без признаков воспаления. В большинстве случаев хирургами выставляются диагнозы: паховая или бедренная грыжа (иногда ущемленная), липома, паховый лимфаденит, лимфома. В случае диагностирования воспалительных заболеваний хирургами назначаются антибактериальные и противовоспалительные препараты, что не дает никакого эффекта. При установлении диагноза грыжа, хирурги берут пациентку на операцию, но учитывая, что в ряде наблюдений отмечается эндометриоидное содержимое кисты, то во время операции необходимо соблюдение особых правил, исключающих возможное попадание содержимого в подкожно-жировую клетчатку. Также в литературе встречаются указания на возможное нахождение в полости кисты Нукка части маточной трубы или яичника. Решающим фактором в дифференциальной диагностике является результат дополнительного обследования — в основном УЗИ образования, когда можно увидеть анэхогенное аваскулярное образование с ровными наружными контурами и капсулой, имеющее свое начало в проекции наружного кольца пахового канала. Материал и методы. 1. Пациентка А, 29 лет, обратилась к хирургу с жалобами на болезненное выпячивание в паховой области справа. Данное выпячивание появилось больше года назад, постепенно увеличивалось в размере. Последний месяц стало сильно болеть. Ранее дважды обращалась к хирургам в других ЛПУ. Выставлялись диагнозы: паховый лимфаденит, назначалась антибактериальная терапия — без эффекта, и паховая грыжа, предлагалось оперативное лечение, от которого пациентка отказалась. При осмотре в паховой области справа определялось выпячивание, размером 5,0 x 2,5 x 2,0 см, упруго-эластической консистенции, не вправлялось в брюшную полость. Назначено дополнительное обследование. УЗИ мягких тканей: над лобковой костью справа, распространяясь выше над апоневрозом, определяется анэхогенное, аваскулярное образование 58 x 13 мм, с перегородками, возможно исходящее из круглой связки матки. После обследования установлен диагноз: Киста канала Нукка. Предложено хирургическое лечение. 2. Пациентка С., 31 года, обратилась к хирургу с жалобами на болезненное выпячивание в паховой области справа.

Выпячивание появилось около 6 месяцев назад, постепенно увеличивалось в размере. Во время месячных беспокоили боли в области образования. 2 месяца назад обращалась к хирургу другого ЛПУ. Установлен диагноз паховый лимфаденит. Проведен курс антибактериальной терапии. Образование не уменьшилось, боли усилились. При осмотре в паховой области справа определялось выпячивание, размером 2,0 x 2,0 x 1,5 см, упруго-эластической консистенции, не вправлялось в брюшную полость. Назначено дополнительное обследование. УЗИ мягких тканей паховой области: В проекции мягких тканей паховой области справа на глубине 4-5мм от поверхности кожи лоцируется овоидное анэхогенное аваскулярное образование размерами 26,0 x 13,5 x 21,5 мм с ровными наружными контурами, с капсулой до 1,0 мм, с признаками клиновидного выпячивания в проекцию наружного кольца пахового канала. После обследования установлен диагноз: Киста канала Нукка. Предложено хирургическое лечение. **Ход операции:** После обработки операционного поля линейным разрезом 5.0 см в правой паховой области послойно рассечены ткани до апоневроза, где выявлено кистозное образование круглой связки матки, выделено до устья. После обкладывания образования дополнительными салфетками киста вскрыта, содержимое светло-шоколадного цвета эвакуировано, исследование на наличие постороннего содержимого. Не обнаружено. Салфетки убраны. Перевязка с прошиванием, отсечение. Круглая связка матки фиксирована швами к лонному бугорку. Апоневроз ушит узловыми швами наглухо. Кожные швы на рану. Полученные результаты. Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. По длительности не превышали обычные паховые грыжепластики и составили 40 минут. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Швы сняты на 7 сутки, заживление первичным натяжением. **Исход:** Выздоровление. **Контрольный осмотр** через 1 и 3 месяца: жалоб не предъявляют, при осмотре послеоперационный рубец без признаков воспаления, образования нет. **Патологистологическое заключение (Пациентка А):** Стенка эндометриодной кисты представлена фиброзно-жировой тканью с полнокровием сосудов, очаговым отеком в строме. **Патологистологическое заключение (Пациентка С):** Стенка кисты без эпителиальной выстилки представлена фиброзной тканью, в ее толще хроническое воспаление, кровоизлияния, обилие гемосидерофагов, окружающая жировая клетчатка. **Обсуждение.** Зачастую хирургами выставляются некорректные диагнозы молодым женщинам и, как

следствие, необходимое оперативное лечение откладывается на неопределенный срок. Пациентки вынуждены находиться в состоянии стресса, в связи с неопределенностью заболевания, постоянными хождениями по врачам и бесконечными обследованиями. **Выводы.** 1. При постановке диагноза у молодых женщин с наличием образования в паховой области обязательно выполнять УЗИ. 2. При выполнении операции по поводу кисты канала Нукка соблюдать правила, направленные на предотвращение распространения эндометриодного содержимого в окружающие ткани и исключение повреждения маточной трубы или яичника, в случае отсечения круглой связки матки от лонного бугорка обязательно фиксировать ее обратно. **Рекомендации.** Необходимо продолжать активно делиться опытом лечения редких хирургических заболеваний в профессиональном сообществе.

210.Стриктуры билиодигестивных анастомозов, осложненные холангитом и билиарным сепсисом: тактика хирургического лечения в условиях многопрофильного стационара

*Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Попов Д.Н.,
Танцев А.О*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова,
НИИ Хирургии и неотложной медицины

Введение. Стриктуры билиодигестивных анастомозов (БДА) возникают в 10–30% случаев после выполнения реконструктивных оперативных вмешательств на желчевыводящих путях. На фоне данной патологии частота развития механической желтухи, холангита и билиарного сепсиса составляет до 10%. Несмотря на пристальное внимание к проблеме воспалительной патологии желчевыводящих путей, летальность у данной категории пациентов остается на достаточно высоком уровне. **Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов со стриктурами билиодигестивных анастомозов, осложненных острым холангитом и билиарным сепсисом. **Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 36 пациентов с рубцовыми

стриктурами билиодигестивных анастомозов, осложненными развитием острого холангита и билиарного сепсиса, госпитализированных в клинику НИИ хирургии и неотложной медицины в период с 2015 по 2021 годы. Всем пациентам выполнялись двухэтапные вмешательства. Все больные при поступлении были обследованы в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП), где проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, предоперационная подготовка. Диагнозы острого холангита и билиарного сепсиса устанавливались согласно разработанным критериям диагностики воспалительной патологии желчевыводящих путей, основанных на концепции Sepsis-3. Первым этапом с целью билиарной декомпрессии выполнялось чрескожное чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХД), вторым этапом - один из вариантов реконструкции БДА с транспеченочным каркасным дренированием. По результатам лечения были оценены следующие показатели: общее время операции, частота развития послеоперационных осложнений, летальность и длительность койко-дня. Статистический анализ полученных данных проводился в программе SPSS Statistics ver.23. Результаты. Диагноз острый холангит был установлен у 28 больных (77,8%), билиарный сепсис – у 8 (22,2%). Пациентам с холангитом билиарная декомпрессия выполнялась в течении 6 часов от момента поступления, больным с билиарным сепсисом не позднее чем через 2 часа. Всем пациентам на первом этапе было выполнено наружно-внутреннее ЧЧХД. По результатам нормализации лабораторных показателей и снижении уровня билирубина вторым этапом в плановом порядке выполнялась реконструкция билиодигестивного анастомоза с транспеченочным каркасным дренированием. У 3 пациентов (8,3%) по результатам предоперационного обследования выявлен надстриктурный холелитиаз, в связи с чем вторым этапом выполнено оперативное вмешательство в объёме разобщения БДА, интраоперационной холангиоскопии с литоэкстракцией, реконструкцией анастомоза на сменных транспеченочных каркасных дренажах. У 10 больных (27,8%) после ЧЧХД, вторым этапом было произведено малоинвазивное вмешательство в виде минилапаротомии, энтеротомии, проведении сменного транспеченочного каркасного дренажа, используя в качестве проводника установленный на первом этапе ЧЧХ дренаж. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 11,1% (4 пациента), у всех больных был установлен диагноз билиарного

сепсиса. Осложнения после первого этапа лечения развились у 2 пациентов (5,5%): в одном случае – подтекание желчи, и еще у одного пациента – острый деструктивный панкреатит. Средняя длительность пребывания в стационаре с учетом выполнения двух этапов оперативного лечения составила $20,1 \pm 8,6$ суток. Выводы. Пациентам с острым холангитом и билиарным сепсисом, развившимся на фоне стриктуры билиодигестивного анастомоза, показано лечение в условиях многопрофильного стационара, включающего в себя стационарное отделение скорой медицинской помощи, отделение интервенционной хирургии, эндоскопическое и хирургическое отделения. Наилучшие результаты лечения у данной категории больных отмечаются при использовании двухэтапного подхода: первым этапом – выполнение билиарной декомпрессии, вторым этапом – транспеченочное каркасное дренирование, при этом при наличии надстриктурного холелитиаза показано выполнение разобщения анастомоза и его реконструкция.

211. Выбор способа соединения грудины в эксперименте

Шнейдер В.Э. (1,2), Соколова В.В. (1), Низамов Ф.Х. (1), Янин Е.Л. (1,2), Мамедов Г.М. (1)

Тюмень

- 1) ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
- 2) ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №1"

Актуальность. В структуре заболеваемости населения на первом месте остаются заболевания сердечно-сосудистой системы. Оперативная активность кардиохирургов за последнее десятилетие возросла, ежегодно в мире проводится более миллиона операций на сердце. Стандартным доступом к органам средостения является срединная стернотомия. Послеоперационные осложнения после стернотомии, связанные с выбором метода фиксации, по разным источникам составляют 0,5-5,0%. Несмотря на многообразие видов соединения грудины нет универсального метода стернотомии. Цель исследования. Выбор наиболее надежного способа соединения грудины после срединной стернотомии для уменьшения в

послеоперационном периоде осложнений, связанных с доступом. Материалы и методы. Проведено два вида опытов по три серии на искусственной модели грудины, с имитацией срединной стернотомии. В первом опыте проверено 3 способа соединения грудины: одиночный узловый шов, 8-образный и z-образный швы двумя видами шовного материала - стальная проволока №7 и МедКапрон. Каждый из методов фиксации испытан на разрывной машине ИР-5047-50-10 до достижения показателей нагрузки, имитирующей кашлевой толчок в 20Н на 1 шов (A.R. Casha, L. Yang, 1999), и до полного разрыва с целью определения наибольшей устойчивости материала и способа формирования соединения грудины. Соответственно, на z-образный и 8-образный виды соединения применена сила воздействия в 40 Н. На обе половины грудины с помощью разрывной машины прилагалось усилие и данные о силе и смещении регистрировали с помощью специальной компьютерной программы. Для каждого вида соединения были получены кривые смещения. Оценивался диастаз, формирующийся при нагрузке, так как нестабильность грудины является одним из важных факторов риска послеоперационных осложнений, связанных с доступом. Вторая серия опытов проведена для выяснения эластичности материалов путем растяжения до 1 см между краями грудины с оценкой возвращения к исходному уровню. Результаты. В опыте с выявлением наиболее надежного метода соединения грудины после стернотомии получились следующие результаты. При наложении одиночного узлового шва диастаз грудины при использовании стальной проволоки составил 1 мм, при использовании z-образного соединения грудины стальной проволокой - 1,2 мм. При воздействии максимальной нагрузки на z-образный стальной шов происходило либо раскручивание шва, либо разрыв в месте перегиба проволоки. Наихудший результат показал 8-образный шов, при воздействии в 40 Н диастаз сформировался до 2,5 мм. Диастаз с использованием одиночного узлового шва и z-образного соединения из МедКапрона составил по 1,3 мм, 8-образного шва – 3,5 мм. В результате второго опыта оказалось, что когда к проволоке прикладывается усилие, она вначале подвергается деформации и растягивается обратимым образом (эластичная фаза). Если силу воздействия на витой проволоке продолжать постепенно увеличивать до диастаза в 1 см, она достигает точки, в которой происходит раскручивание (необратимые изменения) и вернуть его в исходное положение без вмешательства невозможно. При создании диастаза в 1 см при

наложении швов из МедКапрона соединение постепенно возвращается к исходному состоянию в течение 24 часов, то есть эластичная фаза больше, чем у стальной проволоки. Это свойство МедКапрона важно в послеоперационном периоде, когда при воздействии кашлевых толчков может образоваться диастаз. Но если вовремя устранить воздействие на грудину, то соединение примет исходное состояние. Выводы. 1. В эксперименте наилучший результат показал z-образный вид соединения грудины. 2. При выборе материала для стернотомии преимущество у МедКапрона, эластические свойства которого снижают вероятность возникновения нестабильности грудины.

212. Результат применения шкалы SYNTAX при остром коронарном синдроме

Соколова В.В., Торопов Е.Е., Кайдаулов А.Б., Хамидуллин Н.Р.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Основной причиной развития сердечной недостаточности является ишемическая болезнь сердца (ИБС), лечение которой подразумевает коронарную реперфузию. До сих пор актуальной, но не до конца решённой проблемой остаётся выбор тактики реваскуляризации миокарда. Чаще всего перед кардиохирургом стоит выбор между открытой операцией (АКШ) и эндоваскулярной баллонной ангиопластикой коронарных артерий (ЧКВ). Существует множество шкал, с помощью которых можно спрогнозировать риск осложнений после хирургического вмешательства и летальность в течение 6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда. Все шкалы имеют свои преимущества и недостатки. Нами была выбрана шкала SYNTAX SCORE, с помощью которой оценка тяжести состояния пациента производится на основе коронароангиографии (КАГ). Данная шкала имеет ряд преимуществ, так как учитывает индивидуальные особенности архитектоники коронарных артерий. Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с ОКС с помощью

шкалы SYNTAX SCORE. Материалы и методы. В исследование было включено 300 пациентов, которые находились на лечении в Тюменском кардиологическом центре за период с 2018 по 2020 годы. Отбор пациентов производился по следующим критериям: давность начала симптомов ОКС ? 6 часов, проведение КАГ в течение первых 6 часов от начала симптомов, возможность провести анализ историй болезни пациентов ретроспективно, добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В ходе исследования пациенты были разделены на три группы (низкий, средний и высокий риск) в зависимости от выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий, которое оценивалось в баллах при помощи шкалы SYNTAX SCORE. Результаты. В исследование вошли 300 пациентов- 208 мужчин (69,3 %) и 92 женщины – 30,7 %. Пациенты возрастной группы 18-30 лет составили 10 % (30 пациентов), 31-45 лет – 72 пациента (24 %), 46-60 лет – 79 (28,1%) и старше 60 лет – 119 пациентов (39,8 %). У всех пациентов была проведена оценка КАГ по шкале SYNTAX SCORE. Чтобы оценить влияние выраженности коронарного атеросклероза на исходы реваскуляризации миокарда, пациенты были исследованы через 12 месяцев наблюдения. Учитывались неблагоприятные сердечно – сосудистые события, такие как повторный инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация коронарных артерий, отёк лёгких, кардиогенный шок. В группе пациентов с риском >22 баллов по шкале SYNTAX частота осложнений составила 55% (93 случая). Из них отёк лёгких составил 19 (20,4%) случаев, кардиогенный шок – 28 (30,1%), фибрилляция желудочков – 46 (49,5%) случаев. В 75 (44,3%) случаях пациентам с риском >22 баллов по шкале SYNTAX потребовалась повторная незапланированная реваскуляризация миокарда. Среди лиц с риском >22 баллов по шкале SYNTAX, которым удалось провести ЧКВ, повторный инфаркт миокарда в течение 12 месяцев наблюдения зафиксирован в 32 (18,9%) случаях, умерло 19 (11,2%) пациентов. АКШ проведено 36 (21,3%) пациентам с высоким риском по шкале SYNTAX SCORE (>22 баллов). Частота осложнений у пациентов высокого риска после коронарного шунтирования составила 8 (22,2%) случаев. Среди них фибрилляция желудочков у 3 пациентов (37,5%), отёк лёгких (3 пациента), повторный инфаркт миокарда (2 пациента). За период наблюдения в течение года смертей в данной группе не было. Вывод. Шкала SYNTAX SCORE может быть использована для оценки тяжести состояния пациента с ОКС. В зависимости от риска по шкале

может определяться тактика реперфузии миокарда у пациентов.

213. Пути снижения факторов возникновения первичного рака культи желудка (К 100-летию сообщения Balfour 1922 г. о первичном раке культи желудка)

Гринцов А.Г. (1), Совпель О.В. (1), Воронов Н.В. (2), Ахрамеев В.Б. (1), Матийцев А.Б. (1)

1) Донецк, ДНР, 2) Симферополь, Крым

1) ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
2) Институт «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского» структурного подразделения Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского

Введение. Первичный рак культи желудка после резекции по поводу язвенной болезни встречается довольно редко (3-5%). С момента описания Balfour в 1922 г. клинического случая первичного рака культи желудка после ранее выполненной резекции по поводу язвенной болезни возникла необходимость поиска и разработки оптимальных способов создания анастомозов, препятствующих забросу дуоденального содержимого в культю резецированного желудка, что является основной причиной развития первичного рака культи желудка. Цель. Определить оптимальные способы резекции желудка и формирования анастомозов, отвечающие требованиям, предупреждающим заброс дуоденального содержимого в культю резецированного желудка. Материалы и методы. Проанализированы ранее оперированные 863 больных за период 1975-2005 гг. По выполненным способам резекции желудка больные распределились следующим образом: резекция желудка по Maingot с Braun соустьем и обработкой культи 12-перстной кишки по Wilmans – 85 больных, по Hacker с Braun соустьем – 88 больных, Y-образный впереди ободочный конце-концевой по Ruydygier – 93 больных, по Balfour с Braun соустьем – 86 больных, по Бильрот-2 на короткой петле – 91 больной, по Бильрот-1 – 381 больной, конце-концевой еюногастроанастомоз по Захарову А.Е. Используются методы диагностики: УЗИ,

рентгенография желудка и 12-перстной кишки, компьютерная томография, РН-метрия, морфологические исследования. Результаты и их обсуждения. Показанием для Бильрот-1 явилась хроническая каллезная язва желудка. С аналогичными показаниями применена методика Захарова. При наличии язвенной болезни 12-перстной кишки выполнялись способы Бильрот-2 на короткой петле, Balfour, Maingot, Hacker, Rydygier с Braun соустьем. При наличии язвенного инфильтрата 12-перстной кишки при закрытии культи использовали надпривратниковую резекцию с иссечением слизистой антрального отдела по Wilms. За период 1990-2021 гг. поступило 21 больных, оперированных с 1975 по 2005 гг. по поводу язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки. После резекции по Б-1 – 6 больных, после Б-2 на короткой петле – 3 больных. Остальные 13 больных, поступившие с ПРКЖ, ранее оперировались в эти же сроки в других лечебных учреждениях. После резекции по Б-1 – 4, после резекции по Б-2 на короткой петле – 5 больных и 4 по Гофмейстеру-Финстереру. Анализируя избранные способы резекции, установлено, что ПРКЖ возникает у лиц, которым произведена субтотальная резекция желудка по Б-1 и Б-2 на короткой петле, что обусловлено рефлюксом из 12-перстной кишки при Б-1 и из приводящей по Б-2 на короткой петле. Считаем более целесообразным при формировании анастомозов по типу Б-2 проведение тонкой кишки впередиободочно, что является технически не сложным, а в случае возникновения таких осложнений, как тонко-толсто желудочный свищ, первичный рак культи желудка или же рак поперечно-ободочной кишки, выполнение оперативных вмешательств будет менее травматичным. В этой связи особое внимание заслуживает способ Rydygier, который исключает заброс дуоденального содержимого в культию, благодаря формированию концебокового энтероанастомоза и впередиободочного конце-концевого желудочно-тонкокишечного анастомоза. При выполнении резекции по Б-1 оправданным является способ еюногастропластики по Захарову А.Е. Выводы. При выборе способа резекции у больных с язвенной болезнью необходимо отдавать предпочтение модификациям формирования анастомозов, предотвращающим рефлюкс дуоденального содержимого в культию желудка.

214. Каротидная параганглиома

Гринцов А.Г. (1), Пилюгин Г.Г. (1), Молчанов В.И. (2),
Гринцов Г.А. (1)

1) Донецк, ДНР, 2) Симферополь, Крым

1) ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
2) Институт «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского» структурного подразделения Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского

Введение. Каротидная параганглиома (хемодектома) встречается крайне редко – до 2 случаев на 100000 населения, со стертыми клиническими проявлениями, зачастую обнаруживается случайно самим пациентом или же при исследовании щитовидной железы. Диагностика хемодектом затруднительна, в связи с чем после исследования УЗИ необходимо назначать компьютерную томографию. Материал и методы. Из общего количества прооперированных больных по поводу доброкачественных заболеваний области шеи (1500 больных), включая заболевания щитовидной, паращитовидной желез, новообразования слюнных желез, лимфатических узлов, срединных и боковых кист шеи, каротидная параганглиома встретилась у 3 женщин (0,2%). Возраст больных 28,32,37 лет. Первые две больные никаких жалоб не предъявляли. Обратились на консультацию в связи с обнаружением новообразования на шее самостоятельно. Больная 37 лет была направлена на консультацию после исследования УЗИ щитовидной железы. Особенностью анамнеза заболевания была юношеская злокачественная гипертония, в связи с чем длительно получала гипотензивную терапию, которая имела зачастую временный эффект. Терапевтом заподозрено гормонопродуцирующее новообразование, что подтвердилось на УЗИ исследовании. Кроме повышенного артериального давления больная жаловалась на головные боли, сердцебиение, а в летний период кратковременную потерю сознания. С целью уточнения диагноза всем больным назначалась компьютерная томография, которая подтвердила предположительный диагноз каротидной хемодектомы на основании обнаружения новообразования от 2 см до 2,5 см в зоне каротидного тельца несколько ближе к наружной сонной артерии. Данные новообразования классифицировались как II степень параганглиомы. Результаты и обсуждение. Все больные оперированы под эндотрахеальным

наркозом. У 2 больных новообразование располагались в зоне отхождения правой сонной артерии размерами до 2 см на ? огибая последнюю. Интраоперационная ситуация у обоих была аналогичной: новообразования были ограничено подвижные, истинного прорастания в стенку артерии не обнаружено. В связи с обильным кровоснабжением мелкими сосудами и близостью артерии и блуждающего, подъязычного, языкоглоточного нервов нами использована гидропрепаровка 0,25% новокаина, после чего поэтапно сосудистая ножка пережата и перевязана. Биполярную коагуляцию в данной интраоперационной ситуации целесообразно избегать. После удаления новообразования прослеживаются в ложе блуждающий нерв, подъязычный и языкоглоточный нервы. Морфологические исследования: каротидная хемотомия. У больной 37 лет операция имела свои особенности в связи с наличием гормонпродуцирующей (катехоламин продуцирующей) хемотомии. Технические особенности оперативного вмешательства были сложнее в связи с более широким расположением вокруг артерии. Не менее важным явилось проведение наркоза и выведение больной из него, так как после удаления новообразования зарегистрирована гипотония, которую удалось скорректировать кратковременными гипотензивными препаратами. Окончательный диагноз: катехоламинпродуцирующая каротидная хемотомия. Отдаленный результат у всех троих больных изучен через 1,6,12 месяцев – жалоб не предъявляли, при УЗИ исследования дополнительных новообразований в зоне каротидной развилки не обнаружено. Выводы. При подозрении каротидной параганглиомы показано УЗИ, КТ исследования. Наличие злокачественной гипертензии у больных молодого возраста нацеливает на исключение каротидной параганглиомы.

215. Способ диагностики стабильности фиксации и диастаза грудины после срединной стернотомии

Чарышкин А.Л. (1), Гурьянов А. А. (1,2)

Ульяновск

1) ФГБУ ВО Ульяновский государственный университет, 2)ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница

Актуальность. Распространенными осложнениями срединной стернотомии являются: стерральная дегисценция, гнойно-воспалительные осложнения, диастазы грудины. Для диагностики стабильности фиксации и диастаза грудины после срединной стернотомии используется компьютерная томография, которую трудно выполнить у тяжелобольных, невозможно часто повторять исследование и невозможно сочетать с функциональными пробами. Цель исследования. Разработать способ диагностики стабильности фиксации и диастаза грудины после срединной стернотомии, позволяющий быстро и максимально просто выявить диастазы грудины в раннем послеоперационном периоде, даже у тяжелобольных, обладающий возможностью частого повторения исследования и сочетания с функциональными пробами. Материалы и методы. С 2015 г. по 2020 г. в отделении кардиохирургии ГУЗ УОКБ г. Ульяновска у 41 пациента после срединной стернотомии в послеоперационном периоде были гнойно-воспалительные осложнения. Для определения состоятельности вторичных стерральных швов был разработан способ (патент РФ № 2760623, авторы: Чарышкин А.Л., Гурьянов А.А.). При измерении угла в области яремной вырезки выставляются три точки. Места постановки точек определяются визуально и пальпаторно. Две точки устанавливаются в максимально удаленных участках яремной вырезки, образованных краями правой и левой ключиц, а третья точка в центре яремной вырезки. Три точки соединяются прямыми линиями. Вершиной измеряемого угла является точка в центре яремной вырезки. При измерении угла в области мечевидного отростка две точки отмечаются по краям реберных дуг, кривизна основания реберных дуг позволяет провести две прямые линии, точка их пересечения является третьей точкой – вершиной измеряемого угла. Постановка ориентировочных точек и измерение углов выполняется на момент максимального выдоха. После выполнения остеосинтеза грудины пациенту выполняется измерение углов. Ежедневно после операции выполняются повторные

измерения углов для контроля возможного диастаза. Увеличение углов свидетельствует о патологической подвижности грудины. Так при диастазе створок в 10 мм, углы увеличиваются на 15–20 градусов. Всем пациентам принимавшим участие в исследовании проводилось измерение выше указанных анатомических углов. Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $59,7 \pm 7,7$ лет. У 25 (60,9%) пациентов инфекционный процесс был ограничен мягкими тканями, распространения инфекции на ретростернальное пространство не было. У 16 (39,1%) пациентов при повторном измерении углов на 4-5 сутки после операции угол в области яремной вырезки в момент выдоха увеличился на 100 и более градусов, в области мечевидного отростка увеличение на 150 и более градусов, выполнена ревизия раны. При ревизии раны у всех 16 (39,1%) пациентов выявлена несостоятельность стернальных швов. В дальнейшем рана велась открыто с использованием вакуумной системы и промыванием полости раны растворами антисептиков. При очищении раны выполнен реостеосинтез грудины и повторное ушивание мягких тканей. Выводы. Предложенный способ диагностики стабильности фиксации и диастаза грудины после срединной стернотомии, позволяет быстро и максимально просто выявить диастаз грудины в раннем послеоперационном периоде, даже у тяжелобольных, обладает возможностью частого повторения исследования и сочетания с функциональными пробами.

216. Опыт использования лазерной вапоризации в лечении сочетанной патологии анального канала - хронический геморрой и анальная трещина

*Матвеев И.А. Гиберт Б.К., Бородин Н.А.,
Зайцев Е.Ю., Поварнин Н.Н., Нерсесян К.С.,
Абасова Ж.А.*

Тюмень

ФГБОУ ВО "Тюменский государственный
медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Геморрой является одним из широко распространенных заболеваний взрослого населения. Установлено, что у людей старше 40 лет симптомы геморроя обнаруживаются в 60–70%

случаев. В 25% при этом наблюдается сочетанная патология анального канала - сочетание геморроя с анальной трещиной. Данная комбинация существенно снижает качество жизни пациентов и может являться причиной временной нетрудоспособности. К настоящему времени накопилось значительное количество информации о тактике лечения изолированно протекающих заболеваний анального канала. Однако подходы к лечению сочетанной патологии остаются недостаточно изученными. Материал и методы. В период с июня 2018 г. по апрель 2021 г. выполнено 495 вмешательств, из них у 178 (35,9%) больных была сочетанная патология анального канала. У 137 пациентов (76,9%) зарегистрировано сочетание хронического геморроя и анальной трещины. Вмешательства выполнялись на аппарате Лахта-Милон с длиной волны 1500 нм в амбулаторных условиях под местной анестезией. Оперативное вмешательство выполнялось методом лазерной вапоризации геморроидальных узлов и лазерной деструкции рубцовых краев трещины с деструкцией или иссечением сторожевых бугорков. Производилась оценка длительности операции, продолжительности и интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так же были изучены отдаленные результаты – частота рецидивов и факторы риска возврата заболевания. Полученные результаты. Средний возраст пациентов с сочетанной патологией анального канала составил 43 года. Длительность заболевания к моменту обращения составила 9,5 лет. Средняя продолжительность операции составила $19,1 \pm 3,0$ минут. В послеоперационном периоде проводилась оценка болевого синдрома по шкале ВАШ - средний балл составил $2,7 \pm 0,6$, а также продолжительность болевого синдрома - $6,8 \pm 2,3$ суток. Рецидив трещины возник у 11% пациентов. Выводы. Доля пациентов с сочетанной патологией анального канала составляет 35,9% от общего числа пациентов с заболеваниями анального канала. В данной группе превалирует сочетание хронического геморроя и анальной трещины - 76,9%. Выполнение лазерной вапоризации, как менее травматичного вмешательства, не исключает рецидива анальной трещины, который произошел у 15 (11%) больных. Риск рецидива анальной трещины в послеоперационном периоде ассоциирован с длительно сохраняющимся болевым синдромом в послеоперационном периоде, в группе пациентов с неудовлетворительным результатом лечения боли сохранялись $8,6 \pm 2,2$ суток, в группе с хорошими результатами $6,5 \pm 2,1$ суток ($p=0,005$). Другим фактором риска рецидива анальной трещины после сочетанных вмешательств на анальном канале

являлось нарушение кишечного пассажа в виде запоров и неустойчивого стула, в группе больных с рецидивом трещины доля таких пациентов была достоверно выше, чем в группе с хорошими результатами 9 (60%) и 25 (20,5%) ($p=0,021$)

217. Дискуссионные вопросы антибиотикотерапии у больных, страдающих неосложненной формой острого дивертикулита левой половины ободочной кишки

Матийцев А.Б., Ахрамеев В.Б., Ляликов С.С.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

Актуальность. В последнее десятилетие распространенность острого дивертикулита (ОД) левой половины ободочной кишки составляет от 5% среди лиц в возрасте до 40 лет с ростом этого показателя до 65% среди лиц в возрасте 70 лет и старше, особенно среди населения промышленно развитых стран. Традиционная общепринятая комплексная терапия неосложненного ОД левой половины ободочной кишки включает антибиотики, покой для кишечника, спазмолитические и противовоспалительные препараты. Вместе с тем, основанные на фактических данных рекомендации американских и европейских гастроэнтерологов по управлению ОД часто противоречивы не только в вопросах классификации, методах диагностической визуализации, но и обоснованности применения антибиотиков. Цель. Оценить эффективность консервативной терапии острого неосложненного дивертикулита левой половины ободочной кишки без антибиотиков в сравнении со стандартным лечением, включающем антибиотики. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 286 больных, страдающих неосложненным ОД левой половины ободочной кишки, которые были разделены на две группы: I (основная) – 214 пациентов получали антибиотикотерапию, II (сравнение) – 74, у которых в комплексном лечении отсутствовали антибиотики. В работе использовались общеклинические, биохимические методы исследования, а визуализация выполнялась путем КТ органов брюшной полости. Результаты и их

обсуждение. Ретроспективный анализ лечения 286 больных, страдающих неосложненной формой ОД установил следующее. Основным показанием к госпитализации явилась боль в левой половине живота по ходу ободочной кишки. Возраст больных колебался от 42 до 75 лет. Соотношение веса к росту² (ИМТ) у большинства пациентов 261 (90,26%) превышало 30. При пальпации локально отмечалось мышечное напряжение, которое у 141 (49,31%) больных сопровождалось запорами, а у 68 (23,78%) имел место частый жидкий стул (2-3 раза в сутки), причем у 121 (42,31%) сопровождалось повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Следует отметить, что данная клиническая картина была впервые у 52 (18,18%) больных, тогда как у 234 (81,82%) – два и более раз. Время от момента появления боли до госпитализации в среднем составило $3,7 \pm 1,4$ дня. Показанием к назначению антибиотиков явилось субфебрильная температурная реакция в течение двух и более суток до поступления в стационар либо рецидив заболевания (2 и более раз в течение последнего года). В основной группе на фоне проводимой антибиотикотерапии через 48 часов практически у всех больных 206 (96,26%) нормализовалась температура тела, тогда как у 8 (3,74%) сохранялся субфебрилитет до 5-6 дней, а пальпаторно определялся инфильтрат, который был рентгенологически подтвержден. В группе сравнения, на фоне проводимой терапии, болевой синдром стих к концу вторых суток у большинства 71 (95,77%) пациентов, вместе с тем у 3 (4,23%) сохранялось напряжение и болезненность по ходу ободочной кишки, которые сопровождалась повышением температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, а величина СНЛ выросла до 4,1. На контрольной КТ органов брюшной полости определялись параколические инфильтраты размером до 15 мм, что послужило назначением антибиотиков. Среднее пребывание больных I группы в отделении составило $6,6 \pm 2,4$, тогда как II – $4,2 \pm 1,7$. Сроки пребывания пациентов I группы незначительно больше по сравнению со II, что связано, по-видимому, с продолжительностью традиционной антибиотикотерапии до 7-10 дней. При анализе течения заболевания имело место обострение в течение года у 31 (14,49%) больных I группы и 11 (14,86%) II группы. Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что лечение неосложненного острого дивертикулита левой половины ободочной кишки без применения антибиотиков возможно и эффективно (не влияет на сроки пребывания в стационаре и не приводят к значительному снижению рецидива заболевания в течение года). Доказано, что назначение антибиотиков целесообразно у пациентов с

ИМТ>35, в возрасте <50, при соотношении нейтрофилов к лимфоцитам более 3,3.

218. Особенности лечения острого калькулезного холецистита в сочетании с холедохолитиазом

*Магомедов А.Г., Омаров К.Х., Магомедов М.Г.,
Абдулжалилов М.Р.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Актуальность. К сожалению, несмотря на проводимую профилактическую работу, довольно часто развивается острая хирургическая патология на фоне желчнокаменной болезни (ЖКБ). Одна из таких патологий – острый калькулезный холецистит (ОКХ) в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой, которая требует безотлагательного лечения в хирургических стационарах. И ОКХ, и холедохолитиаз с желтухой являются безотлагательными состояниями, и какую выбрать тактику лечения данных пациентов не всегда ясно. С учетом наличия в структуре Республиканской клинической больницы (ГБУ РД «РКБ») г. Махачкала отделения гибкой эндоскопии и отделения общей хирургии, пациенты с вышеуказанной патологией поступают в хирургический стационар, где проводится лечение совместно с эндоскопистами. Цель исследования. Изучить особенности течения ОКХ у пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой, отдаленные результаты различных методов лечения. Материалы и методы. Проанализировав лечение 35 пациентов с ОКХ в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой, пролечившихся в отделении общей хирургии ГБУ РД «РКБ» за 2021 гг., нами установлены правила и оптимальные сроки оперативного вмешательства при данной патологии. Во время обострения воспаления и возникновения желтухи развиваются значительные изменения в гомеостазе, обменных процессах, что нередко приводит к ухудшению общего состояния и печеночной недостаточности, что значительно усугубляет состояние пациента. Нередко данное состояние возникает первично и сразу с яркой картиной механической желтухи и

пациенты оказываются ранее не обследованными. В литературе нет четких указаний что последовательно предпринимать при сочетании острого холецистита с холедохолитиазом и желтухой, что толкнуло нас разработать тактику безотлагательного лечения данного контингента пациентов. Тактика лечения: под общим обезболиванием первым этапом проводилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией из холедоха, санацией холедоха и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (РХПГ). При отсутствии противопоказаний для продолжения операции и наркоза, сразу проводилась лапароскопическая холецистэктомия (предпочтение отдавалось лапароскопическим вмешательствам при наличии необходимого свободного пространства в брюшной полости для манипуляций). В редких случаях (3 случая), ввиду невозможности проведения ЭПСТ и литоэкстракции из холедоха, сразу проведена лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха. При тяжелых случаях течения заболевания, высоком риске для больного в продолжении операции, после ЭПСТ и литоэкстракции из холедоха, проводилось пункционное дренирование желчного пузыря под УЗИ контролем, и второй этап – холецистэктомия переносился на определенное время, до стихания явлений желтухи и печеночной недостаточности. Результаты. После совмещения ЭПСТ и лапароскопической холецистэктомии значительно сокращаются сроки, нет необходимости в проведении двух наркозов, швы на раны накладывались внутрикожные, нити рассасывающиеся (биосин разм 4), что не требовало дальнейшего ухода за ранами. Значимого влияния на нарастание печеночной недостаточности данный вид вмешательства не имело. Выводы. Надо учитывать, что проведение одномоментно лапароскопического вмешательства у пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой возможно только при успешном проведении ЭПСТ и литоэкстракции и устранении блока холедоха. Преимуществом объединения этих двух вмешательств явилось то, что все проводится под одним наркозом, сокращаются сроки пребывания пациента в стационаре и длительность течения самой болезни.

219. Опыт применения миниинвазивных вмешательств в лечении механической желтухи опухолевого генеза

Алексейцев А.В., Нишневич Е.В.

Екатеринбург

1) ГАУЗ СО "ГКБ№40" г. Екатеринбург, 2) УГМУ

Актуальность. Количество пациентов с механической желтухой, обусловленной опухолевой обструкцией желчевыводящих путей, неуклонно растёт. В соответствии с рекомендациями мировой литературы, наиболее предпочтительными для лечения пациентов данной категории являются миниинвазивные вмешательства. Популяризация данных методик, обмен опытом и обсуждение спорных вопросов по представленной проблеме является актуальной темой. Материалы и методы. Представлен 5-летний опыт (2017-2021гг) лечения 315 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза на базе ГАУЗ СО ГКБ№40 г. Екатеринбург. Общая характеристика пациентов: средний возраст составил $68 \pm 5,4$ лет. Женщин – 145(45%), мужчин – 174 (55%). По локализации опухолевого процесса: поджелудочная железа – 189(60%), БСДК – 19(6%), общий желчный проток – 35(11%), желчный пузырь – 25 (8%), метастатический процесс в области гепатодуоденальной связки – 19(6%), опухоль Клацкина – 28(9%) пациентов. Общее количество пациентов с дистальным билиарным блоком – 252(80%), с проксимальным – 63(20%). В качестве миниинвазивных способов билиарной декомпрессии использовались эндоскопические транспапиллярные методики – у 209(66%) пациентов, антеградные чрескожные вмешательства – у 85(27%), у 21(7%) пациентов потребовалось комбинирование двух представленных методик. Эндоскопические вмешательства выполнялись с использованием видеодуоденоскопа Olympus TJF-Q180. Чрескожные чреспечёночные вмешательства выполнялись с использованием рентгенологической или комбинированной с ультрасонографической навигацией. Результаты. Эндоскопическое ретроградное стентирование выполнено – 204(65%) пациентам. Из них – 150(74%) пластиковыми, 54(26%) – нитиновыми саморасширяющимися стентами. У 85(42%) пациентов в последующем потребовалась переустановка стентов. Количество переустановок стентов от 1 до 8 (в среднем 2,8) раз. Чрескожная чреспечёночная холангиостомия выполнена – 106(34%) пациентам. Из них

однокатетерное дренирование – у 91(86%), билатеральное дренирование – у 15(14%) пациентов. У 14(4%) пациентов потребовалась конверсия способа билиарного дренирования на антеградный в связи с неэффективностью эндоскопических ретроградных методик. У 8(2,5%) пациентов выполнено ретроградное эндоскопическое дренирование в связи с неэффективностью чрескожных методик. Выводы: 1. Миниинвазивные методы позволяют обеспечить адекватное билиарное дренирование при механической желтухе опухолевого генеза. 2. Ретроградные эндоскопические и антеградные чрескожные методики являются взаимозаменяемыми и должны использоваться комбинированно.

220. Виды осложнений заживления раны после операций по поводу грыжи живота и их профилактика

Антонюк С.М., Ахрамеев В.В.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

Целью исследования является изучение структуры осложнений герниопластики, а также способов их профилактики. Проанализированы результаты лечения 215 больных с грыжей живота за период 2005-2020 гг. мужчин было 145, возраст пациентов колебался от 20 до 72 лет. При лечении первичной паховой грыжи применяли способ Лихтенштейна, бедренной грыжи – операцию Бассини, пупочной грыжи и грыжи белой линии живота – способы Салезко и Мейо. Для устранения послеоперационной грыжи использовали аллопластику. Важнейшим фактором лечения возникшего осложнения является его ранняя диагностика. С этой целью мы широко использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее провести дифференциальную диагностику воспалительного инфильтрата и осложнений, при которых в тканях скапливается серозная жидкость, кровь, гной. При лечении послеоперационной грыжи частота осложнений заживления раны выше, чем при лечении

первичной грыжи. Это обусловлено наличием выявленных при гистологическом исследовании признаков хронического воспаления в краях грыжевых ворот и мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки: околошовных гранулем и микроабсцессов, лейкоцитарных инфильтратов. С учетом вышесказанного, нами использованы определенные мероприятия по профилактике возникновения осложнений заживления раны при выполнении грыжесечения, которые включали до операции: предварительное проведение санации лигатурного свища и инфильтрата при наличии послеоперационной грыжи, профилактическое назначение антибактериальной терапии; во время операции: тщательное отграничение всех слоев передней брюшной стенки салфетками, смоченными растворами антисептиков, использование ареактивного шовного материала (акрил), при осуществлении аллопластики использование оперативных методов, исключающих контакт трансплантата с подкожной клетчаткой, обильное промывание раны антисептиками перед ее зашиванием и дренирование; после операции: активное ведение операционной раны, профилактическое введение антибиотиков, назначение физиопроцедур, препаратов, способствующих стимуляции регенерации тканей, контроль заживления раны с помощью УЗИ. Использование комплекса перечисленных профилактических мероприятий осуществлено у 114 больных. Осложнения в послеоперационном периоде констатированы у 8% пациентов (в основном – инфильтрат воспалительного генеза – 3,5%, серомы – 1,7%, гематома – 1,7%, нагноение раны – 0,9%). У 101 больного операции выполнены без применения мероприятий по профилактике осложнений. В итоге, осложнения после операций имели место у 18,8% больных (воспалительный инфильтрат – 5,8%, нагноение раны – 1,3%, серома – 6,8%, гематома – 3,8%). Приведенные данные свидетельствуют об эффективности проведенных профилактических мероприятий в отношении осложнений после операций по поводу грыжи живота.

221. Опыт использования метода дезартеризации (HAL-RAR) в лечении геморроя 2-4 степени в амбулаторных условиях

*Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А.,
Зайцев Е.Ю., Поварнин Н.Н., Речкалов А.А.,
Нерсесян К.С. Абасова Ж.А.*

Тюмень

ФГБОУ ВО ТюмГМУ МЗРФ

Актуальность. Среди имеющихся в арсенале колопроктолога малоинвазивных способов лечения геморроя наиболее патогенетически обоснованным является метод дезартеризации (HAL-RAR) с топической диагностикой дистальных ветвей верхней геморроидальной артерии ультразвуковой доплерометрией, который может являться адекватной альтернативой травматичной традиционной геморроидэктомии. Материал и методы. С февраля 2013 г. по апрель 2021 г. выполнено 458 оперативных вмешательств методом дезартеризации. У 45 (9,8%) пациентов были иссечены или коагулированы лазером наружные геморроидальные узлы. Пациентов с хроническим геморроем III стадии было 306 (66,8%), II стадии – 127 (27,7%), IV – 25 (5,5%). Операции выполнены на оборудовании различных производителей (Ангиодин-прокто, THD, AMI). Все операции выполнялись в амбулаторных условиях под местной анестезией. Прошивание проводилось на 2,3,5,6,7,9,11 и 12 часах по условному циферблату Z-образным швом нитью ПГА 2,0 с диаметром иглы 5\6 окружности. Полученные результаты. Среднее время операции составило 23 минуты. В послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ в среднем составила 2,1 балла, продолжительность болевого синдрома была 4,1 суток. Послеоперационные осложнения возникли у 4 (0,9%) пациентов – у 2 (0,44%) больных кровотечения, потребовавшие реоперации и у 2-х (0,44%) острый парапроктит. У 3-х (0,7%) пациентов возник рецидив заболевания, им выполнена в стационаре геморроидэктомия. Вывод. Опыт применения процедуры HAL-RAR продемонстрировал возможность применения методики у больных со 2-3 стадией хронического геморроя в амбулаторных условиях под местной анестезией с приемлемым уровнем осложнений и рецидивов.

222. Лапароскопически-ассистированное интраоперационное УЗИ (ЛАУЗИ) при остром аппендиците*Гусев А.В., Соловьев А.Ю., Бобров Д.А.*

Иваново.

ОБУЗ ГКБ №7

Актуальность. Современная лапароскопическая хирургия зачастую сопровождается полноценной предоперационной диагностикой органов брюшной полости, особенно в зоне операции. Однако, в экстренной хирургии доступность и информативность таких методов исследования, как ультразвуковое, эндоскопия, компьютерная томография не являются 100%, что до настоящего времени не позволяет избежать ошибок в диагностике. Вместе с этим введение лапароскопических технологий в рутинную практическую деятельность дает возможности использовать ЛАУЗИ в ургентной хирургии. Несмотря на ряд преимуществ, ЛАУЗИ на данный момент не нашло достаточного распространения в хирургической практике из-за отсутствия четких показаний к применению. Материал и методы. В хирургическом отделении ОБУЗ ГКБ №7 г. Иваново в 2021 году было оперировано 168 пациентов с острым аппендицитом. Тактические подходы к диагностике и лечению острого аппендицита базировались на утвержденных клинических рекомендациях. В подавляющем большинстве случаев при сомнительной клинической картине выполнялось транскутанное УЗИ штатными врачами по УЗ-диагностике, а также хирургами, прошедшими профессиональную переподготовку по УЗ-диагностике. В 70,8% (n=119) были выполнены лапароскопические аппендэктомии. Кроме того было выполнено 90 диагностических видеолaparоскопий при подозрении на острый аппендицит, когда диагноз не подтвердился. В 5,4% (n=9) пациенты обратились с острым аппендицитом спустя более суток от начала заболевания. В 2 случаях было применено ЛАУЗИ. Полученные результаты. В 63% диагноз острого аппендицита был установлен клинически. В 37% при сомнительной симптоматике было выполнено транскутанное УЗИ. При этом в 24% по результатам УЗИ диагноз был достоверно подтвержден. В 13% для уточнения диагноза острого аппендицита потребовалась диагностическая видеолaparоскопия (ВЛС). В двух случаях при диагностической ВЛС аппендикс не был визуализирован из-за ретроцекального ретроперитонеального его расположения.

Косвенных признаков острого аппендицита также не было выявлено. В обоих случаях мы выполнили ЛАУЗИ. При этом в одном случае удалось визуализировать не измененный аппендикс, что предотвратило необходимость аппендэктомии. В другом случае при ЛАУЗИ подтвердился диагноз острого аппендицита и была выполнена аппендэктомия. Обсуждение. Особенностью ургентной хирургии является отсутствие планового предоперационного обследования. Согласно приказу 203н предварительный диагноз должен быть установлен в течение 2 часов, клинический диагноз не позднее 24 часов. Основные инструментальные методы диагностики острого аппендицита (УЗИ и ВЛС), как показало наше наблюдение, не имеют 100% диагностической эффективности. Кроме этого, не всегда имеется возможность круглосуточно выполнять УЗИ, что диктует необходимость применения диагностической ВЛС. Хирург, прошедший профессиональную переподготовку по УЗ-диагностике, в экстренном порядке при подозрении на острый аппендицит самостоятельно выполняет как транскутанное УЗИ, так и ВЛС, которую при трудностях визуализации аппендикса дополняет ЛАУЗИ. По нашему мнению, данный метод является окончательным в дифференциальной диагностике острого аппендицита. Выводы и рекомендации. ЛАУЗИ может быть применено в ургентной хирургии при диагностической видеолaparоскопии, когда проведенное в кратчайшие сроки обследование не позволяет исключить острый аппендицит. В подобных ситуациях ЛАУЗИ позволяет избежать ятрогений и эксплоративных лапаротомий. ЛАУЗИ может иметь решающее значение при неоднозначных результатах перкутанного УЗИ и сомнительных данных видеолaparоскопии. Для широкого внедрения данного метода в клиническую практику необходимо увеличивать процент профессиональной переподготовки хирургов по УЗ-диагностике.

223. Результаты лечения диабетических гнойно-некротических поражений конечностей у больных с COVID-19

*Беляев А.Н., Польшкина И.С., Родин А.Н.,
Захватов А.Н., Рыгин Е.А.,*

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет;
МГУ им. Н. П. Огарева

Цель исследования. Изучить влияние COVID-19 на исходы гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом. Материалы. Изучены результаты лечения 65 больных сахарным диабетом, осложненным гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей в виде гнойно-некротических ран, флегмон стопы, гангрены пальцев. В зависимости от диагностированной COVID-19 больные разделены на 2 группы: 1 группа - 32 больных (49,2%) были без COVID-19 и 2 группа - 33 больных (50,8%) - с COVID-19. Клиническое обследование пациентов включало оценку раневых дефектов и их характеристику. Проводились лабораторные исследования (гемоглобин, эритроциты, СОЭ, лейкоциты); показатели коагуляции активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ, сек.), международное нормализованное отношение (МНО, ед.), протромбиновый индекс (ПТИ, %), фибриноген (мг/л). Кровоток в сосудах нижних конечностей исследовали методом цветного дуплексного сканирования (ЦДС). Больным с подозрением на COVID-19 проводилась компьютерная томограмма (КТ) легких. Результаты. В обеих группах в 70% случаев выполнение реконструктивных операций не представлялось возможным, вследствие тотального поражения дистального отдела магистральных артерий. Им проводилась комплексная противовоспалительная, антикоагулянтная и дезагрегационная терапия. У больных 1 группы оперативные вмешательства заключались в проведении ампутации на уровне бедра у 6 больных (18,8%), ампутации на уровне голени - у 1 больного (3,1%); экзартикуляции пальцев - у 4 больных (12,5%); резекции стопы - у 1 больного (3,1%). Отказались от операции 4 больных (12,5%). Летальных исходов после операции не было. Больные 2 группы кроме гнойно-воспалительных и некротических заболеваний нижней конечности имели коморбидные заболевания: ожирение - 80%, гипертоническая болезнь - 76,9%, ИБС, в том числе постинфарктный

кардиосклероз - 46%, хроническую болезнь почек (ХБП) 2-4 ст. - 69%. Показатели гемостаза во обеих группах имели тенденцию к гиперкоагуляции, даже на фоне антикоагулянтной терапии. У больных 2 группы величина АЧТВ достоверно удлинялась, по сравнению с 1 группой. У всех пациентов с COVID-19 на КТ выявлена двухсторонняя пневмония с участками гиповентиляции по типу «матового стекла». Объем поражения легких составлял от 15 до 70%. У больных с благоприятным исходом сохранялось самостоятельное дыхание с дыхательной недостаточностью 1-2 ст. Больным проводилось стандартное лечение согласно методическим рекомендациям по лечению коронавирусной инфекции (COVID-19). Среди больных 2 группы ампутации бедра выполнены у 18 больных (54,6%), ампутации голени - у 1 больного (3%); резекция стопы - у 1 больного (3%), экзартикуляция пальцев - у 3 больных (9,1%), тромбэмболектомия из магистральных артерий конечности - у 2 больных (6,1%). У 8 (24,2%) больных проводилось консервативное лечение. Летальные исходы наблюдались у 11 больных (33,3%). Заключение. Коронавирусная инфекция активизирует систему гемостаза с возрастанием количества артериальных и венозных тромбозов, нередко осложняющихся острой ишемией конечностей и тромбэмболией легочной артерии. Ишемические гнойно-некротические процессы на фоне COVID-19 имеют более тяжелое течение, часто приводят к высокой ампутации конечности и являются важным отягчающим фактором, приводящим к летальному исходу.

224. Особенности хирургического лечения пациенток с пупочными грыжами и диастазом прямых мышц живота

*Сёмин Д.С., Гуржий Д.В., Козобин А.А.,
Намазов Б.Б., Воронина О.В.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава
России

В период беременности частота встречаемости грыж пупочной области и диастаза прямых мышц живота существенно возрастает и достигает 60-65%.

При этом пик встречаемости отмечается в молодом возрасте (25-35 лет) – 80-90%, делая данную проблему социально значимой. Часто проблема формирования грыжи сочетается с деформацией пупочной области, а с учетом половой и возрастной принадлежности решение данной хирургической проблемы должно сочетать в себе не только профилактику рецидивов и осложнений, но и достижение максимального косметического эффекта. Многие пациентки при этом планируют или не исключают возможность последующих беременностей, что ограничивает использование крупных сетчатых эндопротезов. Для таких случаев был разработан хирургический подход с косметически оптимальным доступ – осуществляют путем разреза кожи внутри пупка по его краниальной полуокружности, отступая от плоскости кожи передней брюшной стенки внутрь пупка на 3-4 мм, при этом длина разреза кожи соответствует половине длины окружности пупка. Выделение диастаза и пупочной грыжи с лифтингом кожи и подкожной клетчатки. Пупочная герниопластика в зависимости от размеров грыжевого выпячивания выполняется способом по Mayo или протезирование по MILOS (mini/less open sublay technique). При протяженных диастазах прямых мышц живота возможно дополнительное использование эндовидеохирургической оптики и инструментов для выделения и пластики диастаза. Пластика диастаза прямых мышц живота выполняется по методу Schampioneer. Признаки деформации пупочной области: 1. Изменение формы (выпуклая, плоская); 2. Увеличение размеров более 4 см; 3. Неровность контуров; 4. Асимметрия; 5. Истончение или изменение цвета кожи. Наличие 3 критериев из 5 служили показанием к реконструкции пупочной области. В таких случаях выполняется умбиликопластика – реконструкция нормальной анатомии пупка за счет формирования поверхностного и трех внутренних циркулярных швов рассасывающейся атравматической монофиламентной нитью. Создается симметричный пупочный конус с фиксацией дна пупка несколько выше линии швов апоневроза. Краниальная часть пупка фиксируется на 2-3 мм вглубь под плоскость кожи передней брюшной стенки с формированием кожного «козырька». Получен патент на изобретение метода операции (Пат. 2733039 МПК А 61 В 17/00. Способ хирургического лечения пупочных грыж/ Земляной В.П., Сигуа Б.В., Семин Д.С., Гуржий Д.В., Абдулаева Р.М.; заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. - № 2019137236, заявл. 19.11.2019, опублик. 28.09.2020, Бюл. № 28, 10 с.). Полный комплекс хирургических

этапов выполнен 12 пациенткам. При оценке по шкале GAIS (оценка косметического эффекта по международной шкале Global Aesthetic Improvement Scale) были удовлетворены результатом (3 балла) 83% (10) респондентов, а в 2 (17%) наблюдениях (2 балла) отмечено, что пациентка удовлетворена результатом, но хотелось бы немного его улучшить. Оценка отдаленных результатов основной группы осуществлялась во всех случаях. Пациенты наблюдались от 6 месяцев до 1 года. Рецидивов за период наблюдения не выявлено. Решение хирургических проблем требует комплексного индивидуального подхода с решением не только прямых медицинских задач, но и улучшение косметического результата лечения.

225.Объективизация хирургической стратегии лечения пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью

*Сигуа Б.В. (1), Петров С.В. (1,2),
Каландарова Д.Х. (1), Вовк А.В. (1),
Чернышев Д.А. (1,2), Котков П.А. (1,2),
Напалков А.Н. (1)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»

Актуальность. Среди всех форм кишечной непроходимости, вызванных механическим препятствием, острая тонкокишечная непроходимость составляет 63,4-80,0% случаев, с сохраняющимся высоким уровнем летальности от 5,1 до 8,4%. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 338 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, проходивших лечение на базе хирургических отделений ГБУЗ «Елизаветинская больница» Санкт-Петербурга в период с 2016 по 2019 гг. В (I) основную группу вошли 198 пациентов с ОСТН, в группу (II) сравнения было включено 140 пациентов. Оперативному лечению подверглись 240 (71%) пациентов, включенных в исследование, из них в 43 (12,7%) случаях оперативное лечение выполнено в экстренном порядке, после короткой предоперационной подготовки, в остальных 197 (58,3%) случаях лечение начиналось с

консервативной терапии. С целью улучшения результатов и объективизации выбора метода лечения нами усовершенствован лечебно-диагностический алгоритм с рациональным использованием наиболее информативных методов диагностики и разработана оригинальная балльно-оценочная шкала (БОШ), для построения которой проведен анализ корреляционной связи между рядом параметров и вероятностью проведения срочного оперативного вмешательства у пациентов с ОСТН. В рамках реализации применения усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма разработанная оригинальная балльно-оценочная шкала применена у 170 пациентов основной группы. Всем пациентам основной группы в течении 12 часов от момента поступления проводился стандартный комплекс консервативных мероприятий, с коррекцией волевых расстройств, стимуляцией кишечной перистальтики с декомпрессией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Далее осуществлялась оценка значений БОШ, с определением дальнейшей тактики лечения. При значениях шкалы, не превышающих 14 баллов, консервативная терапия продолжалась с последующей динамической оценкой через 6-12 часов. При значениях шкалы 15 баллов и более - дальнейшая консервативная терапия признавалась нецелесообразной и осуществлялось оперативное вмешательство в срочном порядке. Результаты. Согласно полученным данным из 20 больных с невысокими значениями шкалы (не более 9 баллов) в срочном порядке не был оперирован ни один пациент. Из 72 пациентов, у которых вероятность успеха консервативной терапии оценивалась как низкая (значение по шкале 15 и более баллов), хирургическому вмешательству подверглись 97,1% (68) пациентов. Среди 78 больных с промежуточными значениями шкалы, консервативная терапия была безуспешна в 38,4% (30) наблюдениях, что позволило увеличить долю пациентов с консервативным разрешением до 73,4% (72 из 98 наблюдений). Лапароскопический доступ использован в 59 (46,8%) случаях основной группы с осуществлением успешного адгезиолизиса у 28 (22,2%) пациентов, конверсия доступа выполнена в 31 (24,6%) случае. Срединная лапаротомия выполнена в 67 (53,2%) случаях основной группы, и во всех 114 наблюдениях группы сравнения ($p < 0.05$). Использование усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и оригинальной балльно-оценочной шкалы позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 46,5% (53) до

22,2% (28) ($p < 0.05$), а уровень летальности с 14,9% (17) до 3,9% (5) ($p < 0.05$). Выводы. Таким образом, применение усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма с использованием оригинальной балльно-оценочной шкалы позволило распределить пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, в короткие сроки объективизировать показания и выбор методов хирургического лечения, что отражено статистически значимым снижением частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов. Все это позволяет говорить об эффективности предложенной лечебной программы и рекомендовать ее использование в клинической практике.

226. Хирургические аспекты профилактики панкреатической фистулы при лечении больных с опухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны

Сигуа Б.В. (1), Захаров Е.А. (1), Гуляев А.В. (1,2), Цикоридзе М.Ю. (3), Никифоренко А.В. (1), Земляной В.П. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России, 2) ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова Минздрава России, 3) ГБУЗ Онкологический диспансер Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным радикальным методом лечения злокачественных опухолей панкреатодуоденальной зоны. Развитие послеоперационной панкреатической фистулы (ПОПФ) является наиболее частым осложнением ПДР. Основными факторами риска развития ПОПФ являются: узкий главный панкреатический проток и мягкая паренхима поджелудочной железы. Цель. Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями панкреатодуоденальной зоны. Материалы и методы. В когортное исследование было включено 94 пациента с опухолевыми заболеваниями

панкреатодуоденальной зоны, которым была выполнена ПДР в 2014-2019 г. Сформированы две группы пациентов. II (группа сравнения) – пациенты, получавшие лечение в 2014 – 2017 г (n=49). В данной группе пациентов не рассчитывался риск развития ПОПФ и выбор методики формирования панкреатоэнтероанастомоза осуществлялся в зависимости от предпочтений оперирующего хирурга. I (основная группа) – пациенты, находившиеся на лечении в 2018 – 2019 г. (n=45). В этой группе пациентов выбор методики формирования панкреатоэнтероанастомоза осуществлялся в соответствии с разработанным алгоритмом, в зависимости от риска развития ПОПФ, рассчитанном по шкале Fistula Risk Score, а также по показаниям применялся новый способ формирования резервуарного терминального панкреатоеюноанастомоза (Пат. 2741376 МПК А 61В 17/00; А 61В 17/11, заявл. 15.07.2020, опубл. 25.01.2021, Бюл. № 3. - 12 с.: илл.). При сравнительном анализе выявлена репрезентативность исследуемых групп по основным параметрам. Результаты. В I группе достоверно чаще выполняли пилоруссберегающие ПДР 39 (86,7%) и 27 (55,1%) (p<0,01). Также отмечено увеличение доли оперативных вмешательств с резекциями вен 10 (22,2%) и 2 (4,1%) соответственно (p<0,05). Оригинальный способ формирования резервуарного панкреатоеюноанастомоза был применен у 12 (26,6%) пациентов I группы с наиболее высоким риском развития панкреатической фистулы (4 и более баллов по шкале Fistula Risk Score). Осложненное течение послеоперационного периода было отмечено у 17 (37,8%) пациентов I группы и 36 (73,8%) в II группе (p<0,01). Было отмечено снижение частоты развития послеоперационного панкреатита с 16 (32,6%) до 5 (11,1%) в I группе (p<0,05). Частота развития ПОПФ составила 14 (28,6%) в II группе и 3 (6,6%) в I группе (p<0,05). В том числе было отмечено снижение частоты ПОПФ класса С с 10 (20,4%) до 2 (4,4%) в I группе (p<0,05). Аррозионные кровотечения также реже встречались в I группе 1 (2,2%) и 9 (18,3%) во II группе (p<0,05). Снижение частоты послеоперационных осложнений закономерно привело к снижению потребности в повторных оперативных вмешательствах, последним были подвергнуты 5 (11,1%) пациентов I группы и 21 (42,8%) во II группе (p<0,01). Послеоперационная летальность в I группе составила 6,6% (3) пациента, во II группе 18,3% (9) (p>0,05). Обсуждение. Мягкая, рыхлая поджелудочная железа в сочетании с узким главным панкреатическим протоком являются наиболее значительными факторами риска развития осложнений в послеоперационном

периоде. Таким образом тщательное выполнение реконструктивного этапа оперативного вмешательства имеет наибольшую важность, особенно у пациентов высокого риска. Выводы. Применение разработанного алгоритма привело к снижению частоты развития послеоперационных осложнений с 73,4 до 37,8% (p<0,01), послеоперационного панкреатита с 32,6 до 11,1% (p<0,05), послеоперационных панкреатических фистул с 28,6 до 6,6% (p<0,05), в том класса С с 10 (20,4%) до 2 (4,4%) (p<0,05), аррозионных кровотечений с 18,3 до 2,2% (p<0,05). Также была отмечена тенденция к снижению уровня летальности с 18,3 до 6,6% соответственно (p>0,05). Рекомендации. При выборе методики формирования панкреатоэнтероанастомоза необходим дифференцированный подход, основанный на расчете риска развития послеоперационной панкреатической фистулы.

227. Хирургическая профилактика развития третичного перитонита

*Сизуа Б.В. (1), Петров С.В. (1,2), Котков П.А. (1,2),
Игнатенко В.А. (1), Вовк А.В. (2),
Чернышев Д.А. (1,2), Земляной В.П. (1)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»

Актуальность. Попытка подчинить алгоритм лечения пациентов с распространенным вторичным перитонитом общим принципам ведения гнойных ран (которой, с определенными допущениями, является брюшная полость в условиях осложненной интраабдоминальной инфекции) привела к появлению стратегии плановых санационных релапаротомий. Впрочем, с учетом ряда известных побочных эффектов, применение данной тактики следует ограничить больными с изначальной предрасположенностью к развитию автономного воспалительного процесса в брюшной полости. Несмотря на то, что патогенез третичного перитонита изучен в недостаточной степени, эмпирическое выявление клинических признаков, свидетельствующих о склонности интраабдоминальной инфекции к персистенции,

представляется возможным. О потенциальном успехе такого эмпирического подхода могут свидетельствовать результаты современной методологии диагностики и лечения пациентов с сепсисом, недоступным как для экспериментального исследования, так и компьютерного моделирования, и, как следствие, также недостаточно изученного. Материал и методы. Клинические признаки, обладающие предиктивной ценностью в плане развития третичного перитонита, были выявлены на основании ретроспективной оценки результатов лечения 111 пациентов с распространенным вторичным перитонитом. Была проанализирована корреляционная связь между рядом параметров (начиная от клинических симптомов и заканчивая результатами интраоперационной ревизии) и вероятностью проведения релапаротомии “по требованию”, предпринятой в связи с третичным перитонитом. После исключения коллинеарных факторов был проведен гос-анализ для выявления пороговых значений отобранных параметров, превышение которых свидетельствовало бы о существенной вероятности развития третичного перитонита. На завершающем этапе выявленным факторам было присвоено числовое значение, соответствовавшее коэффициенту наклона линии регрессии, и сформирована балльная шкала, подсчет суммарного значения которой позволял бы разделить всех больных с вторичным перитонитом на подгруппы высокого и низкого рисков развития персистирующей интраабдоминальной инфекции. В состав шкалы вошли возраст, сумма баллов по шкале APACHE II, онкологический анамнез, наличие стимулированной перистальтики, инфильтрации стенки кишки, характер экссудата, тяжесть полиорганной недостаточности и уровень интраабдоминальной гипертензии. В дальнейшем разработанная шкала была применена в лечении 109 больных проспективной группы. Подсчет значения балльной шкалы во время первичного оперативного вмешательства, направленного на устранение источника инфекции, позволил при превышении 11 баллов, отнести больного к категории высокого риска развития третичного перитонита и запланировать повторное санационное вмешательство в пределах 48 часов. Пациентам с меньшими значениями повторные вмешательства осуществлялись в режиме “по требованию”. Эффективность и безопасность описанной последовательности действий была оценена путем сравнения среднего числа релапаротомий, общего и реанимационного койко-дней, а также общей летальности в описанных группах больных. Полученные результаты. Общее

количество повторно оперированных пациентов в проспективной группе составило 40 больных (36,7%) против 23 пациентов (20,7%) ретроспективной группы сравнения. Среднее количество релапаротомий также было статистически незначимо выше в проспективной группе ($p>0,05$): $1,75\pm 1,5$ против $1,5\pm 0,7$. Зафиксирован рост средних койко-дней и длительности пребывания в реанимационных отделениях больных проспективной группы - $17,3\pm 12,2$ и $6,2\pm 8,3$ суток против $11,3\pm 4,7$ и $3,0\pm 2,4$ суток аналогичных показателей ретроспективной группы. Данные результаты объясняются большей выживаемостью больных с наиболее тяжелыми формами перитонита, обусловивших рост койко-дней. Общая летальность в проспективной группе была статистически ниже ($p<0,05$): 30,2% против 51,3% в ретроспективной; снижение относительного риска летального исхода составило 41%. Выводы. С учетом того, что факторы, включенные в разработанную шкалу, общедоступны для оценки в повседневной работе, степень внешней валидности проведенного исследования достаточна для того, чтобы рекомендовать предложенный алгоритм к применению в широкой клинической практике. В пользу этого также свидетельствует статистически значимое снижение общей летальности.

228. Реконструкция по Ру в абдоминальной онкохирургии

Евсеев М.А. (1), Владыкин А.Л. (1), Клишин И.М. (2), Головин Р.А. (2)

Москва

- 1) Госпитальный центр АО "Семейный доктор",
- 2) КБ№1 УДПРФ

В настоящее время реконструкция по Ру является стандартным оперативным приемом, а в ряде случаев — методом выбора, при дистальной резекции желудка и гастрэктомии, при повторных операциях на верхнем отделе пищеварительной трубки и формировании билиодигестивных анастомозов, при различных вариантах резекции поджелудочной железы, в практике метаболической/бариатрической хирургии. Целью настоящего исследования являлась демонстрация

возможностей применения реконструкции по Ру в хирургии злокачественных новообразований гастропанкреатодуоденальной зоны при проведении дистальных резекций желудка, тотальных гастрэктомий и гастропанкреатодуоденальных резекций (ГПДР). Проведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных функциональных результатов 267 оперативных вмешательств с реконструкцией по Ру и 79 операций, выполненных с другими вариантами реконструкции. Реконструкция по Ру в ходе дистальной резекции желудка характеризовалась меньшим числом интра- и экстраабдоминальных осложнений по сравнению с реконструкцией по Бильрот-I и Бильрот-II. Характерной особенностью течения интраабдоминальных инфекционных осложнений после реконструкции по Ру являлся их ограниченный характер – первично-свищевая форма несостоятельности или абсцесс. Нарушения эвакуации из культи желудка (DGES) достоверно не различались по частоте и степени выраженности после резекции по Ру и по Бильрот-I. Напротив, проявления SDGE, преимущественно тяжелой степени, в два раза чаще отмечались после Бильрот-II. При сопоставлении непосредственных результатов ГЭ-Ру, проведенных открытым или лапароскопическим доступом, отмечено достоверное превышение частоты интраабдоминальных инфекционных осложнений (26,6% vs. 10,2%, $p < 0,05$) при операциях лапароскопическим доступом. Частота несостоятельности кишечного шва при лапароскопическом доступе почти вдвое (13,3% vs. 6,1%, $p < 0,05$) превышала таковую при открытом доступе, имея при этом всегда ограниченный характер и не сопровождаясь развитием распространенного перитонита ни в одном случае. Вместе с тем практически вдвое превышение частоты именно экстраабдоминальных осложнений (26,5% vs. 13,3%, $p < 0,05$) может объяснить наличие летальных исходов при открытом доступе (6,1%) и их отсутствие при лапароскопическом доступе. Реконструкция по Ру в ходе ГПДР сопровождалась минимальным числом как экстраабдоминальных, так и интраабдоминальных осложнений характеризовалась ГПДР по Ру – 15,7% и 12,1%, многократным снижением доли пациентов с распространенным послеоперационным перитонитом – 2,4%; интраабдоминальные инфекционные осложнения были представлены у 9,6% пациентов абсцессами и у 6,0% пациентов наружными кишечными и панкреатическими свищами. Изучение непосредственных результатов у 267 пациентов, оперированных с использованием

изолированных по Ру сегментов тонкой кишки в ходе дистальной резекции желудка, тотальной гастрэктомии и гастропанкреатодуоденальной резекции продемонстрировало достоверно меньшую по сравнению с другими вариантами реконструкции частоту развития осложнений ближайшего послеоперационного периода. При этом почти трехкратное уменьшение числа интраабдоминальных осложнений после реконструкции по Ру в сравнении с другими вариантами реконструкции (12,8% vs. 34,1%, $p < 0,01$) закономерно определяло меньшую частоту повторных операций (3,4% vs. 20,3%, $p < 0,01$), экстраабдоминальных осложнений (18,4% vs. 44,3%, $p < 0,01$) и, наконец, уровень послеоперационной летальности (4,5% vs. 11,3%, $p < 0,01$). Опыт и результаты применения концепции Roux-en-Y, продемонстрированные в настоящем исследовании, являются очередным подтверждением уникальных свойств данного варианта реконструкции – патогенетической обоснованности, технической воспроизводимости, минимального числа послеоперационных осложнений и прогнозируемости функциональных результатов, в совокупности определяющих востребованность методики Roux-en-Y в современной абдоминальной хирургии.

229. Рефлюкс-ассоциированные изменения морфологического состояния культи желудка после мини-гастрошунтирования и гастрошунтирования по Ру

Хитарьян А.Г. (1, 2), Межунц А.В. (1, 2), Саркисян А.В. (1), Мельников Д.А. (1,2), Орехов А.А. (1,2), Воронова О.В. (1,2), Абовян А.А. (2)

Ростов-на-Дону

1) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону», 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. Проблема ожирения в XXI веке принимает масштабы эпидемии и является весомой причиной для того, чтобы вызывать серьезную озабоченность как в развитых, так и в

развивающихся странах. Бариатрические операции доказали свою эффективность в лечении ожирения и сопутствующих коморбидных состояний. На долю гастрощунтирования по Ру приходится порядка 35% всех бариатрических вмешательств. Мини-гастрощунтирование было разработано, как альтернатива гастрощунтированию по Ру. Цель исследования. Оценка изменения морфологического состояния слизистой оболочки культи желудка после мини-гастрощунтирования и гастрощунтирования по Ру с использованием различных методов исследования. Материалы и методы. В настоящее исследование нами были включены результаты сравнительного анализа хирургического лечения 121 пациента. Структура исследуемых состояла из 58 пациентов, перенесших операцию МГШ, и 63 пациентов, которым было выполнено РуГШ. В отдаленном послеоперационном периоде всем пациентам оценивали наличие признаков рефлюкса с помощью видеогастроскопии с прицельной биопсией слизистой культи желудка и микроскопии биопсийных материалов. Результаты. Период наблюдения пациентов составлял от 36 до 64 месяцев, средняя длительность периода наблюдения была равна $42,6 \pm 4,5$ месяца. Анализ результатов по данным опросника Gastroesophageal Reflux Disease-Health-Related Quality of Life (GERD-HRQL) показал, что выраженность симптомов ГЭРБ, особенно изжоги, и их влияние на качество жизни, в обследуемых группах пациентов, статистически значимо отличались между группами. Разница в оценке степени выраженности общей тяжести изжоги в баллах составила 2,5 против 3,2 баллов в группе РуГШ и МГШ соответственно ($p=0,034$). В 12 (19%) случаях в группе РуГШ и в 26 (44,8%) случаях в группе МГШ наблюдались признаки активного гастрита культи желудка, слизистая при этом была отечна, гиперемирована, с усилением сосудистого рисунка (различия статистически значимы, $p<0,05$). В 7 (11,1%) случаев в первой группе и в 22 (37,9%) случаев во второй, аналогичные признаки наблюдались в области гастроэнтероанастомоза (различия статистически значимы, $p<0,05$). По результатам проведенного анализа отношения шансов нами было установлено, что вероятность развития гастрита культи желудка в группе №1 ниже в 3,44 раза по сравнению с группой №2, различия статистически значимы (ОШ=0,29 ДИ 95%: [0,128;0,654]). Вероятность развития (появления) поверхностного анстомозита в группе №1 в 4,87 раз ниже, чем в группе №2, различия статистически значимы (ОШ=0,205 ДИ 95%: [0,079;0,528]). В 9 (14%) случаях в группе пациентов после РуГШ и в 15 (25%) случаях в группе пациентов с МГШ были выявлены

множественные поверхностные дефекты слизистой оболочки области анастомоза. В исследуемой группе пациентов индекс билиарного рефлюкса (BRI) >14 был определен у 3 пациентов (4,8%). В группе пациентов с МГШ BRI >14 был у 12 исследуемых (20,7%), различия статистически значимы ($p<0,05$). Таким образом, количество пациентов с индексом BRI более 14 баллов было статистически значимо выше в группе пациентов, которым производилась операция мини-гастрощунтирования. Выводы. На основании полученных данных мы рекомендуем МГШ как эффективный метод бариатрической хирургии со сравнительными результатами снижения веса и коррекции сопутствующей патологии. Однако такие пациенты нуждаются в постоянном контроле ввиду высокого риска развития рефлюкс-ассоциированных осложнений для отбора кандидатов на ревизионную операцию и переход в РуГШ. Частота рефлюкса желчи по данным клинического опросника, эндоскопических признаков, а также по результатам оценки индекса желчного рефлюкса были статистически значимо выше в группе пациентов с МГШ.

230. Значение трахеостомии при лечении пациентов в многопрофильном стационаре и в условиях COVID-19

Пушкин С.Ю. (1,2), Аксенова Е.В. (2), Камеев И.Р. (2), Щербатов Д.А. (2), Вольгов Л.А. (1,2), Шахова М.В. (2)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Трахеостомия является одной из наиболее частых операций у пациентов с дыхательной недостаточностью в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Трахеостома обеспечивает надежный доступ к дыхательным путям для длительного проведения ИВЛ, быстрый доступ к нижним дыхательным путям, позволяет проводить санацию и удаление секрета из трахеобронхиального дерева, служит для профилактики аспирации наряду с

трансларингеальными методами интубации. Роль и способ наложения трахеостомии особенно возросла у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и выраженной быстро прогрессирующей дыхательной недостаточностью. В настоящее время нет общепринятого мнения о наиболее безопасном методе вскрытия просвета дыхательных путей, обсуждаются показания и противопоказания к данному вмешательству, но число осложнений остается достаточно высоким, что подчеркивает необходимость изучения данной проблемы. Цель работы – улучшение результатов лечения пациентов с дыхательной недостаточностью за счет оптимизации сроков и метода формирования трахеостомы. Материал и методы. Проведен анализ лечения 1049 трахеостомированных пациентов с дыхательной недостаточностью, находящихся в реанимационных отделениях СОКБ им. В.Д. Середавина. С 2014 по 2019 гг. было 363 больных с ДН, из них тяжелая ЧМТ, множественная, сочетанная или политравма была у 117 (32,2%), ОНМК - у 104 (28,6%), операции на головном мозге - у 42 (11,6%), хирургические вмешательства по поводу абдоминальной патологии (панкреонекроз, перитонит с развитием ПОН) - у 38 (10,5%), заболеваний органов груди – 26 (7,2%), прочие - у 36 (9,9%) пациентов. Продолжительность ИВЛ до наложения трахеостомы составила до 3-х суток у 61 (16,8%) больных; до 4-7 суток – у 197 (54,3%); более 7 суток – у 105 (28,9%). С апреля 2019 по январь 2022 гг. пролечено 686 пациентов с COVID-19. Продолжительность ИВЛ до наложения трахеостомы составила до 3-х суток у 420 (61,2%) больных; до 4-7 суток – у 197 (28,7%); более 7 суток – у 69 (10,1%). До перевода на ИВЛ пациентам с COVID-19 в 89,7% случаев проводилась НВЛ. Трахеостому формировали на уровне 2-3 полуколец трахеи, у 484 (46,1%) ее просвет вскрывался продольным Т-образным разрезом, соответствующего размеру канюли, у 565 (53,9%) ?-образным разрезом с подшиванием нижнего поперечного лоскута трахеи к коже 2-3 узловыми швами викрилом. Большинству пациентов трахеостома накладывалась в условиях операционной торакальными хирургами под сочетанной анестезией. Показаниями к выполнению трахеостомии являлись дыхательная недостаточность, требующие проведения продленной ИВЛ (тяжелые поражения легких вследствие различных причин: пневмония, ОРДС, ушибы легких и т.д.); выраженные прогностически стойкие бульбарные нарушения. Собственные результаты. Анализ клинических наблюдений позволил выявить следующие особенности. У всех больных облегчается санация ТБД с

одновременным повышением ее качества и сокращением времени процедуры, снижается риск асфиксии, которая возможна у интубированных пациентов вследствие окклюзии трубки мокротой или в результате ее перегиба, практически исключается риск односторонней вентиляции, значительно уменьшается седация больного и возможно проведение его кормления через рот, уменьшается риск возникновения трахеобронхитов и пневмоний. Летальность у пациентов с COVID-19, переведенных на ИВЛ, составила 83,4%. Причины смерти не связаны с формированием трахеостомы. Трое пациентов, у которых трахеостома накладывалась продольным Т-образным разрезом, погибли вследствие аррозивного кровотечения из магистральных сосудов. Подобного рода осложнений у больных с ?-образным разрезом не отмечено. В 5 наблюдениях сформировался наружный трахеально-кожный свищ, потребовавший оперативного закрытия, в 3 – пищеводно-трахеальный свищ, в 9 – нагноение раны. В отдаленном периоде у 6 пациентов сформировался стеноз трахеи, потребовавший бужирования и в дальнейшем циркулярной резекции трахеи. Заключение. Наложение трахеостомы больным без COVID-19, находящимся на ИВЛ, следует осуществлять не позднее 4-5 суток интубации. У пациентов с новой коронавирусной инфекцией формирование трахеостомы необходимо проводить в 1-2 сутки перевода на ИВЛ. Выбор оптимального вида разреза трахеи требует дальнейшего изучения. Наиболее безопасно наложение трахеостомы в условиях операционных торакальными хирургами. Раннее наложение трахеостомы имеет преимущество перед продленной интубацией трахеи. Больные, у которых была ИВЛ более 14 дней, трахеостомия, должны наблюдаться в ЛПУ по месту проживания для своевременной оценки развития отдаленных постинтубационных и посттрахеостомических осложнений.

231. Ретроспективный анализ «ненатяжной» герниопластики с использованием сетчатого импланта в МБУЗ КДЦ «Здоровье» за 10 лет

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

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ "Здоровье"

Актуальность проблемы. Грыжи передней брюшной стенки являются одними из самых распространённых заболеваний в хирургии, которым страдают около 3-4% населения Земли (8-18,3% всех хирургических больных). Каждый год в мире проводится более 20 миллионов операций по поводу грыж (около 15% от всех хирургических вмешательств). 5%-25% операций выполняется по экстренным показаниям, при этом летальность достигает 3%. Малый процент рецидивов, короткий период послеоперационного восстановления и раннее возвращение к труду после грыжесечения «ненатяжной» методикой, свидетельствуют в пользу применения сетчатых имплантов. Целью работы явилось проведение ретроспективного анализа результатов «ненатяжной» методики пластики грыжевых ворот с применением сетчатых имплантов у пациентов, которые были прооперированы в хирургическом отделении №1 МБУЗ КДЦ Здоровье, г. Ростов-на-Дону, в период с 2012 по 2021 годы. Материалы и методы. За период с 01.01.2012 г. по 31.12.2021 г. в хирургическом отделении №1 МБУЗ КДЦ Здоровье пластику грыжевых ворот сетчатым имплантом выполнили у 1467 пациентов: паховая грыжа - 705 человек за 10 лет (K40.9)(средний койко-день (далее ср. к\д) 6,48); пупочная грыжа— 149 человек (K42.9) (ср. к\д 7,53); грыжа передней брюшной стенки— 613 человека (K43.9, K45.8) (ср. к\д 8,33). Хирурги применяли стандартные методики оперативных вмешательств, при операции использовался сетчатый имплант на основе полипропилена, а полость раны была дренирована силиконовым дренажем, использовали активную аспирацию с помощью «груши». Послеоперационное лечение больных также проходило по отработанной, стандартной программе. Удаление дренажа происходило, как правило, на вторые сутки после операции при наличии в «груше» за сутки не более 10 мл. содержимого на момент перевязки. Результаты и обсуждение. Результаты лечения пациентов, которым была выполнена пластика грыжевых ворот в хирургическом отделении №1 МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону в период 2012-2021

гг., были проанализированы. Отмечены следующие осложнения: «онемение» (парестезия) в области операционной раны (0,7% пациентов), серома (6%), гематомы (1,1%), отек яичка и семенного канатика (1,8%), нагноение раны (0,4%), боли в паховой области (0,2%). У 71% пациентов введение обезболивающих препаратов применяли от 2 до 4 дней, в 20% случаев обезболивание не требовалось. Рецидивы были выявлены в 0,3% наблюдений. Кроме того, в результате анализа данных было установлено снижение среднего койко-дня пребывания в хирургическом стационаре. Так для паховых грыж он снизился с 7,8 до 5,19 дней, для пупочных грыж с 8,8 до 5,53 дней, для грыж передней брюшной стенки с 11 до 6,92 дней. Выводы: Десятилетний опыт использования «ненатяжных» герниопластик в хирургическом отделении №1 МБУЗ КДЦ «Здоровье» показывает высокую эффективность лечения грыж передней брюшной стенки. Минимизация осложнений характерных для данного типа операций, наряду со уменьшением среднего койко-дня достигается за счет сочетания отработанных годами методик предоперационного обследования, подготовки пациентов, оперативного пособия и послеоперационного ведения пациентов согласно стандартам и клиническим рекомендациям. Использование во время операций качественных полимерных материалов и постоянное совершенствование привычных методик операций и послеоперационного ведения пациентов, освоение новых малоинвазивных методик, принятых хирургами во всем мире, является основными направлениями улучшения качества оказания лечебной помощи пациентам с грыжами передней брюшной стенки.

232. Использование систем тяжести перитонита в выборе хирургической тактики

*Лебедев Н. В., Попов В. С., Климов А. Е.,
Шадрина В. С.*

Москва

Российский университет дружбы народов

Актуальность. В настоящее время важными проблемами лечения больных с распространенным перитонитом являются выбор оперативного доступа и вариант завершения операции. В связи с этим вызывает интерес использование шкал (систем) определения тяжести перитонита и вероятности наступления смертельного исхода, как критериев выбора хирургической тактики. Наиболее распространенными системами тяжести перитонита в настоящее время являются Мангеймский перитонеальный индекс (MPI), оценка тяжести сепсиса Всемирного общества неотложной хирургии (WSESS) и система прогноза перитонита (СПП). Целью данного исследования является изучение возможности использования объективных систем тяжести перитонита и вероятности смерти больного (MPI, WSESS и СПП) в качестве критерия выбора хирургической тактики лечения. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 502 больных с вторичным распространенным перитонитом, поступивших в клиники кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ им В. В. Виноградова в период с мая 2017 г. по сентябрь 2021 г. Из исследования были исключены больные с панкреонекрозом и нарушением мезентериального кровообращения. Средний возраст больных 54,1 ± 8,8 лет. Соотношение мужчин и женщин 1,2:1 (276:226). Наиболее частой причиной перитонита был деструктивный аппендицит (187 наблюдений, 37.3%), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (127 наблюдений, 25.3%), перфорация толстой кишки различного генеза (76 наблюдений, 15.1%). Из общего количества пациентов 175 больных (35%) поступило в срок от 24 до 48 часов от начала заболевания. Давность заболевания свыше 72 часов отмечена у 89 (17,7%) больных. В качестве первого этапа хирургического лечения 337 (67,1%) больным проводили диагностическую лапароскопию, оценка результатов которой у 205 (60,8%) пациентов позволила выполнить полноценное оперативное вмешательство лапароскопически. Конверсию доступа пришлось выполнить 132 (39,2%) больным. Изначально срединная лапаротомия произведена

165 больным (32,9%) была. Умерло 73 (14,5%) пациента. Основная причина смерти – сепсис (58 наблюдений). Результаты и обсуждения. Анализ результатов лечения 502 больных с распространенным перитонитом показал, что преимущества лапароскопических доступов при вторичном распространенном перитоните отчетливо проявляются у больных с тяжестью перитонита от 0 до 10 баллов по СПП, от 0 до 29 баллов по MPI и от 0 до 8 баллов по WSESS. В этой группе больных с применением лапароскопического доступа летальность на 20–25% ниже, чем при использовании лапаротомии. Оперативный доступ не влияет на исход заболевания при баллах свыше 11 по СПП, свыше 30 по MPI и выше 9 по WSESS. Летальность при данной тяжести перитонита колеблется от 25 до 100% в зависимости от ранжирования по баллам. При анализе результатов завершения лапаротомии у больных с распространенным перитонитом (закрытый метод – лапаротомия по плану – лапаростомия) выявлено, что преимущества дренирования брюшной полости с ушиванием раны передней брюшной стенке особенно ярко проявляются у больных имеющих баллы ниже 10 по СПП, ниже 30 по MPI и ниже 8 по WSESS. Применение полукрытого и открытого способов лечения у этих больных приводит к увеличению летальности в 1,5–2 раза. Какой-либо способ завершения операции при баллах, выше указанных значений, преимуществ не имеет – летальность варьирует от 50 до 100%. В выборе хирургической тактики у больных с распространенным перитонитом нельзя основываться только на показатель (балл) систем прогноза перитонита. Необходимо учитывать тяжесть состояния пациента, особенности данной патологии (например диаметр перфорационного отверстия), выраженность пареза кишечника, оценить возможность обеспечения полноценной санации брюшной полости, уровень подготовленности хирурга и оснащенность операционной. Выводы. Шкалы прогноза исхода перитонита СПП, MPI, WSESS могут быть использованы для определения тактики лечения больных с распространенным перитонитом.

233. Эндотелиальная дисфункция у пациентов с сахарным диабетом с гнойно-воспалительными заболеваниями

Михайлов А. Ю., Халимов Э. В., Стяжкина С. Н., Баранова Т. С.

Ижевск

ФГБОУ "Ижевская Государственная Медицинская Академия" Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Введение. Количество больных сахарным диабетом (СД) приближается к 3,0%, а в старшей возрастной группе к 7,0-9,0%. Для пациентов с СД характерно сочетание иммунодефицитного и аутоаллергического синдрома. В послеоперационном периоде у пациентов с СД возможно развитие воспалительных, тромбоэмболических, иммунологических, дезадаптационных процессов. Эндотелиальная дисфункция является маркером иммунологических и дезадаптационных состояний. Материалы и методы. В 2021 г в хирургических отделениях 1 Республиканской клинической больницы г. Ижевска УР проведено исследование 12 пациентов с СД в послеоперационном периоде после хирургической обработки гнойного очага, аппендэктомий, оперативной репозиции переломов с фиксацией и других операций. У всех пациентов основной группы имелся СД, инсулинозависимый, длительность заболевания 11,5±5,5 лет. Средний возраст 39,0±13,5 лет. Женщин в основной группе 8 (66,7%), мужчин 4 (33,3%). Исследование десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) проводилось на 5-7 сутки послеоперационного периода на кафедре гистологии ФГБОУ ВО ИГМА. В качестве группы сравнения были взяты пациенты с СД, вне операционной травмы, обострения хронических воспалительных заболеваний. Клеточная дисфункция оценивалась по параметрам: количество, размеры, ундуляция клеточной мембраны (деформация клеточной мембраны с кинетической активностью) Результаты. В основной группе отмечено увеличение ДЭК до 6-8 в поле зрения, что в 3-8 раз превышает количество ДЭК в группе сравнения (0-1-2). Достоверной дифференцировки ДЭК по размерам нами не отмечено. У 8 (66,7%) пациентов основной группы с гнойно-воспалительными заболеваниями отмечен феномен ундуляции. В группе сравнения данное явление отсутствовало. Феномен ундуляции ДЭК нами характеризуется как одно из проявлений клеточной дисфункции, вследствие ускоренной

десквамации клеток с незавершенным морфогенезом, отсутствием полноценного цитоскелета. Ундуляция клеточной мембраны ДЭК у пациентов СД может служить одним из критериев эндотелиальной дисфункции, отражать процессы компенсации и адаптации организма.

234. Проблема морфологической верификации опухолей головки поджелудочной железы и дистального отдела холедоха и возможные пути решения

Ревазов Е.Б. (1), Хутиев Ц.С. (2), Ревазова М.Р. (2), Четиев А.Н. (2), Беслекоев У.С. (2), Ардасенов Т.Б. (2), Кокоев М.А. (2), Цирихов Г.Г. (1)

Владикавказ

- 1) ГБУЗ "Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи" МЗ РСО-Алания,
- 2) ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) при раке ГПЖ и ДОХ встречается у 50-95%, резектабельность - 15-20%. Морфологическая верификация в России 70,6%. Эффективная таргетная терапия возможна в 26% случаев. Материалы и методы. Анализ результатов лечения 368 больных МЖ опухолевого генеза за 16 лет на базе ОРХМДил РКБ 2000–2007 годы и хирургического отделения КБ СОГМА 2014–2021 годы г. Владикавказ. Мужчин -184 (50,0%), женщин - 184 (50,0%). Средний возраст – 69,7 года. Рак ГПЖ у 198 (53,8%), рак БДС и ДОХ - 50 (13,6%), опухоль Клацкина - 64 (17,4%), рак печени - 6 (1,6%), рак желчного пузыря - 26 (7,1%), МЖ в ворота печени - 24 (6,5%). Лёгкой степени желтуха (22-100 мкмоль/л) у 41 (11,1%), средней (100-200) – 92 (25,0%), тяжёлой (200 и более) - 235 (63,9%) больных. Сопутствующая патология у 286 (77,7%), в основном: ИБС - 227 (61,7%), сахарный диабет 2 типа - 80 (21,7%). Морфологическая верификация: щипковая биопсия при местно-распространённом раке ГПЖ и ДОХ и при раке БДС у 19 больных: с отрицательным (-) результатом у 3, сомнительным (+-) – 2, положительным (+) – 14. Антеградная браш-биопсия – 3 с ГПЖ (1 – +, 2 - +) и 2 + с Клацкина. Ретроградная браш-биопсия у 3 с ГПЖ (2 – -, 1 – +-), 1 + с ДОХ. Чрескожная трансгастральная трепан-

биопсия - 3 больным с раком ГПЖ (2+, 1--). У 1 осложнилась панкреатореей – пункционное дренирование. Результаты. 631 операция у 366 (99,4%) больных. Первичные операции на БДС у 65 (17,7%), из них безуспешно у 2 (3,1%). У 5 (16,9%) - надсекающая папиллотомия, у 9 (13,8%) - ЭПСТ. У 43 (66,1%) ЭПСТ с билиодуоденальным стентированием, у 1 (1,5%) - назобилиарным дренированием. Методика «Рандеву» у 12 (18,5%). Осложнения у 20 (30,7%): дислокация стента - 14 (21,5%), в 12 (18,5%) из них – рестентирование; кровотечение папиллотомное у 6 (9,2%), у 4 (6,1%) - средней тяжести, у 2 (3,1%) – тяжёлой, с коагуляционным гемостазом у 1 (1,5%). Обструкция пластикового стента у 10 (23,2%) из 43 больных. Чрескожные вмешательства у 301 (81,8%) больных, безуспешно у 4 (1,3%) с Клацкина. Первичное ЧЧНДЖП - 254 (84,4%), из них у 33 (13,0%) – раздельное подоловое или сегментарное. ЧЧНВДЖП у 230 (76,4%), из них первичное у 38 (16,5%), вторым этапом у 192 (83,5%). У 4 (1,7%) безуспешно. У 14 (6,1%) ЧЧНВДЖП одномоментно с ЭПСТ. Осложнения: дислокация дренажа у 32 (10,6%), всем редренирование, в 1 (0,3%) из них с лапароскопическим дренированием брюшной полости; гемобилия у 5 (1,7%) - коррекция положения дренажа; холерея у 5 (1,7%) - пункционное дренирование брюшной полости у 2 (0,7%) и лапаротомией у 3 (1,0%); биллома печени у 1 (0,3%) - пункционно дренирована; у 1 (0,3%) - сдавление долевого протока саморасширяющимся стентом – дренирован; у 2 (0,7%) лёгкий панкреатит - консервативно. Из 368 больных умерло 27 (7,3%). У 4 (1,1%) с Клацкина, Bismut IV из-за желчного перитонита. Прогрессирование ПКН у 19 (5,2%), прогрессирование ЗНО у 4 (1,1%). На основании литературы, анализа 100 МРТ брюшной полости и собственному опыту разработан и внедрён в практическую медицину способ трепан-биопсии опухолей ГПЖ и ДОХ и устройство для его выполнения (патенты №№2722655, 2747591). Применен у 6 больных. Цитологический и гистологический материал в достаточном объёме был получен во всех случаях. В 1 случае использована игла Franzen 21G, в 5 – Bard Magnum 20G. Рак ГПЖ подтверждён у 5, у 4 гистологически и цитологически, у 1 – только цитологически. Хронический панкреатит - у 1 больного. Осложнений нет. Для интраоперационной браш-биопсии ДОХ при злокачественных стриктурах разработано и применено устройство (патент №2729017). Выводы: 1. Применение способа одномоментного пункционного транспечёночного билиодуоденального дренирования с трепан-биопсией опухолей ГПЖ и ДОХ является, как нам

представляется, новым, перспективным направлением в решении проблемы морфологической верификации опухолей ГПДЗ и сокращения сроков диагностики и лечения больных МЖ опухолевого генеза. 2. Устройство для браш-биопсии позволяет сократить время операции и исключить лучевую нагрузку.

235. Интересные факты из жизни Владимира Феликсовича Войно-Ясенецкого

Горбунов А.А., Ефремова Н.В., Иванов С.В.

Симферополь

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

Святитель Лука, он же Владимир Феликсович Войно-Ясенецкий, посвятил свою жизнь служению людям и Богу. Умело совмещая помощь пациентам с двух сторон, он смог спасти не одну жизнь. Но так ли все божественно и прекрасно в его жизни? Владимир Феликсович Войно-Ясенецкий родился 27 апреля 1877 года в г. Керчь Таврической губернии (Крым). Его отец был провизором и единственным в семье, кто вероисповедовал католицизм. Родившись четвертым ребенком, молодого Владимира особо не баловали и с малых лет приучали любовь к труду: как своему, так и чужому. Окончив школу, он собирает вещи и уезжает в Петербург, где пробует свои силы при поступлении в художественное училище. Но в последний момент забирает документы: альтруизм берет верх и он решает стать врачом. Опоздав на вступительные экзамены в медицинский университет, ему приходится год учиться на юридическом факультете Петербургского университета, где начал познавать православие. Его любимым занятием было перерисовывание эскизов икон и убранства храмов. И вот в 1898 году он поступает на медицинский факультет Киевского университета, который в 1903 году заканчивает с отличием. После окончания учебы он вместе с Красным Крестом работает хирургом, принимая участие на поле русско-японской войны 1904-1906гг. Здесь он сталкивается с незнанием медиков вопросов лечения гнойных ран и методов регионарной анестезии. После учебы Войно-

Ясенецкий женится на монахине, уговорив ее послушаться пострига. Однако после 15 лет совместной жизни она умирает от туберкулеза, оставляя четырех детей на попечении Владимира Феликсовича. Уйдя с головой в религию и отдав детей сестре-монахине, в 1921 году Владимир Феликсович был рукоположен в дьяконы и наречен именем Лука (по преданию, именно апостол Лука совмещал живопись и исцеление людей), что дало толчок на путь становления его как епископа. А в 1923 году состоялся монашеский постриг. Инок Лука претерпел испытание тремя ссылками: 1923 год, 1930 год и 1937 год. Во всех изгнаниях ему была разрешена практическая деятельность. Добродетельность он удачно совмещал с постепенным написанием книги по регионарной анестезии и гнойной хирургии. Войно-Ясенецкий является единственным осужденным, кто удостоился одной из наиболее высоких наград: в 1946 году Владимир Феликсович получает Государственную, или Сталинскую, премию СССР за знаменитую книгу «Очерки гнойной хирургии». 150 000 рублей он отдает на благотворительность детям. Темы научных работ Войно-Ясенецкого касались экстренной и гнойной хирургии. Вероятнее всего, это связано с тем, что большую часть жизни Владимир Феликсович работал на должности земского врача, где расстояние до ближайших больниц доходило до 100-200 км. Это отложило свой отпечаток на желании профессора разработать рациональные и эффективные методы регионарной анестезии и хирургических доступов. В 1946 году святитель Лука стал терять зрение. Именно в этот период его назначают архиепископом Крымским и Симферопольским. Епископ Лука проводил Божественную литургию сам, по памяти, а прихожане всегда с упованием ждали его проповедей; умело руководил епархией: сначала сам, а потом через доверенных лиц. В 1947 году полностью дописывается труд «О душе, духе и теле». Полная потеря зрения ограничила активность епископа, однако он до конца жизни продолжал консультировать пациентов и слушать литургии новых священнослужителей. Как мы видим, всю жизнь Владимир Феликсович был верен одной цели: помощь людям. И он достиг своей цели, путем собственных страданий: как личностных (смерть жены, ссылки), так и окружающих его людей (отказ от монашества у жены, отказ от детей путем принятия монашества). Но как бы сложилась его жизнь, если бы тогда, в 1904 году он не уговорил сестру-монахиню выйти за него замуж? Может мы бы и не знали такого Великого епископа как Святитель Лука.

236.К юбилею двух фундаментальных открытий в истории хирургии портальной гипертензии

Анисимов А.Ю.

Казань

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Сентябрь 2022 года знаменателен двумя историческими событиями, оказавшими огромное влияние на развитие хирургии портальной гипертензии, драматичная история которой от первых попыток описания анатомии сосудистой системы печени и объяснения ее предназначения в организме до широкого внедрения ортотопической трансплантации печени насыщена яркими событиями и эмоциями глубокого уважения к тем исследователям и клиницистам, которые трудились на этом поприще. 145 лет назад в Санкт-Петербургской Императорской медико-хирургической академии молодой русский врач Николай Владимирович Экк впервые в эксперименте после пересечения воротной вены соединил ее дистальный конец с нижней полой веной. Фистула Экка, которую сегодня мы назвали бы тотальным портокавальным шунтом, обессмертила имя автора, дав возможность хирургам - гепатологам зашагать уверенной поступью по извилистой исторической дороге хирургии портальной гипертензии. Однако совершенствование оперативной техники эпизодически выполняемых хирургических пособий не сопровождалось значительным прогрессом в результатах лечения, ибо по меткому определению Н.И. Пирогова «...благоприятный исход операции зависел не только от умения хирурга, а и от счастья». 45 лет назад, через девяносто лет после Н.В. Экка, W. Dean Warren, Robert Zeppa et John J. Fomon в Медицинской школе Университета Майами и Мемориальной больнице Джексона (Майами, Флорида, США) предложили новую по тем временам операцию селективного шунтирования через селезенку *in situ*, положив начало эре эффективного хирургического лечения больных портальной гипертензией с помощью селективного дистального спленоренального шунта, который позволил не только сохранить селезенку и левую почку, но обеспечил снижение давления и объема потока через гастроэзофагеальные вены, поддержание портальной венозной перфузии печени и постоянной венозной гипертензии в кишечном русле с послеоперационной профилактикой постшунтовой энцефалопатии и

острой печеночной недостаточности. Теперь хирурги, занимающиеся портальной гипертензией, могли позволить себе, применять хирургический метод не только как последний шанс на спасение больного, но и как альтернативный способ лечения, непосредственно не угрожающий жизни пациента. На рубеже третьего тысячелетия, по иронии судьбы, когда шунтирующая хирургия убедительно демонстрировала свои преимущества в качестве терапевтической альтернативы для лечения портальной гипертензии, показания к дистальному спленоренальному шунту заметно снизились, а число хирургов, свободно его выполняющих, сократилось. Секрет оказался прост: на сцене появились новые игроки. Малоинвазивные эндоскопические процедуры лигирования и стентирования, рентенэдоваскулярные операции трансюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования, и, наконец, достигнувшая совершеннолетия ортотопическая трансплантация печени оставили мало места для шунтирующей хирургии. Каждый виток исторической спирали развития хирургии портальной гипертензии был связан с каким-то революционным событием, открытием или достижением человеческой мысли, значительно повлиявшим на прогресс, которое предыдущее поколение даже не могло себе представить, и конечно же - с яркими личностями великих мыслителей и практиков этой области медицины. Честность в оценке полученных фактов, смелость отказаться от старых устоявшихся догм, а также сила и воля следовать личным идеям, несмотря на яростное сопротивление общества в целом и профессионального медицинского сообщества в частности, лежали и лежат в основе достигнутых ими результатов. Мы низко склоняем голову в память об ушедших от нас первопроходцев и приветствуем всех действующих пионеров в этой области. Фундамент, заложенный ими, привел сегодня к научно обоснованным подходам к лечению пациентов портальной гипертензией. Благодаря усилиям все новых и новых энтузиастов хирургия портальной гипертензии постоянно совершенствуется, и нас с вами, безусловно, ожидает дальнейший её прогресс в XXI веке, в новом тысячелетии.

237. Способ интраоперационного маневра для экспозиции селезеночной и левой почечной вен при формировании спленоренального анастомоза

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

Казань

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Актуальность. При формировании спленоренального анастомоза мобилизация селезеночной вены, расположенной глубоко за поджелудочной железой или в толще последней таит в себе высокий риск непреднамеренного интраоперационного повреждения как самого сосуда, так и поджелудочной железы - основных причин интраоперационного кровотечения и послеоперационного панкреатита, тромбоза шунта, рецидива кровотечения из варикозных вен и, в конечном итоге, - летального исхода. Решение этого вопроса лежит на пути совершенствования интраоперационного приема (маневра), обеспечивающего удобную экспозицию и селезеночной и левой почечной вен. Цель. Разработать и апробировать в клинических условиях способ интраоперационного маневра для экспозиции селезеночной и левой почечной вен при формировании спленоренального анастомоза. Материал и методы. Разработан способ интраоперационного маневра для экспозиции селезеночной и левой почечной вен при формировании спленоренального анастомоза, отличающийся тем, что доступ к поджелудочной железе, селезеночной, левой почечной венам и их притокам выполняют поднятием внутренних органов левого фланка брюшной полости с задней брюшной стенки и отведением их вправо, оставляя при этом селезенку, поджелудочную железу и левую почку на месте, и проводя плоскость мобилизации через белую линию Тольдта (white line of Toldt) в безсосудистой зоне между позадиободочной фасцией (fascia retrocolica) Тольдта (Toldt's fascia) и передним листком почечной фасции (fascia renalis) Героты (Gerota). У 40 пациентов портальной гипертензией различного генеза на первом этапе выполнения спленоренального анастомоза были проанализированы объективные объемно - пространственные показатели в операционных ранах после широкой экспозиции селезеночной, левой почечной вен по предлагаемой методике частичной левосторонней медиальной висцеральной ротации. Полученные результаты.

Объемно-пространственные отношения в ране, достигаемые в результате предлагаемого маневра к левой почечной вене: угол операционного действия по длине $101,30 \pm 1,36$, угол операционного действия по ширине $81,15 \pm 1,47$, угол наклона оси операционного действия $85,40 \pm 1,22$. К селезеночной вене: $89,00 \pm 1,55$, $77,55 \pm 1,03$, $85,95 \pm 1,19$ соответственно. Имели место удобные условия для формирования практически любого варианта спленоренального анастомоза даже при неблагоприятных вариантах сосудистой архитектоники. Ни в одном из 40 клинических наблюдений, не смотря на различные варианты топографической анатомии вен селезеночного и левого почечного бассейнов и различные антропометрические показатели пациентов, не было ни одного вынужденного отказа от спленоренального шунтирования и ни одного непреднамеренного повреждения, как самих сосудов, так и поджелудочной железы и ни одного специфического осложнения, связанного с выполнением предлагаемого интраоперационного подхода к сосудам левого забрюшинного пространства, в том числе повреждения селезенки и ишемии нисходящей ободочной кишки. Вывод. Частичная левосторонняя медиальная висцеральная ротация позволяет быстро и технически просто обнажить все функционально важные анатомические образования I центральной и II левой боковой зон забрюшинного пространства, обеспечивая широкую экспозицию селезеночной вены (v. splenica) с ее притоками, включая верхнюю брыжеечную вену (v. mesenterica superior), нижнюю брыжеечную вену (v. mesenterica inferior), а после вскрытия переднего листка почечной фасции (fascia renalis) Героты (Gerota) - левой почки с ее воротами, левой почечной вены (v. renalis sinistra) и большинства их ветвей, включая левую надпочечниковую вену (v. suprarenalis sinistra), яичковую (v. testicularis), или яичниковую (v. ovarica) вены. Это создает комфортные условия для выполнения основного оперативного приема – наложения сосудистого анастомоза, обладает минимальным риском развития специфических осложнений, связанных с подходом к сосудам левого забрюшинного пространства.

238. Компрессионный гемостаз у пациентов с рефрактерным пищеводным кровотечением

*Анисимов А.Ю., Ибрагимов Р.А., Андреев А.И.,
Логинов А.В.*

Казань

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Актуальность. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что при рефрактерном варикозном пищеводном кровотечении средством гемостаза столь же эффективным и более безопасным, чем баллонная тампонада, могут быть пищеводные саморасширяющиеся нитиноловые стенты. Однако, не смотря на рекомендации, выработанные в ходе целого ряда консенсусных встреч, эта позиция в лечебной программе варикозного кровотечения остается до конца не решенной. Цель. Сравнительный анализ эффективности компрессионного гемостаза саморасширяющимся нитиноловым стентом Danis и зондом - обтуратором Sengstaken–Blakemore при варикозном пищеводном кровотечении, рефрактерным к медикаментозному и эндоскопическому лечению. Материал и методы. Проанализированы результаты компрессионного гемостаза в двух относительно репрезентативных группах больных с рефрактерным варикозным пищеводным кровотечением. В первую группу сравнения вошли 44 (74,6%) пациента, у которых использовали зонд - обтуратор Sengstaken – Blakemore. Вторая основная группа исследования включала 15 (25,4%) пациентов, у которых применили саморасширяющийся нитиноловый стент Danis. Полученные результаты. В группе сравнения осложнения возникли у 44 (100%), а в основной группе - у 8 (53,3%) пациентов. Надежный механический гемостаз с помощью зонда - обтуратора Sengstaken – Blakemore был достигнут в 33 (75,0%), а с помощью стента Danis - в 13 (86,7%) клинических наблюдениях. При интегральной оценке функции внешнего дыхания в группе сравнения была установлена 5 степень снижения вентиляционной способности легких и 3 степень снижения жизненной емкости легких, а в основной группе – 2 и 1 соответственно. При исследовании параметров газового состава крови в группе сравнения на фоне метаболического ацидоза с отрицательными значениями избыточных оснований общее кислотно-основное состояние крови свидетельствовало о наличии у пациентов ацидемии. В основной группе на фоне

метаболического ацидоза со статистически значимыми менее выраженными отрицательными значениями избыточных оснований ($p = 0,044$) уровень pH крови находился на нижней границе физиологической нормы. В то же время статистически значимой разницы в показателях кислотно - основных свойств крови у пациентов исследуемых групп не было зарегистрировано ($p = 0,142$). Общая (госпитальная) летальность в группе сравнения составила 56,8%, в основной группе - 26,7%. Продолжительность койко-дня в группе сравнения у пациентов с циррозом печени класса А составила $19,0 \pm 11,0$ дней ($p = 0,071$), класса В - $10,7 \pm 2,3$ дня ($p = 0,026$), класса С - $2,6 \pm 0,7$ дня ($p = 0,001$). В основной группе - $9,3 \pm 1,5$ дня ($p = 0,007$), $13,2 \pm 2,0$ дня ($p = 0,013$) и $9,7 \pm 2,1$ дня ($p = 0,001$) соответственно. Вывод. Существующие методы остановки кровотечения из варикозных вен пищевода эффективны у большинства пациентов. Однако у 15-20% из них «золотой стандарт» терапии может быть безуспешным из-за серьезных осложнений или не возможности его использования. До недавнего времени единственным доступным вариантом компрессионного гемостаза в такой клинической ситуации была баллонная тампонада зондом - обтуратором Sengstaken-Blakemore - эффективный, но не очень безопасный метод. Остановка кровотечения саморасширяющимся нитиновым стентом Danis в качестве моста, позволяющего стабилизировать состояние пациента до выбора окончательного метода вторичной профилактики варикозного кровотечения, является перспективным альтернативным методом лечения, который может быть использован у пациентов с рефрактерным варикозным кровотечением из пищевода.

239.Современные аспекты менеджмента политравм

*Бабаев Ф.А., Вакулин Г.В., Ледин А.О.,
Бабазаде Д.Ф., Анцупова Л.Б.*

Тверь

Тверской государственной медицинской
университет

Актуальность. Организация и координация оказания помощи при политравмах является очень сложной задачей. Важно организовать доступность оказания специализированной помощи в течение 1 часа - «золотой час» после получения травмы. Примерно 25% пострадавших имеют повреждения, при которых помощь необходимо оказывать по жизненным показаниям в течение 1 часа и от оказания помощи зависит выживут они или нет. Материал и методы. Мы изучили результаты менеджмента у 68 пациентов с политравмами. Всем пациентам была оказана помощь в соответствии с принципами протокола ATLS (Advanced Trauma Life Support). В качестве критерий для оценки пациентов этой группы использовались: количество травм, средний балл тяжести травмы, шкала комы Глазго при поступлении и выписке, продолжительность пребывания (в часах) в приемном отделении, летальность в стационаре и в течение 1 месяца после травмы, независимо от того, перенесли ли пациенты операцию, нуждаются ли пациенты в травма контролирующей хирургии (Damage Control Surgert - DCS), количество ангиоэмболизации и среднее пребывание больных в реанимации. Средний возраст пациентов составил $38,4 (\pm 8,4)$ (диапазон 18-84 лет). Мужчины подвержены были травмам в три раза чаще, чем женщины. Пациенты были в основном военным персоналом или были заняты в промышленном секторе. Основной причиной травмы были огнестрельные ранения и повреждения, дорожно-транспортных происшествий. В 3 случаях отмечено одномоментное массовое поступление пациентов, что потребовало сортировку пациентов и подразделение их на группы по очередности оказания помощи. Оценка состояния пациентов и оказание помощи проводили по системе ABCDE. При этом, мы всегда выделяли наличие смертельной триады (ацидоз, гипокоагуляция и гипотермия). Больным с смертельной триадой применяли травма контролирующую хирургию (TKX-DCS). Пациенты лечились согласно этическим нормам Хельсинкской Декларации. При диагностике политравм применяли протоколы FAST и BLUE, а также КТ груди

и живота. Полеченные результаты. У изучаемых 68 больных с политравмой помимо поврежденных живота и груди наиболее распространенными поражениями были переломы трубчатых костей и костей таза, сотрясение и ушиб головного мозга. В мультидисциплинарную команду по менеджменту политравм включали общего хирурга, торакального хирурга, нейрохирурга, травматолога, а при необходимости и других специалистов. В 44 случаях (64,7%) применена тактика травма контролирующая хирургия; в 7 случаях (10,3%) проводили эмболизацию кровоточащего сосуда; в 17 (25%) случаях окончательную хирургию. При поступлении в отделение неотложной помощи средняя pSS составляла $36,7 (\pm 3,5; 4-75)$, Средние Баллы по Glasgow Coma Score (GCS) (SD range) $10,4 (\pm 3,4; 3-15)$ Обсуждение. Оказание помощи более 1 часа после получения травмы, неадекватная первичная оценка состояния пострадавших, сортировка, отсутствие необходимых специалистов и необходимого оснащения может увеличить летальность. Приоритет и последовательность оперативных вмешательств и процедур зависит от характера повреждений, наличия доминирующей и жизнеугрожающей травмы. Выводы. При лечении политравм необходимо определить приоритеты лечения и последовательность выполнения процедур, а при наличии смертельной триады необходимо применить травма контролирующую хирургию. Целесообразность исследования, назначение диагностических процедур и время проведения исследования зависит от состояния пациента. Рекомендации. Для решения диагностических проблем и адекватной сортировки необходимо иметь в доступности радиологические ресурсы и подготовленный персонал. Для адекватного оказания помощи важным условием является наличие необходимого количества подготовленного персонала, мультидисциплинарную команду, хороший менеджмент и оснащение оборудованием и медикаментами.

240.NPWT – терапия в лечении пациентов с хирургической инфекцией

Кисляков В.А., Горшунова Е.М., Амиралиев Р.М.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. А.К.Ерамишанцева ДЗМ

Актуальность. NPWT -negative pressure wound therapy – терапия ран отрицательным давлением. Научное обоснование получили ряд патогенетических механизмов воздействия на рану: активное дренирование раны; поддержание влажной раневой среды; удаление биопленки; сокращение сроков бактериальной деконтаминации раны; быстрое купирование локального интерстициального отека; усиление местного кровообращения; микро - и макродеформация тканей раневого ложа; уменьшение площади и/или объема раны; стимуляция роста грануляционной ткани; профилактика экзогенной инфекции; усиление эффекта системного медикаментозного лечения; сокращение сроков лечения. Кроме того, преимуществами метода являются: отсутствие частых перевязок, комфорт для пациента, мобильность, снижение негативных психологических явлений. Противопоказания также известны — это риск раннего послеоперационного кровотечения и близкое расположение сосудов, нарушение свертываемости крови, раны на фоне критической ишемии, некротические или малигнизированные раны, свищи неясной этиологии, не санированные очаги остеомиелита, не комплаентное или неадекватное психическое состояние пациента. Диапазон используемого отрицательного давления от 50 до 200 мм. рт. ст. Установлено, что применение локального прерывистого вакуума в течение 4-5 минут на уровне – 125 мм рт. ст. с последующим снижением вакуумного воздействия в течение 2 минут до – 75 мм рт. ст. является наиболее оптимальным режимом лечебного воздействия на рану для стимуляции местного кровообращения (М. Морукас с соавтор., 1997, В.Н.Оболенский с соавт., 2014, 2015, 2016, 2020, С.В.Горюнов с соавт, 2014, 2016, В.А.Кисляков с соавт, 2018, 2019, 2021). Цель: Представить опыт лечения пациентов с хирургической инфекцией разной локализации. Материал и методы. В лечебном процессе мы использовали вакуумные системы ATMOS S 042 NPWT «Vivano Tec» Hartman и SUPRASORB CNP P1 Lohmann Rauscher с оптимальным уровнем отрицательного давления в переменном режиме и

диапазоне 125/65-75 мм. рт.ст. с интервалом снижения в 3-4 минуты. Кроме того, в случаях обильной экссудации и наличия обширных раневых дефектов, на первых этапах лечения применяли постоянный режим вакуума в диапазоне 80 -130 мм рт ст. За последние 4 года (2018-2021 гг.) нами было пролечено 884 пациента в возрасте от 25 до 70 лет. Результаты и обсуждение. В 751 (85%) случаев метод отрицательного давления применялся в лечении пациентов с поражением мягких тканей различной локализации и объемов поражения. У 56 (6%) при обострении хронических остеомиелитов костей, у 10 (1)% после эндопротезирования тазобедренных суставов и в 15 (2%) случаях после применения наkostной пластины или интрамедуллярного протезирования после переломов костей. В 42 (5%) случаях удалось сохранить имплант после герниопластики передней брюшной стенки сеткой после операций рецидивных грыж. У 5(0,5%) пациентов применили в лечении перитонита и у 5(0,5%) при эвентерации в раннем послеоперационном периоде. У ряда больных лечение было длительным и включало этапные хирургические обработки ран с УЗК «Фотон», а также неоднократные перемонтажи системы NPWT-терапии. Микробный пейзаж гнойно-некротических очагов был представлен с превалированием *Staphilococcus aureus* – 400 (45%), *Escherichia coli* - 45 (5%), *Pseudomonas aeruginosa* – 55(6%). Микробные ассоциации встречались в 384 (44%) случаев. Среднее время между сменами вакуум-систем составило $3 \pm 0,5$ суток. Среднее количество смен повязок для подготовки ран к закрытию 5 ± 3 . Закрытие ран производилось: вторичным ранним или поздним швом, в том числе пластикой «местными» тканями или пластикой расщепленными кожным трансплантатом. При этом также использовали метод NPWT-терапии, но в переменном режиме 125/65-75 мм. рт.ст.. После закрытия раневых дефектов отторжения аутотрансплантатов и осложнений не отмечено. Выводы. Применение в комплексном лечении хирургической инфекции NPWT-терапии способствует ускорению купирования воспаления, очищению раневых дефектов, стимуляции регенерации и уменьшению площади раневых дефектов. Метод позволяет создать условия для реконструктивно-пластического закрытия ран, уменьшить сроки стационарного лечения. Заключение. Вакуум-терапия является современным, безопасным и эффективным методом в комплексном лечении ран.

241. Слово и дело профессора Виктора Петровича Полякова (85-летию со дня рождения посвящается)

Белоконов В.И. (1) Белый В.С. (2), Горячев В.В. (1,2), Савельева Г.Г. (2), Хохлунов С.М. (1,2), Поляков П.В. (2)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) Самарский областной клинический кардиологический диспансер

Виктор Петрович Поляков родился 4 апреля 1937 года в городе Сорочинске Оренбургской области в семье учителя географии. После окончания школы Виктор Петрович в 1954 году поступил в Куйбышевский медицинский институт, который окончил в 1960 году. Первым местом его работы была Куйбышевская областная противотуберкулезная больница имени З.П. Соловьева. Среди хирургов отделения особое место занимал В.В. Степанов, его широкая эрудиция и большой практический опыт заложили в Викторе Петровиче основы тонкостей оперативной техники. В 1962 году он прошел усовершенствование по грудной хирургии в Центральном институте усовершенствования врачей у академика Льва Константиновича Богуща. По возвращению из командировки Виктор Петрович впервые в Куйбышеве выполнил плеврэктомию у больного с хронической эмпиемой плевры (1962 год). В 1963 году во время работы с тяжелыми больными у Виктора Петровича появились признаки открытой формы туберкулеза легких, который, к счастью, на фоне лечения был купирован. Но при этом встал вопрос о смене места работы. В этот сложный период профессор Георгий Львович Ратнеру принял его на работу в клинику факультетской хирургии на должность ординатора. Около 5 лет Виктор Петрович проработал в отделении общей хирургии, затем Георгий Львович предложил Виктору Петровичу перейти на работу в отделение сердечной хирургии, которым руководил Евгений Васильевич Пономарев. Так, у Виктора Петровича начался новый этап в жизни - освоение кардиохирургии под руководством профессора Г.Л. Ратнера, который в тот период с большим упорством и мужеством развивал это направление, основу которого в г. Куйбышеве заложил профессор С.Л. Либов. В 1968 году Виктор Петрович защитил кандидатскую диссертацию и был переведен на должность ассистента кафедры факультетской

хирургии. В том же году по предложению профессора Г.Л. Ратнера Виктор Петрович приступил к работе над докторской диссертацией, посвященной управлению работой сердца электрическими импульсами. Ученых, занимающихся лечением тяжелых аритмий сердца, в СССР объединял академик Юргис Юозович Бредикис – руководитель хирургической кафедры в Каунасе. На протяжении всего периода жизни В.П. Полякова и Ю.Ю. Бредикиса связывали теплые дружеские отношения. Защита докторской диссертации В.П. Полякова, посвященной использованию парной электрической стимуляции при тяжелых аритмиях сердца, состоялась в городе Москве в 1974. В 1976 году Виктор Петрович возглавил кардиохирургическую службу в открывшейся в Куйбышеве специализированной кардиологической больнице №15, в организации которой он вместе с главным врачом Валентином Иосифовичем Усенко принял самое непосредственное участие. 1 сентября 1976 года во вновь открытой больнице была выполнена первая операция – перевязка открытого артериального (Боталлова) протока. Расширение объема операций в больнице проходило постепенно, по мере ее оснащения современной аппаратурой и аппаратами искусственного кровообращения. К началу 80-х годов Виктору Петровичу удалось собрать вокруг себя коллектив единомышленников: хирургов Г.А. Фролов, В.С. Белый, И.Ю. Каганов, С.Е. А.М. Якунин, В.В. Горячев, С.М. Хохлунов, С.Е. Шорохов, Н.Н. Шаньгин, Н.В. Лапшина, А.П. Семагин И.А.; анестезиологов-реаниматологов Э.С. Зильберман, А.П. Максимкина, которая была воспитанницей С.Л. Либова, Ю.Л. Дунаев, И.А.Осадчий. В 1976 году Виктор Петрович, работая в кардиоцентре на общественных началах, в 1982 был назначен, а затем избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой детской хирургии, которой он руководил 13 лет до 1991 года. Самым поразительным качеством характера Виктора Петровича было стремление добиваться намеченной цели, несмотря на трудности и предполагаемые неудачи, которые он с успехом научился преодолевать. Так было и с получением современного аппарата искусственного кровообращения, которого в Куйбышеве тогда не было, и с освоением новой операции «лабиринт», для знакомства с которой Виктор Петрович со своим учеником В.В. Горячевым отправился в Соединенные штаты Америки в город Сент-Луис к профессору Джеймсу Каксу. Всё это позволили под руководством Виктора Петровича коллективу кардиодиспансера в короткий срок пройти самый сложный путь от выполнения внесердечных

вмешательств и комиссуротомии к операциям под гипотермией и искусственным кровообращением. Вскоре по числу и диапазону выполняемых оперативных вмешательств позволило им не только войти в лидирующую группу кардиохирургических центров страны, но и занять в ней достойное по тем временам место. В больнице стали выполнять операции при ишемической болезни сердца (аорто-коронарное шунтирование), пластику постинфарктных аневризм, сочетанные вмешательства при пороках сердца и ишемической болезни, вмешательства у больных с инфекционным эндокардитом. Огромным достижением кардиодиспансера стало открытие отделения хирургии пороков сердца у новорожденных и детей моложе трех лет, которое возглавили ученики Виктора Петровича Владимир Владимирович Горячев и Сергей Евгеньевич Шорохов. Развитие кардиохирургической службы в Самарской области требовало постоянного участия Виктора Петровича, и в 1991 году он принял решение оставить кафедру детской хирургии, передав ее доктору медицинских наук М.А. Барской. При поддержке ректора СамГМУ академика РАН Александра Федоровича Краснова в Самарском государственном медицинском университете была открыта первая в стране кафедра кардиологии и кардиохирургии факультета усовершенствования врачей, заведующим был назначен профессор Виктор Петрович Поляков, который руководил ею на протяжении четверти века. Время бежит быстро, уже прошло 6 лет (16 сентября 2016 года), как Виктора Петровича не стало, но ощущения, что его нет рядом, нет! Он в мыслях тех, кто его знал в быту, по работе, читал его стихи или просто слышал о нем. Особенно поражала в Викторе Петровиче его реакция в экстремальных хирургических ситуациях, когда он принимал молниеносное решение, благодаря которому больной оставался жить. Поляков Виктор Петрович - Заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор; почетный профессор Самарского государственного медицинского университета; почетный гражданин городского округа Самара; награжден орденом Дружбы, золотой медалью имени Чижевского – высшей наградой Академии медико-технических наук; награжден Первой национальной премией «Призвание», его имя внесено в энциклопедию «Лучшие люди России»; Самарский областной клинический кардиологический диспансер носит имя В.П. Полякова. Под руководством В.П. Полякова защищено около 30 кандидатских и 5 докторских диссертаций.

242.Современные подходы к выбору метода гемостаза у пациентов с гастродуоденальным кровотечением на фоне тяжелой сопутствующей патологии

*Гезалов Ф.Ф., Тверитнева Л.Ф., Ярцев П.А.,
Коков Л.С., Тетерин Ю.С.*

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) в 10-15% осложняют течение язвенной болезни, а также в 41,5% случаев наблюдаются у пациентов с запущенными формами рака желудка. Эндоскопический гемостаз является основным методом, который позволяют в 80—98% остановить кровотечение и в 70—80% предупредить его рецидив. Однако до сих пор сохраняется небольшая группа пациентов - от 3,6 до 13%, у которых эндоскопический гемостаз неэффективен или наблюдается рецидивирующий характер кровотечения. В большей мере это касается пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, когда кровотечение происходит на фоне грубых нарушений гомеостаза и снижения репаративных процессов слизистой желудочно-кишечного тракта. В этих случаях частота рецидивов кровотечения достигает 37,5%, а хирургическое лечение у этой категории больных является крайней мерой. Показатель летальности достигает 20-40%. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с ГДК на фоне тяжелой сопутствующей патологии путем выбора методов гемостаза, альтернативных хирургическому лечению. Материалы и методы. Материалом исследования явились 34 пациента, находящиеся на лечении в реанимационных отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с ГДК различного генеза. В эту группу включены больные, у которых после проведенного эндоскопического гемостаза сохранялся высокий риск рецидива кровотечения, что по шкале Rockall составило 8±1 балла. Из них 19 мужчин (55,88%) и 15 женщин (44,12%), средний возраст 64 года, SAPS 8±2. Источником кровотечения у 14(41,18%) пациентов явилась язва двенадцатиперстной кишки, у 9(26,47%) язва желудка, у 9(26,47%) рак желудка, у 2(5,88%) опухоль двенадцатиперстной кишки. Кровотечение возникло на фоне сопутствующей патологии: у 7(20,59%) пациентов – заболевания

нейрохирургического профиля, у 10(29,41%) - распространенный онкологический процесс, у 12(35,3%) - сердечно-сосудистая патология, у 4(11,76%) - двусторонняя пневмония, у 1(2,94%) панкреонекроз. Учитывая сохраняющийся высокий риск кровотечения, всем этим пациентам в качестве альтернативного метода решено было выполнить эндоваскулярное вмешательство на артериях желудка и 12-перстной кишки. Результаты. Эндоваскулярное вмешательство заключалось в диагностической аортографии, селективной катетеризации чревного ствола, ангиографии отходящих сосудов, селективной катетеризации и эмболизации заинтересованных артерий. Эмболизацию сосудов удалось произвести 25(73,5%) пациентам из 34: левой желудочной артерии у 13, гастродуоденальной артерии у 11 больных, правой желудочной артерии у 1. Во всех случаях был достигнут надежный гемостаз, рецидива кровотечения не наблюдалось. У 9(26,5%) больных рентгенэндоваскулярный гемостаз не удалось выполнить из-за анатомических особенностей кровоснабжения зоны интереса. В 4(44,44%) из 9 случаев отмечался выраженный спазм сосуда, в 2(22,22%) - диаметр сосуда был менее 1мм, в 2(22,22%) других случаях имелись патологически извитые, измененные сосуды, а в 1(11,11%) - возникла опасность попадания эмболов в сосуды печени в связи с тем, что из бассейна гастродуоденальной артерии контрастировались ветви VII-VI сегментов печени. 2(22,22%) из этих 9 пациентов с безуспешной попыткой эндоваскулярной эмболизации выполнена экстренная операция с достижением гемостаза, 7(77,78%) - повторное эндоскопическое исследование с трехэтапным гемостазом с положительным эффектом. Из 34 исследуемых пациентов умерли 13 (38%) – все вследствие осложнений основной патологии. Причиной смерти у 7(54%) из них была полиорганная недостаточность, у 3(23%) - двусторонняя пневмония, еще у 3(23%) прогрессирование онкологического процесса. Стоит отметить, что продолжающееся ГДК не явилось причиной смерти ни у одного пациента. Заключение. Комплекс методов, включающий последовательное выполнение эндоскопического гемостаза и эндоваскулярной эмболизации является эффективным в 100% случаев остановки гастродуоденального кровотечения с высоким риском его рецидива у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

243. Новые лабораторные критерии диагностики деструкции желчного пузыря

*Яшнов А.А., Лобанов С.Л., Бурцева М.А.,
Коновалова О.Г.*

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА

Введение. По статистическим данным количество пациентов с острым калькулезным холециститом с каждым годом растет и в настоящее время составляет ? от всех больных с ургентной хирургической патологией. Смертность при остром холецистите колеблется от 2 до 12%. Одной из причин летальности является деструкция стенки желчного пузыря 42-48%. Цель. Оценить изменения креатинфосфокиназы (КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови в зависимости от степени деструктивных изменений в стенке желчного пузыря при остром холецистите. Материалы и методы. Нами проведено одномоментное исследование 105 пациентов с различными клинико-морфологическими вариантами острого калькулёзного холецистита (острый катаральный холецистит (n=35); острый флегмонозный холецистит (n=35); острый гангренозный холецистит (n=35)), сопоставимые по возрасту, полу и сопутствующей патологии. Группу клинического сравнения составили 35 пациентов, страдающие хроническим калькулёзным холециститом. Всем больным при поступлении в стационар с подозрением на острый холецистит в первые 2 часа проводилось определение активности креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы в сыворотке крови. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 11.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине. Результаты исследования. Оценивая полученные результаты, нами обнаружено, что активность этих ферментов при деструктивном холецистите возрастает. У больных с деструктивными формами острого холецистита (флегмонозный и гангренозный) средний показатель креатинфосфокиназы составил $302,2 \pm 32,5$ Ед/л ($p < 0,05$), а лактатдегидрогеназы $318,3 \pm 29,4$ Ед/л ($p < 0,05$). У больных с не деструктивной формой острого холецистита (катаральный) средняя концентрация креатинфосфокиназы составила $168,7 \pm 18,3$ Ед/л ($p < 0,05$) и лактатдегидрогеназы $282,6 \pm 18,3$ Ед/л ($p < 0,05$). В группе клинического сравнения установлены следующие значения:

креатинфосфокиназы - $73 \pm 29,7$ Ед/л ($p < 0,05$) и лактатдегидрогеназы - $292 \pm 29,7$ Ед/л ($p < 0,05$). Отмечено, что по мере нарастания деструктивных процессов данные показатели повышаются. Заключение. Таким образом, использование результатов исследования креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы в сыворотке крови в комплексе с известными диагностическими методами, позволит улучшить прогнозирование тяжести изменений в стенке желчного пузыря и соответственно выбирать наиболее рациональную тактику в каждом конкретном случае.

244. Технические аспекты безопасности лапароскопической декомпрессии чревного ствола

*Хамид З.М., Василевский Д.И., Корольков А.Ю.,
Баландов С.Г.*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова Минздрава России, 2) НИИ хирургии и неотложной медицины

Введение. Синдром компрессии чревного ствола – заболевание, характеризующееся симптомами хронической абдоминальной ишемии и нейровегетативными расстройствами, развивающимися вследствие сдавления чревного ствола и нервных волокон солнечного сплетения близлежащими анатомическими структурами (срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками, нервными ганглиями или периартериальными фиброзными тканями). Радикальное лечение синдрома компрессии чревного ствола на сегодняшний день возможно только хирургическим путем. Достаточное долгое время оперативное вмешательство по декомпрессии чревного ствола выполнялось из традиционного доступа - верхней срединной лапаротомии. Однако с развитием малоинвазивной хирургии преимущества лапароскопического доступа при этом виде оперативного вмешательства становятся вполне очевидными. Тем не менее, несмотря на продемонстрированную на основании ряда исследований сопоставимость клинических результатов открытых и лапароскопических

методик, высокий риск возникновения массивных интраоперационных кровотечений при лапароскопическом доступе, частота которых достигает 10-27%, сдерживает широкое внедрение этого метода в практику. Цель. Разработать методы профилактики массивных интраоперационных кровотечений при лапароскопической декомпрессии чревного ствола. Материалы и методы. Предложен способ профилактики массивных интраоперационных кровотечений в случае повреждения чревного ствола при лапароскопическом виде оперативного вмешательства путем превентивной установки эндоваскулярного баллона в чревный ствол. Первым этапом перед выполнением лапароскопической декомпрессии чревного ствола осуществляется селективная ангиография чревного ствола с установкой баллонного катетера таким образом, что баллончик располагается на всем протяжении сосуда от аорты до места отхождения его ветвей. В случае развития кровотечения вследствие нарушения целостности стенки сосуда осуществляется раздувание баллона, прекращающее кровоток по чревному стволу, что позволяет визуализировать дефект и осуществить гемостаз лапароскопическим или, при необходимости, открытым доступом. Основным этапом оперативного вмешательства осуществляется с использованием 5-портового доступа. Технически используются следующие основные принципы: 1. тщательный анализ индивидуальной архитектоники чревного ствола по созданным 3D реконструкциям. 2. ретроградный доступ к зоне чревного ствола. 3. применение только биполярного или режущего инструментария для выделения сосудистых элементов. 4. контакт с сосудистой стенкой только «холодной» браншей режущего инструмента. 5. использование рабочих инструментов максимально параллельно выделяемым сосудистым структурам. Результаты. В период с ноября 2018 года по июль 2021 года в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова лапароскопическое вмешательство выполнено 17 пациентам с синдромом компрессии чревного ствола, из них 10 пациентам - с применением вышеуказанной методики. Из 17 пациентов было 12 (70,6%) женщин и 5 (29,4%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 39,9 (от 19 до 64 лет). В двух случаях (13,3%) в результате повреждения нижней диафрагмальной артерии развилось интраоперационное кровотечение. В одном случае кровотечение было остановлено ушиванием дефекта стенки сосуда с применением предложенного способа. Во втором случае, вследствие отхождения нижней диафрагмальной

артерии от аорты в области устья чревного ствола, вне зоны установленного баллона, возникло неконтролируемое кровотечение. Выполнена конверсия доступа (6,7%), остановка кровотечения. Продолжительность оперативных вмешательств составила от 65 до 180 мин, в среднем 115 мин. Средний койко-день после операции был 5,3 суток. Результаты лечения в срок от 6 мес до 3-х лет оценены у 16 (94,1%) пациентов. Регресс симптомов отмечен у 14 (87,5% больных с изученными результатами). У двух человек (12,5%) сохранялись умеренные диспептические расстройства при нормальных гемодинамических показателях в чревном стволе, что потребовало в дальнейшем наблюдения у гастроэнтеролога. Выводы. Предлагаемый способ превентивной эндоваскулярной катетеризации чревного ствола баллонным катетером перед выполнением лапароскопической декомпрессии чревного ствола позволяет значительно снизить риски массивных интраоперационных кровотечений, степень кровопотери при повреждении сосуда и, как следствие, значительно расширить применение эндовидеохирургических методик в хирургическом лечении синдрома компрессии чревного ствола.

245. Опыт осложнений лапароскопической антирефлюксной хирургии и пути их решения

Бородкин И.Н., Демин Д.Б., Лященко С.Н., Савин Д.В.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Одним из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний в России является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вызванная, как правило, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Основным способом радикального лечения ГПОД является хирургический, при этом лапароскопический доступ в настоящее время является предпочтительным. Однако несмотря на развитие малоинвазивных методик частота осложнений оперативного лечения может достигать 17-22%. Цель исследования: провести анализ осложнений оперативного лечения

пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Материалы и методы. Представленная работа основана на 10-летнем опыте хирургического лечения ГПОД на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга. С 2012 года по настоящее время прооперировано 167 пациентов с ГПОД I-IV типов в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст 52,7 года), из них 108 женщин и 59 мужчин. Все операции выполнялись лапароскопическим доступом, за исключением конверсий. Использовалась эндоскопическая система высокого разрешения Karl Storz Image 1 и стандартный набор лапароскопических инструментов. Всем пациентам выполнялось лапароскопическое вмешательство в объеме крурорафии, фундопликации по методике «short floppy» R. Nissen. Пластика синтетическими эндопротезами не применялась. Результаты. Интраоперационные осложнения возникли у 6 пациентов (3,6%): повреждение пищевода – 1 (0,6%), кровотечение из селезенки – 1 (0,6%), повреждение медиастинальной плевры с карбокситораксом – 4 (2,4%). Все случаи были вовремя диагностированы и устранены. При повреждении пищевода, ввиду малого опыта была выполнена конверсия, ушивание перфоративного отверстия, укрытие ушитого отверстия фундопликационной манжетой, дренирование средостеня, гастростомия – благоприятный исход. При кровотечении из селезенки был применен гемостатический препарат «ТахоКомб» - гемостаз достигнут. При повреждении медиастинальной плевры с развитием одностороннего карбокситоракса интраоперационно выполнена коррекция вентиляционных нарушений и снижено внутрибрюшное давление до уровня 8-10 мм рт.ст. Дренирование плевральной полости не производилось. В послеоперационном периоде выполнялся Rg-контроль грудной клетки до полного расправления легкого. В раннем послеоперационном периоде неблагоприятные явления отмечались у 23 пациентов (13,7%): кровотечение из левой желудочной артерии – 1 (0,6%), транзиторная дисфагия – 22 (13,1%). Кровотечение из левой желудочной артерии возникло спустя 2 часа после оперативного вмешательства, была выполнена конверсия и прошивание кровоточащего сосуда – благоприятный исход. Транзиторная дисфагия в 5 (3,0%) случаях была III-IV степени выраженности по А.И. Савицкому. Пациентам выполнялось 2-3 кратное эндоскопическое бужирование или баллонная дилатация под контролем видеогастроскопа с положительным эффектом. В 17 (10,1%) случаях отмечалась дисфагия I и II степени выраженности, которая полностью купировалась

самостоятельно в течении 1-1,5 месяцев после операции. Осложнения в позднем послеоперационном периоде отмечались у 4 пациентов: стойкая дисфагия – 1 (0,6%), рецидив грыжи – 3 (1,8%). Стойкая дисфагия наблюдалась в течении 8 месяцев, эндоскопические методики не привели к успеху. Было выполнено повторное лапароскопическое вмешательство с широкой мобилизацией дна желудка и рефундопликацией – дисфагия устранена. При рецидивах грыжи в 2 случаях выполнена повторная крурорафия. В 1 случае произведено устранение ущемляющего кольца и, ввиду большого дефекта пищеводного отверстия диафрагмы, выполнена медиастинализация фундопликационной манжеты. Летальных исходов после оперативного лечения не отмечено. Выводы. Таким образом, лапароскопическая крурорафия и фундопликация «short floppy» R. Nissen наряду с хорошей эффективностью обладает довольно низким процентом осложнений. Однако, наличие данных осложнений побуждает проводить дальнейшую исследовательскую работу в этой области.

246. Осложнения дивертикулов двенадцатиперстной кишки: диагностика и лечение

Шаймарданов Р.Ш. (1), Малков И.С. (1), Филиппов В.А. (1), Коробков В.Н. (1), Губаев Р.Ф. (2).

Казань

1) КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2) ГАУЗ ГКБ 7 г. Казани

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДДК) занимают второе место по частоте возникновения после дивертикулов ободочной кишки и, как правило, бывают врожденными. Не осложненные ДДК обычно клинически не проявляются. Наиболее частыми осложнениями ДДК являются дивертикулиты, причиной которых являются застой, травматизация пищевыми массами, процессы гниения и брожения. Иногда в дивертикуле образуются эрозии, язвы, которые в свою очередь могут осложниться значительными кровотечениями, перфорацией. В ряде случаев ДДК нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки

(ДПК) осложняются механической желтухой вследствие сдавления большого дуоденального сосочка (БДС) и панкреатической части холедоха воспаленным дивертикулом. Другим механизмом развития желтухи может стать распространение воспалительного отека с дивертикула на БДС при парафатериальной или интрадивертикулярной локализации БДС. Многократные рецидивы дивертикулитов и папиллитов приводят к рубцовой стриктуре БДС вплоть до декомпенсации желчеоттока и развития желтухи. Описаны случаи формирования свищей между дивертикулом и холедохом с развитием явлений рефлюкс-холангита и желтухи. Клинические проявления ДДК зависят от их локализации в различных отделах ДПК. Так, например, при локализации дивертикула в верхне-горизонтальном отделе ДПК отмечается симптоматика язвенной болезни вследствие попадания в дивертикул кислого желудочного содержимого и возникновения эрозий и язв. При расположении ДДК в нисходящем отделе ДПК преобладают симптомы панкреатобилиарной патологии (панкреатит, холангит, желтуха). Дивертикулы ниже-горизонтального отдела ДПК, как правило, бывают множественными и проявляются картиной хронической дуоденальной непроходимости. Диагностика. Наиболее информативным методом в диагностике ДДК является рентгеноконтрастное исследование, особенно зондовая или беззондовая релаксационная дуоденография. Методика позволяет установить локализацию, количество, форму, размеры ДДК. Для эндоскопической визуализации доступны дивертикулы, локализованные в верхней трети и нисходящем отделе ДПК, а ниже-горизонтальные отделы осмотреть не удастся. По статистике 10 – 15% ДДК локализуются в ниже-горизонтальном отделе. Дуоденоскопия позволяет установить наличие дивертикула, отношение БДС к дивертикулу (парафатериальное, интрадивертикулярное расположение БДС), размеры устья. Ультразвуковое исследование (УЗИ) в диагностике ДДК малоинформативно. Большие (4 – 5 см) интрапанкреатически расположенные дивертикулы иногда принимают за кисты головки поджелудочной железы. Эндо-УЗИ позволяет визуализировать слои стенки ДПК, дивертикул и его отношение к поджелудочной железе. МРТ, КТ по своей информативности уступают эндо-УЗИ. Основным методом лечения является консервативное лечение. В нашей клинике разработан метод интрадуоденального орошения лечебной смесью. Метод заключается в установлении 2 мл хлорвинилового катетера через

манипуляционный канал эндоскопа в зону локализации ДДК. Наружный конец катетера выводится трансназально и фиксируется к щеке лейкопластырем. Ежедневно капельно проводится орошение лечебной смесью состоящей из 100,0 мл 0,25% новокаина или физиологического раствора с добавлением 2 мл церукала и 10,0 мл 25% магния сульфата (как прокинетиков), 25 мг гидрокортизона с целью снятия отека, 1,0 канамицина и 1,0 метронидазола (как антибактериальные препараты). Курс лечения 10 – 12 сеансов. Показаниями к хирургическому лечению являются: - большие (5-6 см) дивертикулы с местными осложнениями - дивертикулитами; - стенозы БДС при парафатериальных дивертикулах или интрадивертикулярном расположении БДС; - дивертикуло-холедогеальные свищи; - ДДК осложненные клинически значимыми кровотечениями; - множественные ДДК с явлениями хронической дуоденальной непроходимости. Применяются два вида оперативных вмешательств: дивертикулэктомия (резекция) и резекция желудка по Бильрот 2 с целью выключения ДПК. Резекции дивертикулов выполняются обычно при их экстрапанкреатической локализации. Есть сообщения об их лапароскопическом исполнении. Мы располагаем опытом 13 хирургических вмешательств при ДДК. В 4-х наблюдениях выполнены дивертикулэктомии и в 9-ти - выключение ДПК методом резекции желудка по Бильрот 2. Показаниями для выключения ДПК были: - большие дивертикулы с частыми дивертикулитами (5 пациентов); - диагностированный дивертикуло-холедогеальный свищ (1 пациент); - множественные ДДК (от 4 до 6) с нарушением дуоденальной проходимости (2 пациента); - интенсивное желудочно-кишечное кровотечение из язвы дивертикула, локализованное в ниже-горизонтальном отделе ДПК (1 пациент). Резекции желудка выполнены в модификации Земляного у 2-х пациентов, по Ру у 3-х пациентов и по Бальфуру у 9-ти пациентов. Клинически значимых осложнений и летальных случаев не было. При развитии стриктур парафатериально расположенных БДС нами выполнено 16 эндоскопических папиллосфактеротомий (ЭПСТ) - при протяженности стриктур не более 2 см. При протяженности стриктур более 2 см в 3-х наблюдениях выполнены баллонная дилатация с последующим длительным стентированием пластиковым стентом (2-3 месяца). После ЭПСТ в 3-х случаях наблюдали клинически значимые явления панкреатита, которые разрешились консервативным путем. Летальных случаев не было. Экстренно был оперирован один

пациент, который поступил в клинику с интенсивным желудочно-кишечным кровотечением. При ФЭГДС источника кровотечения в пищеводе, желудке, ДПК не обнаружено. Кровь поступает в желудок из дистальных отделов ДПК. Установлены показания к экстренной операции. При ревизии в доступных отделах ДПК и тонкой кишки никаких образований не выявлено. Выполнена интраоперационная энтероскопия через дуоденотомный доступ в ниже-горизонтальном отделе. В дистальном отделе ДПК обнаружен большой дивертикул с широким устьем (1 см), осложненный язвой около 8 мм с продолжающимся кровотечением. Кровотечение остановлено методом аргоноплазменной коагуляции. В последующем, с учетом большой вероятности рецидива кровотечения, выполнено выключение ДПК методом резекции желудка.

247. Паховые грыжи у пациентов с раком простаты после радикальной роботической или лапароскопической простатэктомии

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

Ростов-на-Дону

МБУЗ КДЦ "Здоровье"

Актуальность проблемы. Одним из известных осложнений простатэктомий (как открытой, так и эндоскопической) являются паховые грыжи. В Европе авторы работ отмечают появление паховых грыж примерно от 7 до 25% больных, которым была выполнена радикальная операция при раке простаты. В Китае по данным авторов научных работ паховая грыжа была выявлена в 16% случаев после радикальной простатэктомии и у 7% больных после лапароскопической или роботической простатэктомии. Целью работы явилось проведение анализа выполненных «ненатяжных» пластик паховой грыжи среди пациентов, которые перенесли в прошлом радикальную (роботическую или лапароскопическую) простатэктомию в отделениях онкоурологии МБУЗ КДЦ Здоровье с 2019 по 2021 годы. Материалы и методы. В онкоурологическом отделении МБУЗ КДЦ Здоровье

(г. Ростов-на-Дону) в период с 01.01.2019 по 31.12.2021 года было прооперировано 1049 человек с диагнозом С61 - рак простаты. Всех пациентов мы разделили на 2 группы: первая группа (I) состояла из пациентов, которым выполнили радикальную позадилонную простатэктомию (n=163), вторая группа пациентов (II) состояла из больных перенесших эндоскопическую операцию (n=886) (это была или лапароскопическая (176 пациентов) или роботическая простатэктомию, выполненная на роботе DaVinci Si HD (710 пациентов)). Был рассчитан средний возраст пациентов, который составил 65,5 лет (минимальный – 55 лет, максимальный – 76 лет). Истории данных пациентов были проанализированы на предмет выполненного оперативного лечения в хирургических отделениях МБУЗ КДЦ «Здоровье» с диагнозами либо односторонняя либо двусторонняя паховые грыжи с 01.01.2019 по 01.02.2022 гг. Также обязательным условием отбора пациентов было появление грыжевого выпячивания после выполненной в анамнезе простатэктомии, что было отмечено в анамнезе заболевания пациентов. Результаты и обсуждение. После выполненного анализа историй установлено: в первой группе (I) пациентов с 01.01.2019 по 01.02.2022 гг. выявлены 13 пациентов, которым была выполнена герниопластика паховой грыжи, что составляет 7,98%. Им была выполнена пластика по Lichtenstein. Среди них у пяти пациентов (38,46%) была выявлена правосторонняя косая паховая грыжа, остальные восемь пациентов (61,54%) – правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. В группе 2 (II) с 01.01.2019 по 01.02.2022 гг. выявлено 19 (2,14%) пациентов с паховой грыжей, которым была выполнена пластика грыжевых ворот. У 10 пациентов (53%) выявлены правосторонние косые паховые грыжи, у пяти (26%) левосторонние косые паховые грыжи, у трех (16%) левосторонние прямые паховые грыжи, у одного (5%) – двусторонняя косая паховая грыжа. Выводы. На сегодняшний день в Российской Федерации доказанной научными работами взаимосвязи появления грыж с проведенной у больного простатэктомией не установлены. Однако в мировой литературе авторы начинают высказывать предположения о наличии подобной связи. Уже сейчас можно точно сказать, что цифры которые дают нам европейские и китайские авторы работ вовсе не случайность а четкая закономерность, обусловленная не установленными на сегодняшний день причинами, появляющимися после простатэктомии. Эта тема несомненно требует более скрупулезного дальнейшего исследования и анализа, включая изучения анатомии, физиологии процессов, происходящих в тканях после

простатэктомии и приводящие к появлению грыжи у данных пациентов.

248.Тиреоидэктомия без натяжения (медиальная тиреоидэктомия, tension-free thyroidectomy, TFT) – опыт первых 120 случаев

*Слепцов И.В., Черников Р.А., Саблин И.В.,
Пушкарук А.А., Федотов Ю.Н.*

Санкт-Петербург

Клиника высоких медицинских технологий им.
Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского
государственного университета, Северо-Западный
центр эндокринологии и эндокринной хирургии

Профилактика осложнений операций на щитовидной железе является актуальным вопросом эндокринной хирургии. Среди специфических осложнений хирургии щитовидной железы наиболее важными являются нарушение функции гортанных нервов и гипопаратиреоз. В последние 10 лет количество публикаций по данной тематике резко выросло, были предложены новые технические решения – интраоперационный мониторинг функции гортанных нервов, контроль перфузии околощитовидных желез с помощью введения индоцианина зеленого, визуализация околощитовидных желез с помощью лазер-индуцированной аутофлуоресценции. В то же время работы, посвященные совершенствованию базовой техники операции по удалению щитовидной железы, в последние годы практически отсутствуют. Целью настоящего исследования явилась разработка методики удаления щитовидной железы, которая может обеспечить уменьшение числа послеоперационных осложнений. Методика TFT основана на первичной полной мобилизации возвратного нерва с медиальным доступом к нему со стороны перешейка. При проведении операции доля щитовидной железы мобилизуется от трахеи с медиальной стороны, с полным рассечением волокон связки Берри и полным отделением доли от возвратного гортанного нерва и от питающих сосудов, а также с полным выделением околощитовидных желез до извлечения доли щитовидной железы в операционную рану. Во

время операции к доле щитовидной железы прикладывается тракция только в латеральном направлении. Методика TFT была применена одним хирургом в период с августа по ноябрь 2021 года у 120 пациентов (последовательная выборка) среди которых 96 пациентов имели женский пол, 24 пациента – мужской (соотношение 4:1). Гемитиреоидэктомия была проведена 93 пациентам (77,5%), тиреоидэктомия – 35 пациентам (22,5%). В зоне риска было 163 возвратных гортанных нерва. В 42 случаях операция была дополнена центральной и/или латеральной шейной лимфодиссекцией. Показанием к операции явились папиллярная карцинома (53 пациента), медуллярная карцинома (2 пациента), фолликулярная опухоль (49 пациентов), болезнь Грейвса (12 пациентов), полинодозный токсический зоб (3 пациента), полинодозный эутиреоидный зоб (1 пациент). Средний диаметр узла составил 25,5 мм (диапазон от 7 до 120 мм). Во всех случаях использовался интраоперационный нейромониторинг (5 мА). Ультразвуковая или эндоскопическая ларингоскопия выполнялась до и после операции для контроля подвижности голосовых складок. Уровни ионизированного кальция и паратгормона крови оценивались после тиреоидэктомии на первый, 14-й и 30-й день. При операции не было выявлено колебаний в электрической активности возвратных гортанных нервов во время латеральной тракции доли щитовидной железы. В 4 случаях отмечалась интраоперационная потеря электромиографического сигнала вследствие термического воздействия на возвратный нерв при электрокоагуляции с последующим развитием одностороннего пареза нерва (2,5% от количества нервов в зоне риска). У данных пациентов через 30-45 дней после операции была подтверждена нормальная функция голосовых складок путем проведения ларингоскопии. Случаев развития постоянного нарушения функции возвратных нервов не отмечено. У 4 из 35 пациентов, которым была проведена тиреоидэктомия (11,4%) было выявлено снижение уровня паратгормона на 1-й послеоперационный день, однако при контроле на 30-й день после операции уровень паратгормона вернулся в референсные пределы. Случаев постоянного гипопаратиреоза отмечено не было. Таким образом, методика TFT по результатам первичного применения демонстрирует высокий уровень безопасности. Необходимо проведение более крупных и рандомизированных сравнительных исследований для оценки преимуществ данной методики перед

традиционным методом выполнения тиреоидэктомии.

249. Возможности термооблитерационных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей при плексиформной конфигурации сафено-фemorального соустья

*Белик Б.М. (1), Чиркин Г.М. (1,2),
Кулалаев Х.Ш. (2)*

Ростов-на-Дону, Назрань

- 1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
- 2) ООО «Добрый доктор»

Актуальность. Значительную долю пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей составляют лица женского пола. Одним из важнейших предикторов развития варикозного расширения вен в данной популяции является беременность. При этом у женщин, перенесших многократные беременности и роды, помимо всего прочего нередко отмечаются анатомические изменения в области сафено-фemorального соустья (СФС) в виде так называемой плексиформной конфигурации. При данном варианте строения терминального отдела большой подкожной вены (БПВ) последняя перед впадением в общую бедренную вену разделяется на множество более мелких стволов, которые образуют венозную «сеть» и нередко анастомозируют с ветвями наружных срамных вен. Подобный вариант строения терминального отдела БПВ наиболее сложен для применения эндоваскулярных методик в лечении варикозной болезни нижних конечностей. В этом случае разветвленность и извитость терминального отдела БПВ создают существенные сложности в проведении лазерного световода до СФС во время выполнения эндовенозной термооблитерации магистрального венозного ствола, что может привести к оставлению «длинной» культи БПВ и развитию рецидива заболевания. В подобной ситуации некоторые специалисты рекомендуют воздержаться от использования термических эндоваскулярных методов облитерации БПВ. Цель исследования. Оценить возможности эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) БПВ в лечении

пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей при плексиформной конфигурации СФС. Материал и методы. Настоящее проспективное исследование проведено на базе медицинской клиники ООО «Добрый доктор» (г. Назрань). В работу вошли 92 пациентки с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей С2-С4 классов по СЕАР. Возраст пациенток варьировал от 32 до 55 лет. У всех женщин в анамнезе были многократные беременности и роды. При ультразвуковом (УЗ) ангиосканировании у всех данных пациенток до операции была диагностирована плексиформная конфигурация СФС. Средний диаметр БПВ на уровне верхней трети бедра составлял $10,5 \pm 3,13$ мм. У 5 (5,4%) пациенток отмечались промежуточные формы заболевания, клинически проявлявшиеся наличием варикозного расширения вен в области больших половых губ. Оперативное вмешательство проводилось в амбулаторных условиях с использованием хирургического лазерного аппарата «ЛАМИ». Магистральный ствол БПВ катетеризировали ниже границы венозного рефлюкса, после чего под УЗ навигацией эндоваскулярно проводили радиальный лазерный световод до верхней трети бедра. У 16 (17,4%) пациенток лазерный световод удалось провести вплоть до СФС. У остальных 76 (82,6%) пациенток рабочая часть световода под УЗ контролем была позиционирована максимально проксимально по отношению к СФС с учетом конкретного варианта клинической анатомии терминального отдела БПВ. Под тумесцентной анестезией (0,1% раствор лидокаина) выполняли ЭВЛК ствола БПВ (мощность энергии лазера - 9,2 Вт, тракция световода автоматическая со скоростью 0,75 мм/сек, длина лазерного излучения - 1470 нм). При наличии варикозно измененных притоков БПВ на бедре и голени выполнялась минифлебэктомия по Мюллеру, при этом промежуточные вариксы не удалялись. Всем пациенткам в послеоперационном периоде назначали ношение компрессионного трикотажа 2 класса компрессии по европейскому стандарту RAL в течение 30 суток. Для динамического контроля степени облитерации венозных стволов и своевременного выявления эффекта реканализации сосуда всем пациенткам производили контрольные осмотры на 1-е, 14-е, 30-е сутки, а также через 6 и 12 месяцев от момента выполнения операции с одновременным УЗ ангиосканированием. Результаты и обсуждение. При УЗ исследовании проксимального отдела БПВ на 14-е и 30-е сутки от момента оперативного вмешательства у всех пациенток отмечалось отсутствие кровотока в магистральном стволе БПВ, появление гиперэхогенных включений в венозном

просвете, отсутствие венозной компрессии, что свидетельствовало о формировании эндовазальной рубцовой ткани. Также у 5 пациенток с промежуточным варикозом наблюдалось «закрытие» притоков наружных срамных вен. У 4 (4,3%) пациенток через 6 месяцев после операции при контрольном УЗ ангиосканировании была выявлена реканализация БПВ, что потребовало повторного выполнения процедуры ЭВЛК. В ходе дальнейшего амбулаторного наблюдения через 12 месяцев у 90 (97,8%) пациенток отмечалось полное закрытие просвета БПВ с регрессом всех клинических проявлений варикозной болезни. У 2 (2,2%) пациенток в эти же сроки по данным УЗ исследования наблюдалось значительное уменьшение диаметра магистрального ствола БПВ на фоне частичной реканализации с сохранением кровотока. При этом наблюдали исчезновение патологической извитости в области СФС. Эти пациенткам была повторно проведена эндовенозная лазерная облитерация БПВ. После повторения процедуры ЭВЛК у данных пациенток отметили полное закрытие просвета БПВ с прекращением магистрального кровотока. Выводы. Плексиформный вариант строения терминального отдела БПВ при варикозном расширении вен нижних конечностей чаще всего наблюдается у женщин, перенесших многократные беременности и роды. При планировании применения эндовенозной термооблитерации ствола БПВ у пациенток варикозной болезнью с плексиформной конфигурацией СФС необходимо на дооперационном этапе провести скрупулезное УЗ ангиосканирование с четкой верификацией всех венозных притоков этой анатомической зоны. Показания к применению метода термической абляции БПВ при плексиформной конфигурации СФС должны быть строго персонифицированы в каждом конкретном случае с учетом индивидуальных особенностей клинической анатомии терминального отдела БПВ. При соблюдении вышеуказанных принципов термооблитерационные методы лечения варикозной болезни могут быть успешно использованы в лечении варикозной болезни у пациенток с плексиформной конфигурацией СФС. Так, клиническая эффективность применения метода ЭВЛК ствола БПВ у этой категории пациенток при персонифицированном подходе к проведению хирургического вмешательства составляет 97,8%.

**250. Внедрение трансъюгулярного
внутрипечёночного портосистемного
шунтирования в клинике хирургии им. проф. К.Т.
Овнатаняна**

*Момот Н.В. (2), Шаталов А.Д. (1),
Макарчук О.В. (2), Хацко В.В. (1),
Войтюк В.Н. (2), Кузнецов Н.А. (2)*

Донецк

- 1) ГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», 2) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

Актуальность. За последние 20 лет в мире было отмечено увеличение количества пациентов с циррозом печени (ЦП), в связи, главным образом, с подъемом заболеваемости вирусными гепатитами. Цирроз печени в 67-72% случаев осложняется портальной гипертензией (ПГ), что нередко приводит к пищеводно-желудочным кровотечениям, энцефалопатии, спленомегалии, эрозивно-язвенным поражениям проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта, развитию гепаторенального синдрома, асцита. При появлении асцита летальность у таких больных в течение 1 года составляет 40–72 %. В настоящее время трансъюгулярное внутрипечёночное портосистемное шунтирование (TIPS) стало приоритетным малоинвазивным рентгенэндоваскулярным методом лечения ПГ, что приводит к снижению градиента давления в портальной вене и минимизации риска рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с внутрипечёночной портальной гипертензией (ВПГ) путём выполнения декомпрессии портальной системы с помощью внутрипечёночного шунта. Материал и методы. В 2021 году в клинике лечились 3 больных с циррозом печени, осложнившимся портальной гипертензией, варикозным расширением вен пищевода, рецидивирующими пищеводно-желудочными кровотечениями. Мужчин было 2, женщина – 1, возраст – от 52 до 65 лет. Длительность заболевания – от 1 до 5 лет. Цирроз печени развился у 2 чел. – после перенесенного вирусного гепатита С, у 1 – после вирусного гепатита смешанной этиологии (В + С) и злоупотребления алкогольными напитками. У 1 пациента 2 месяца назад выполнено эндоскопическое лигирование вен пищевода в г. Краснодаре. У 2 чел. был асцит. Больным проведены следующие методы исследования:

клинико-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости. После предоперационной подготовки 3 больным выполнена процедура TIPS на стационарном ангиографическом комплексе PHILIPS Allura FD20 (Нидерланды). У всех 3 пациентов в сформированный пункционным трансъяремным доступом внутривенный канал имплантировали саморасширяемый нитиновый стент WallStent диаметром 9 мм и длиной от 60 до 80 мм, в зависимости от измерений полученного канала. Полученные результаты. После выполнения процедуры TIPS пациенты наблюдали от 2 мес до 1 года. Процедура была успешной во всех 3 случаях. Градиент портосистемного венозного давления во всех случаях снижен до 4-8 мм рт. ст. Дисфункции стента не было. В раннем послеоперационном периоде у 1 пациента при УЗИ выявлена небольшая внутривенная гематома, не требующая оперативного вмешательства. У 2 больных, имевших асцит до TIPS, наблюдали его регресс после операции. При контрольном УЗИ шунт и кровотоки визуализировались. Летальных исходов не отмечено. Обсуждение. Операция TIPS является высокотехнологической и малоинвазивной процедурой, которую можно рассматривать как «мост к трансплантации» («bridge-to-transplantation») печени. Показаниями к выполнению TIPS являются: риск пищеводно-желудочного кровотечения, асцит с устойчивостью к медикаментозным мероприятиям, неэффективность эндоскопического склерозирования и постановки зонда Блэкмора. Однако, учитывая организационные трудности и несовершенство юридической базы, регулирующей трансплантационную деятельность, TIPS зарекомендовала себя как эффективная самостоятельная методика, имеющая вполне приемлемые отдаленные результаты. Выводы и рекомендации. TIPS является современным малоинвазивным чрескожным методом лечения осложнений портальной гипертензии у пациентов с циррозом печени. Он в 100% обеспечивает декомпрессию портальной системы, уменьшая тем самым частоту рецидивов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, позволяет повысить эффективность лечения резистентного асцита, уменьшить срок госпитализации. Это даёт возможность выполнять внепечёночные хирургические вмешательства у пациентов, которые ранее считались неоперабельными из-за выраженной портальной гипертензии. Однако, требуется проведение дальнейших крупномасштабных исследований,

чтобы сделать окончательный вывод о клинической эффективности TIPS.

251.Профилактика ятрогенных повреждений эзофаго-кардиального отдела при операциях по поводу ГЭРБ и ГПОД

*Баулин В.А.(1), Билалов Б.К.(5), Баулин А.А.(1),
Гуляев А.А.(1,2,3), Баулина О.А.(1),
Аверьянова Л.А.(4)*

Пенза. Москва

- 1) ПИУВ – филиал РМАНПО МЗ РФ,
- 2) НИИ СП им.Н.В.Склифосовского, 3) РМАНПО МЗ РФ, 4) ГБУЗ ГКБ №6 им.Г.А.Захарьина (Пенза),
- 5) ЧУЗ ОКБ на Пенза-1

Актуальность. Операции в области пищеводно-желудочного перехода, а именно при ГЭРБ и при ГПОД, в последние годы приобретают популярность. ГЭРБ, в основе которой лежит нарушение анатомо-физиологических компонентов, составляющих замыкательный аппарат эзофаго-кардиального перехода, практически не поддается терапевтическому лечению. Болезнь рецидивирует по мере отмены консервативной терапии, провоцирует осложнения, что в свою очередь требует хирургической коррекции. В настоящее время известно более 30 способов коррекции недостаточности эзофаго-кардиального перехода с мобилизацией данного отдела, поиск говорит о ранних и отдаленных неудовлетворительных результатах. Увеличение количества операций в США свыше 30 тысяч, в РФ почти 5 тысяч в ГосЛПУ повлекло и возрастание повреждений в данной области во время оперативного лечения от 2,3 до 3% и неудовлетворительных отдаленных результатах до 40-50% по данным различных авторов. Произошло снижение количества операций почти в 2 раза. Основными распространенными внутривенными методами хирургической коррекции эзофаго-кардиального перехода при ГЭРБ являются операции: Ниссен, Ниссен-Розетти, Тупе, Дору, вальвулопластика. Все вышеперечисленные операции подразумевают мобилизацию кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода для

формирования «антирефлюксной манжетки», при которой происходит травматизация данной области и ятрогенные повреждения. В основном для определения анатомических структур и для формирования «антирефлюксной манжетки» используют носо-желудочные зонды. В большей части повреждения в данной области происходят в трудно визуализируемых областях, а особенно при мобилизации задней стенки, что в свою очередь могут быть не замеченными во время оперативного лечения. Цель исследования. Снижение ятрогенных повреждений эзофаго-кардиальной области при операциях по поводу ГПОД и ГЭРБ с применением двойной профилактики. Материалы и методы. На клинических базах ГБУЗ ГKB №6 им. Г.А. Захарьина г. Пенза, МСЧ-59 ФМБА и ЧУЗ Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Пенза были оперированы 564 пациента с ГПОД и ГЭРБ. С целью профилактики повреждения абдоминального отдела пищевода и кардио-фундального отдела желудка у 48 пациентов в основной группе применялись эндоскопический контроль и использование специального проводника, в группе сравнения из 516 пациентов производилась простая визуализация. Результаты и обсуждение. В основной группе с применением профилактики интраоперационных повреждений не было. В группе сравнения имело место 6 случаев повреждения эзофаго-кардиального отдела (1,2%), из которых 1 не был диагностирован во время операции, 5 были устранены без последствий, одного оперировали через 12 часов, закончилось благополучно. Выводы. Применяемые новые методы профилактики показали свою эффективность.

252. Реинфузия крови при кардиохирургических вмешательствах

Лицук А.Н. (1), Герасимова Ю.В. (1), Галик Н.И. (2), Староконь П.М. (2)

Москва

- 1) ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ,
- 2) Филиал ВМедА им. С.М.Кирова МО РФ

Операции на открытом сердце в 90% случаев проводятся в условиях искусственного

кровообращения и, как правило, сопровождаются кровопотерей. В современной кардиохирургии появилась тенденция к максимальному сохранению собственной крови больного, минимальному использованию компонентов донорской крови. С целью снижения аллогенных гемотрансфузий и предотвращения интраоперационной кровопотери при проведении операций на сердце, были разработаны кровесберегающие технологии. Наибольший интерес и перспективное развитие представляет реинфузия аутокрови в интраоперационном периоде с использованием аппарата для реинфузии аутоэритроцитов Cell-Saver. В кардиохирургическом центре 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского МО РФ с 2018 по 2021 год было проведено 2620 операций на открытом сердце. В 50 случаях была выполнена интраоперационная аппаратная реинфузия крови аппаратом Cell-Saver, что составило 2% от всего объема хирургических вмешательств в кардиохирургическом центре за исследуемый период. При анализе данных за период 2018-2019 годы число операций на открытом сердце с проведением аппаратной реинфузии крови составило 1 % от общего количества операций. Это связано с освоением методики применения аппарата Cell-Saver, приобретением новой аппаратуры, достаточно высокой стоимостью расходного материала. Начиная с 2020 года данная технология была применена уже в 12 случаях, что составило 2% от общего количества всех оперативных вмешательств. В 2021 году аппаратная реинфузия крови применена 28 случаях (4%). Средний объем аутокрови заготовленной в интраоперационном периоде с помощью аппарата Cell-Saver составил 1500 ± 250 мл. Частота применения аппаратной реинфузии крови связана с ростом уровня оказания хирургической помощи, совершенствованием хирургических технологий, освоением методики аппаратной реинфузии, выработки тактики применения технологии Cell-Sever. Из 2620 проведенных операций на сердце у 560 пациентов наблюдались осложнения в виде развития массивного кровотечения, что потребовало использование аутологичной крови и ее компонентов. При использовании аппарата для реинфузии Cell-Saver в интраоперационном периоде из 50 хирургических вмешательств только в 3 случаях возникло нарушение системы гемостаза в виде гипокоагуляции, что потребовало гемотрансфузии донорских компонентов крови. В качестве показаний для использования аппарата Cell-Saver являлись: риск развития массивной операционной кровопотери, проведение повторных операций, если в анамнезе предыдущих оперативных

вмешательств указаны осложнения в виде развития массивной кровопотери, длительные оперативные вмешательства, проведение экстренных хирургических вмешательств пациентам находящимся на антикоагулянтной терапии, врожденные или приобретенные нарушения системы гемостаза (гипокоагуляция). Применение аппаратной реинфузии крови в интраоперационном периоде снижает риск развития массивной кровопотери и количества осложнений в послеоперационном периоде на 80%. Кроме того, при такой тактике снижается объем гемотранфузионной терапии донорской кровью и ее компонентами. В аутокрови собранной по методике Cell-Saver мы получаем отмытые эритроциты с гематокритом не менее 0,60 г/л, содержание 2,3-ДФГ значительно выше, чем в консервированной гомологичной крови, и соответственно ее кислородная емкость больше. Применение технологии позволило улучшить общие результаты лечения кардиохирургических пациентов.

253. Балльно-прогностическая шкала оценки риска первичного и повторного ущемления послеоперационных вентральных грыж

Козобин А.А., Сигуа Б.В., Сёмин Д.С., Ефимов А.Л., Напалков А.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Актуальность. Наиболее часто встречающимся и опасным осложнением послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) является ущемление. Количество послеоперационных осложнений и уровень летальности после экстренных вмешательств значительно превышает данные показатели при плановых операциях. Одним из способов улучшить результаты оказания помощи пациентам с ПОВГ является выявление больных с высоким риском ущемления и своевременное выполнение плановых операций. Цель исследования. Разработка балльно-прогностической шкалы для оценки риска ущемления послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Были изучены доступные герниологические регистры. Собственная база данных пациентов, составила 990 человек, госпитализированных с диагнозом: ущемленная ПОВГ с 2000 по 2020 гг. Анализ полученных данных, позволил выделить факторы, имеющие значение при расчете риска ущемления послеоперационных вентральных грыж. К данным факторам были отнесены: возраст (старше 55 лет), пол (женский), размеры грыжевого выпячивания (от 2 до 7 см., W 1–2 по классификации Европейского общества герниологов (EHS), 2009 г.), локализация грыжи (срединная линия, M --- по классификации EHS), анамнез (рецидив ПОВГ, R1 по классификации EHS), сроки грыженосительства (первые 5 лет), индекс массы тела (ИМТ) (более 30 кг/м²), интраабдоминальная гипертензия, клинические симптомы (болевой синдром, признаки хронического нарушения кишечного пассажа в грыжевом мешке и эпизоды ущемления ранее), работа, связанная с постоянной физической нагрузкой, хронические заболевания, повышающие внутрибрюшное давление (хронический бронхит, запоры, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и др.). Далее была произведена статистическая обработка и ранжирование установленных факторов риска по их значимости в зависимости от частоты встречаемости у пациентов. Затем вычислен коэффициент значимости для каждого фактора и путем статистических расчетов выведена балльная оценка для каждого фактора риска с учетом степени их выраженности. Результаты. Полученные данные были представлены в виде таблицы, где степень выраженности каждого фактора риска была представлена в числовом значении: 0 – фактор риска отсутствует; 1 – выраженность фактора риска незначительная; 2 – умеренно выраженный фактор риска; 3 – высокая выраженность фактора риска. При этом, обозначенной степени выраженности каждого фактора соответствует определенный балл. Результат оценивали, суммируя полученные баллы: 0–8 баллов — низкая вероятность ущемления грыжи, 1–15%; 9–15 баллов — умеренная вероятность ущемления грыжи, 16–25%; 16–25 баллов — высокая вероятность ущемления грыжи, 26–50%. Выводы. Разработанная балльно-прогностическая шкала позволяет выделить пациентов с высоким, умеренным и низким риском ущемления ПОВГ. В зависимости от степени риска ущемления следует рекомендовать оптимальные сроки хирургического вмешательства. Так, пациентам с высоким риском ущемления должно быть выполнено плановое устранение ПОВГ в первую очередь. Таким образом, выбор сроков

оперативного вмешательства с применением балльно-прогностической шкалы и определение вероятности ущемления ПОВГ может способствовать снижению негативных последствий экстренных операций при данном заболевании.

254. Реабилитация пациентов с первичным гиперпаратиреозом

Александров Ю.К., Дякив А.Д.

Ярославль

ФГБОУ ВО Ярославский государственный
медицинский университет

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ), ключевыми признаками которого являются повышенное содержание паратгормона (ПТГ) и гиперкальциемия, клинически проявляется различной степени выраженности патологическими изменениями со стороны костной, нервной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта. Хирургическое лечение является наиболее эффективным методом лечения. Представляет практический интерес изучение особенности реабилитационного периода после операций по поводу ПГПТ. Цель исследования.

Проанализировать реабилитационный период у пациентов после операций по поводу ПГПТ и установить особенности его течения в зависимости от различных факторов. Была проведена оценка качества жизни у 234 пациентов (217 женщин, 17 мужчин), которым были выполнены операции по поводу ПГПТ (средний возраст пациентов - $57,4 \pm 11,6$ лет). По данным патоморфологического исследования у 187 пациентов была установлена аденома околощитовидной железы (ОЩЖ) (светлоклеточная, из главных клеток, атипическая), у 47 – гиперплазия ОЩЖ. Были проанализированы данные клинических, лабораторных и инструментальных исследований в различные сроки после операций – удаления измененных ОЩЖ. Дополнительно для оценки качества жизни пациентов использовали универсальный опросник SF-36. Пациенты отвечали на вопросы, содержащиеся в нем до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства. Анализ полученных

данных был выполнен с использованием программы Statistica 10 для Windows. Учитывали непараметрический парный ранговый критерий Вилкоксона (значение $p < 0,05$ считали статистически значимым). Взаимосвязь между переменными оценивали с использованием коэффициента Спирмена. Средняя продолжительность от постановки диагноза до операции составила $12,0 \pm 3,5$ месяцев. Хронические сопутствующие заболевания имели 78,9% больных. Средний уровень ионизированного Ca (иСа) до операции был $1,56 \pm 0,24$ пг/мл, а средний уровень ПТГ $113,6 \pm 18$ пг/мл. Через 3,6 и 12 месяцев после операции лабораторные показатели восстановились до нормального уровня. В первые 3 месяца отмечалась нестабильность показателей иСа и ПТГ. Через 6 месяцев после операции средний уровень иСа стал $1,22 \pm 0,13$ пг/мл, а средний уровень ПТГ — $59,7 \pm 23$ пг/мл. Через 12 месяцев после операций у всех больных все биохимические показатели были в диапазоне нормы. При анализе реабилитационных процессов у пациентов с ПГПТ было установлено, что показатели всех шкал SF-36 (физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование (РФ), интенсивность боли (ТБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖС), социальное функционирование (СФ), эмоциональное состояние (ЭС), психическое здоровье (ПЗ)) до операций имели значения ниже популяционной нормы. Уже через 3 месяца после операции отмечено статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение ФФ, ОЗ, ЖС и ПЗ. Также наблюдались статистически незначимые улучшения СФ ($p = 0,12$) и ТБ ($p = 0,07$). Наиболее значительный прирост отмечен у показателя ЖС ($p = 0,02$). Через 6 месяцев практически все параметры показатели позитивную динамику. А через 12 месяцев среднее значение общего балла SF-36 выросло с 65 ± 15 (до операции) до 96 ± 11 через 12 месяцев после операции ($p < 0,05$). При анализе было установлено, что динамика периода реабилитации в первую очередь зависела от давности заболевания и уровня гиперкальциемии до операции. Прямой корреляции динамики показателя содержания ПТГ с оцениваемыми параметрами качества жизни не установлено, уровень ПТГ резко снижался в первые дни после операции, а показатели здоровья менялись более плавно. Реабилитационный период у 37 больных (15,8%) имел волнообразный характер. На показателях здоровья этих пациентов негативно сказывался как высокий, так и низкий уровень иСа. В данной группе пациентов преобладала висцеральная форма ПГПТ. У пациентов с костной формой ПГПТ был отмечен стабильно положительный тренд восстановления здоровья.

Причем наибольшие изменения произошли в показателях ФФ, ТБ, СФ, ЭС ($p < 0,05$). Наименьшие колебания показателей были установлены у пациентов с мягкой формой, при которой были минимальные отклонения в деятельности внутренних органов.

255. Выбор оптимального метода реваскуляризации у пациентов с КИНК

Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П., Попивненко Ф.С., Калачев М.В., Скорик П.О.

Донецк

ДонНМУ

Актуальность. Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) - конечная стадия заболевания периферических артерий (ЗПА). Отсутствие реваскуляризации КИНК в течении года связано с повышением уровня ампутаций до 47% и смертности до 53%. Несмотря на совершенствование методик лечения, у пациентов с КИНК сохраняется высокий риск потери конечности в результате неэффективности хирургического и консервативного лечения. Материал и методы. В клинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе отделения сосудистой хирургии с 2014 по 2020 гг. проведен анализ результатов лечения 537 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, с применением открытых, эндоваскулярных и гибридных реконструктивно-восстановительных операций. Пациенты были разделены на две группы по типу проведенной реконструкции артериального русла: 399 человека, которым были выполнены открытые операции (ОО), — основная группа; 138 человек, которым были осуществлены эндоваскулярные вмешательства (ЭВ) — контрольная группа. Полученные результаты. Сопоставили ближайшие и отдаленные результаты открытых и эндоваскулярных оперативных вмешательств у больных с критической ишемией нижних конечностей, аргументировали оптимальный метод лечения. Обсуждение. Выявлены типичные диагнозы поражения сосудистого бассейна нижних конечностей, при которых предпочтение

отдавалось тому или иному методам. В частности, стеноз-окклюзия участка артерии была показанием к эндоваскулярному вмешательству выполняемому в этом случае 3.5 раза чаще. Были выявлены сегменты артерий, поражение которых в большинстве случаев было показанием к проведению открытого или эндоваскулярного вмешательства: при поражении ПБА- предпочтение отдавали эндоваскулярной реконструкции (в 2 раза чаще открытого способа), реваскуляризация НПА эндоваскулярно (в 5 раз чаще), а также баллонная ангиопластика ПББА (в 2 раза чаще типичной операции берцового шунтирования). Восстановление проходимости подколенной артерии, тибіоперонеального ствола, а также общей подвздошной артерий проводилось в приблизительно равном соотношении, подтверждая суждение об отсутствии необходимости выбора селективного метода в случаях поражения этих сегментов. Длительность госпитализации пациентов в группе открытых вмешательств была в среднем на 7 дней меньше, чем в группе эндоваскулярных реконструкций. Продолжительность оперативных вмешательств намного меньше в контрольной группе (80,1±37,2 мин), чем в основной группе (230,1±82,9 мин; $p < 0,05$). Проведен анализ данных касательно предоперационного состояния кожных покровов пациента. Отмечено, что в основной группе (открытые вмешательства), значительно больше размер кожных язвенно-некротических поражений, ($1,76 \pm 0,2$ см) по сравнению с контрольной группой ($1,12 \pm 0,1$ см) (эндоваскулярные вмешательства). Эти данные говорят о преимуществе проведения открытого вмешательства пациентам с обширными ишемическими поражениями, что корректирует с данными о послеоперационных ампутациях. Выводы и рекомендации. Выяснили, что продолжительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре в среднем ниже в 2 раза после эндоваскулярных реконструкций, в том числе, благодаря снижению случаев осложнений (тромбоза, кровотечения) в 1.5 раза. В ходе анализа данных о предоперационных ишемических поражениях кожи было замечено, что значимая разница в размерах дефектов варьируется от основной ($1,76 \pm 0,2$ см) к контрольной группе ($1,12 \pm 0,1$ см) (эндоваскулярные вмешательства). Эти данные говорят о преимуществе проведения открытых методов сосудистых реконструкций пациентам с обширными кожными ишемическими поражениями, т.к отдаленные результаты в таком случае будут лучше.

256. Особенности реконструктивно-восстановительных операций на сосудах при критической ишемии нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста

Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П., Попивненко Ф.С., Калачёв М.В., Скорик П.О.

Донецк

ДонНМУ

Актуальность. Неизбежное увеличение доли пожилого населения в популяции приводит к пропорциональному росту числа пожилых пациентов с ишемией нижних конечностей, наличием осложненного коморбидного фона и распространенным атеросклерозом. Оклюзирующие поражения нижних конечностей, высокий риск ампутации, мультифокальный атеросклероз, сахарный диабет, и другие сопутствующие патологии требуют поиска рациональных методов лечения критической ишемии нижних конечностей у пациентов пожилой и старческой группы. Материал и методы. В клинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе отделения сосудистой хирургии с 2014 по 2020 гг. проведен анализ результатов лечения 378 пациентов с критической ишемией нижних конечностей пожилого и старческого возраста (61 год и старше), с применением открытых, эндоваскулярных и гибридных реконструктивно-восстановительных операций. В группу сравнения вошли результаты лечения 155 пациентов среднего возраста с критической ишемией нижних конечностей, с применением аналогичных методик РВО на сосудах за тот же период времени. Пациенты были разделены на две группы: 378 человек пожилого и старческого возраста с КИНК, которым была выполнена РВО — основная группа; 155 человек среднего возраста (18-60 лет) с КИНК, которым также была выполнена РВО — контрольная группа. Полученные результаты. Выявили особенности ведения пациентов с КИНК пожилой и старческой группы. Обсуждение. Изучая локализацию поражений у пациентов обеих групп, пришли к выводу, что существенной разницы в процентном соотношении распределения нет. Соответственно возраст не может выступать причиной поражения того или иного сегмента артерий нижних конечностей. Решено проанализировать зависимость пребывания в стационаре с выбором метода анестезии и допустимость выбора анестезиологического пособия для больных обеих

групп. В основной группе осуществлялись такие методы анестезии: СМА (спино-мозговая анестезия) – 330, комбинированная- 13, СМА+ ИВЛ- 5, м/а- 5. В контрольной группе: СМА - 80, комбинированная – 40, СМА+ТВА (тотальная внутривенная анестезия) – 30, СМА+ИВЛ - 5. Замечено, что спинальная анестезия – оптимальный выбор метода анестезии в основной группе, т.к является более «щадящим» методом и более безопасен для больного. Исследуя время пребывания в стационаре пациентов обеих групп, выяснили, что в среднем пациенты контрольной группы находились в отделении 18 дней, пациенты основной группы – 22 день. Это указывает на меньшие восстановительно-приспособительные возможности организма в пожилом возрасте. Выводы и рекомендации. Пациенты пожилого и старческого возраста в особой степени подвержены окклюзирующим поражениям магистральных артерий нижних конечностей. Это приводит к развитию критической ишемии нижних конечностей, зачастую осложненной сопутствующей патологией и декомпенсированным сахарным диабетом. Это подтверждает необходимость в использовании более «щадящих» методов лечения. Применение эпидуральной анестезии способствует более ранней активизации, сокращению пребывания пациентов в стационаре в послеоперационном периоде в среднем в полтора раза. Отдаленные результаты указывают на увеличение количества ампутаций в сравнении с пациентами среднего возраста в среднем в два раза, что подтверждает актуальность поиска новых методов лечения и модернизации диагностических программ. Тем не менее, пожилой возраст не должен рассматриваться как противопоказание к сосудистому вмешательству, а служить поводом для более тщательного и взвешенного подхода к диагностике и выбору методики лечения.

**257. Он учил не только лечить – памяти
профессора Анисимова Валентина Николаевича**

Логинов В.И., Подушкина И.В., Леонов С.Н.

Нижний Новгород

ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ

Основоположником направления лечения ран мягких тканей в г. Горьком (с 1990 года – г. Нижний Новгород) по праву является создатель научной школы нижегородских военно-полевых хирургов Заслуженный врач РФ (1992), Заслуженный деятель науки РФ (2004), Почетный работник высшего профессионального образования России (2000), Лауреат Премии Нижнего Новгорода в области медицины (1994), д.м.н. профессор Анисимов Валентин Николаевич (02.01.1936-03.05.2012) Валентин Николаевич родился в городе Кронштадт Ленинградской области. В 1960 году, после окончания Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Анисимов В.Н. направлен на Байконур, где проходил службу до 1973 года. Во время службы на Байконуре Валентин Николаевич, принимал участие в подготовке и обследовании космонавта Алексея Архиповича Леонова, который во время полета в космос на корабле Восток-2, 18 марта 1965 года совершил первый выход человека в открытый космос. В 1973 году переведён в г. Горький на кафедру военно-полевой хирургии Военно-медицинского факультета при Горьковском медицинском институте (с 1995 года Военно-медицинский институт ФПС России). В 1984 году после защиты докторской диссертации «Повреждение кистевого сустава в мирное и военное время» назначается на должность начальника кафедры, которой руководит 10 лет. В 1994 году, после увольнения с военной службы, Валентин Николаевич назначается на должность профессора кафедры госпитальной и военно-полевой хирургии Военно-медицинского института ФПС России и становится главным травматологом Горьковской железной дороги. Практическая деятельность и круг научных интересов Валентина Николаевича охватывали не только травматологию и военно-полевую хирургию, но и медицину катастроф, абдоминальную, торакальную и сосудистую хирургию. С конца 1970-х годов Анисимов В.Н. начинает разрабатывать проблему, посвященную лечению ран мягких тканей, полученных в различных условиях, в том числе осложненных кровопотерей, стрессом, воздействием проникающей радиации. В 1994 году за создание принципиально новых методов

лечения данной патологии Валентин Николаевич вместе со своими учениками был удостоен премии Нижнего Новгорода в области медицины. Работы профессора Анисимова В.Н. по хирургии кистевого сустава, лечению ран, медицине катастроф широко известны в России и за рубежом. С его именем неразрывно связаны вопросы, касающиеся разработки методов и способов физического и химического воздействия на процессы регенерации. Он автор более 350 научных работ, а так же 22 изобретений, 8 монографий, 20 методических рекомендаций для врачей по вопросам военно-полевой хирургии и медицины катастроф, заболеваний и повреждений кистевого сустава, лечения ран мягких тканей, редактор 10 сборников научных работ. Им подготовлено 28 кандидатов медицинских наук и 5 докторов медицинских наук. Валентин Николаевич был настоящим генератором идей, активно искал, создавал, усовершенствовал и внедрял методы и способы диагностики заболеваний и лечения пациентов. Он учил не только лечить, но и показывал пример человеческих отношений. Профессор был убежден, что врач должен быть не только первоклассным специалистом, но и в первую очередь человеком. По его мнению, научить анатомии и хирургической технике – сравнительно легко, научить человека быть человеком – невозможно. Своей харизмой, натиском и верой в успех, он воодушевлял и направлял своих учеников и врачей хирургических клиник где он работал и консультировал. Любовь к науке и хирургии, тяга к постоянному самосовершенствованию и целеустремленность окружали Валентина Николаевича, затягивая тех, кто находился рядом с ним. И восемь завершающих строк стихотворения поэта и врача Ярослава Каурова, посвящённого В.Н. Анисимову, как нельзя точно передают отношения между Учителем и учениками. «...Он и – Отец, и – Друг «на равных», Он учит строгостью и шуткой, И думать хочется о главном, И позабыть о предрассудках. Философ, Ритор и Мыслитель, В руках и скальпель, и реторта. И счастье, если ваш Учитель Был из людей такого сорта!»

258. Острая кишечная непроходимость у пациентов с острой кишечной инфекцией

Намазов Б.Б. (1), Летина Ю.В. (1,2),
Магомедов Г.М. (1), Земляной В.П. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2) Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина

Актуальность. Диагностика и лечение пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН) остается актуальной на протяжении многих лет. Заболеваемость ОКН в нашей стране составляет примерно 5 человек на 100 тыс., а как причина смерти среди больных с острой патологией органов брюшной полости сохраняет одно из ведущих мест, достигая от 4,3% до 18,9%. Другой не менее актуальной проблемой является заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Так по данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируются до 1-1,2 млрд. диарейных заболеваний. Материалы и методы исследования. Нами проанализированы 63 случая острой кишечной непроходимости (ОКН), возникшей у пациентов с ОКИ за период с 2018 по 2022 гг., и пролеченных в 19 хирургическом отделении клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина. Полученные результаты. Анализ данных показал, что наиболее часто у пациентов с подтвержденной ОКИ встречались динамические формы ОКН 42 (67%) случаев наблюдений. Среди механических форм ОКН преобладала обтурационная кишечная непроходимость, вызванная опухолевым процессом различных отделов толстой кишки, данный вид был отмечен у пациентов в 7 (11%) случаях. Смешанная форма ОКН у пациентов отмечалась в 22% наблюдений. В 12 (19%) случаях она была представлена спаечной формой и в 2 (3%) случаях была выявлена инвагинация. Наиболее часто клиническая картина ОКИ была обусловлена активностью условно-патогенной флоры (УПФ), таких пациентов было 33 человека (52%) и в 27 (43%) случаях наблюдений при УПФ развивалась токсическая дилатация. Данный вид ОКН не требовал оперативного лечения, и явления непроходимости были купированы консервативно. Спаечная непроходимость у пациентов на фоне активности УПФ была констатирована в 3 наблюдениях, что потребовало хирургического лечения у всех пациентов. Обтурационная ОКН на фоне онкологического процесса в дистальных отделах толстой кишки была выявлена в 2 наблюдениях у пациентов с ОКИ на

фоне условно-патогенной флоры. Второй по частоте встречаемости у пациентов с ОКН была вирусная природа ОКИ. Таких пациентов было 15 (24%). При этом ОКН развивалась по обтурационному типу в 2 случаях и была обусловлена стенозирующей опухолью сигмовидной кишки, что потребовало оперативного разрешения ОКН. В 7 случаях наблюдений ОКН была обусловлена спаечным процессом, и была разрешена консервативно лишь у 2 пациентов. В одном случае наблюдений констатирована тонко-тонкокишечная инвагинация. В остальных 5 случаях отмечалась токсическая дилатация кишки. Осложненное течение ОКИ приведшее к развитию ОКН было также выявлено у пациентов с шигеллой Флекснера 2а и сальмонеллой гр. Д (*S. Enteritidis*), таких пациентов было 5 (8%) и 7 (11%) соответственно. При шигеллезе в 4 случаях ОКН была обусловлена развитием токсической дилатации, а в 2 случаях причиной ОКН послужила опухоль сигмовидной кишки. Причиной ОКН при сальмонеллезной инфекции в 4 случаях была токсическая дилатация, в 2 случаях спаечная болезнь и в 1 случае была выявлена инвагинация тонкой кишки. Эшерихиоз в наших наблюдениях, привел к развитию ОКН в 3 случаях. Причиной ОКН в 1 случае была опухоль печеночного изгиба толстой кишки, в 2 случаях ОКН протекала по типу токсической дилатации толстой кишки. Выводы. Острая кишечная непроходимость у пациентов с ОКИ в преобладающем количестве случаев протекает как токсическая дилатация кишечника и не требует оперативного лечения. Среди лабораторно подтвержденных ОКИ у пациентов с ОКН превалирует активность УПФ и вирусных диарей. Причиной ОКН по всей вероятности является диарейный синдром протекающий по инвазивному и осмотическому типу, дистрофические изменения нервных клеток и волокон интрамуральных (мейснеровского и ауэрбаховского) сплетений, активация биологически активных веществ сальмонеллезными энтеротоксинами, приводящая к поступлению в просвет кишки большого количества жидкости, калия, натрия хлоридов, что приводит к развитию электролитных нарушений, приводящих в тяжелых случаях к развитию паралитической непроходимости тонкой кишки.

259.Операция Lichtenstein-I – метод выбора в лечении ущемленной паховой грыжи*Капшитарь А.В.*

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. Операция Lichtenstein-I стала "золотым стандартом" в плановой хирургии паховой грыжи. Благодаря ее использованию резко сократились рецидивы паховой грыжи и достигли по данным разных авторов 0,6-4%. В настоящее время продолжается внедрение операции Lichtenstein-I в неотложную хирургию паховой грыжи, накопление материала и его анализ. Цель исследования. Изучить особенности операции Lichtenstein-I и оценить ее ближайшие результаты у больных ущемленной паховой грыжей. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения у 120 пациентов с различными видами ущемленных грыж передней брюшной стенки, оперированных в отделении хирургии с Центром желудочно-кишечных кровотечений КНП "Городской больницы экстренной и скорой медицинской помощи", базы кафедры общей хирургии и последипломного хирургического образования Запорожского государственного медицинского университета за 2021 год. Ущемленная паховая грыжа имела место у 75 (62,5%) больных. Аутопластические методы коррекции патологии использовали у 9 (12%) пациентов. Начали внедрять лапароскопические ТАПБ герниопластики по J. Corbitt (1991) - 3 (4%) больных. Аллопластику пахового канала по Lichtenstein-I выполнили у 63 (84%) пациентов. Мужчин было 62 (98,4%), женщин – 1 (1,6%). Возраст 26-82 года. Преобладали лица от 51 до 80 лет – 50 (79,4%). Двусторонние паховые грыжи наблюдали у 2 (3,2%) больных, оперированных одномоментно. Первичные паховые грыжи преобладали – 59 (93,7%) пациентов, рецидивные были редкими – 4 (6,3%). До 6 часов от начала ущемления госпитализированы 52 (82,5%) больных, от 7 до 8 часов – 11 (17,5%). Все пациенты оперированы в течение 2 часов после госпитализации под спинно-мозговой анестезией. Полученные результаты. Согласно классификации Gilbert-Rutkow (1989) паховые грыжи у больных разделили на следующие типы. II тип грыж выявлен у 12 (19%) пациентов, III тип грыж – у 39 (61,9%), IV тип грыж – у 8 (12,7%) и VIII тип грыж – у 4 (6,4%). Следовательно, косая паховая грыжа диагностирована у 55 (87,3%)

больных (левосторонняя - 21, правосторонняя - 20) и прямая паховая грыжа – у 8 (12,7%). Скользящая грыжа была редкостью – 3 (4,8%) пациентов (мочевой пузырь-2, слепая кишка-1). Были ущемлены разнообразные органы брюшной полости. Наиболее частыми из них оказались большой сальник – 32 (50,8%) больных, тонкая кишка – 21 (33,3%) и реже сигмовидная ободочная кишка – 7 (11,1%), мочевой пузырь – 2 (3,2%) и слепая кишка – 1 (1,6%). Ущемленные органы - жизнеспособные. Операцию Lichtenstein-I, являющуюся ненапряжной аллогерниопластикой ("tension free"), мы считали методом выбора. Учитывали также и противопоказания: длительность ущемления органов более 8 часов, флегмона грыжевого мешка, гнойный перитонит, отказ пациентов от этой методики и их неплатежеспособность.

Активное наднапоневротическое дренирование по Редону устанавливали у 22 (34,9%) больных при толщине подкожно-жирового слоя более 3–4 см, "отвислом животе", мохово-мошоночных и рецидивных грыжах. У остальных 41 (65,1%) пациентов рану не дренировали. После операции у пациентов отмечали незначительный и кратковременный болевой синдром, который купировали приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Подниматься с постели разрешали на следующий день. Проводили профилактику послеоперационной пневмонии и тромбоэмболических осложнений. Осложнения развились у 4 (6,5%) больных (отек яичка - 3, инфильтрат раны - 1). Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко/день 4,32±1,63. Выводы: 1. Операция Lichtenstein-I является методом выбора в лечении ущемленной паховой грыжи. 2. Стандартные этапы операции, дополненные дренированием раны по Редону в показанных случаях, позволили исключить жидкостные и инфекционные осложнения. 3. Незначительный болевой синдром, отказ от наркотических препаратов, ранняя активизация пациентов, профилактика пневмонии и тромбоэмболических осложнений привели к небольшому количеству лишь "малых осложнений", сократили финансовые затраты и средние сроки лечения.

260. Патоморфологические причины конверсии при неотложной лапароскопической холецистэктомии у пациентов острым холециститом

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. Внедрение неотложной лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом показало наличие конверсии у 11,4–23,3%. Частота конверсии зависит от многих факторов: формы острого холецистита, возраста, опыта хирурга и др. Согласно мировому опыту все причины конверсии разделены на 3 группы. Наиболее частыми из них являются патоморфологические причины – 80%, реже – ятрогенные повреждения – 19% и технико-инструментальные причины – 1%. Изучение причин конверсии продолжается. Цель исследования. Изучить патоморфологические причины конверсии у пациентов с острым холециститом при выполнении неотложной лапароскопической холецистэктомии. Материал и методы. Изучены карты 544 больных с острым холециститом, которым за 2018-2021 гг. выполнена холецистэктомия из различных оперативных доступов, пролеченных в отделении хирургии с Центром желудочно-кишечных кровотечений КНП "Городской больницы экстренной и скорой медицинской помощи", базы кафедры общей хирургии и последипломного хирургического образования Запорожского государственного медицинского университета. Малотравматичная лапароскопическая холецистэктомия, используя комплект аппаратуры "Richard Wolf" (Германия), начата у 490 (90,07%) пациентов. Операция была успешно завершена у 466 (95,1%) больных. Конверсия потребовалась у 24 (4,9%) пациентов. Преобладали женщины – 15 (62,5%) над мужчинами – 9 (37,5%) в возрасте от 39 до 87 лет. Больные гериатрической группы составили 79,2%. Сопутствующими заболеваниями страдали 22 (91,7%) пациентов. Больные госпитализированы от 3 до 12 суток и обследованы согласно "Протоколам оказания медицинской помощи". Полученные результаты. Конверсия носила лишь патоморфологический характер и проявлялась невозможностью на эндоскопическом этапе разделить плотный паравезикальный инфильтрат у 21 (87,5%) больного и грубый, массивный рубцово-

склеротический процесс – у 3 (12,5%) для идентификации трубчатых структур треугольника Kallot. После верхней срединной лапаротомии диагностирован плотный паравезикальный инфильтрат у 14 (58,3%) пациентов, паравезикальный абсцесс – у 7 (29,2%) и грубый рубцово-склеротический процесс – у 3 (12,5%). Визуализированы тотальные формы деструктивного холецистита (гангренозная форма-19, флегмонозная-5). Наряду с описанными осложнениями у 9 (37,5%) больных определен синдром Mirizzi (II степень - 4, IV степень - 5), у 7 (29,2%) – перфорация желчного пузыря, у 4 (16,7%) – неограниченный перитонит (местный-2, диффузный-2), у 3 (12,5%) - холедохоэктазия и у 1 (4,2%) - множественные абсцессы брюшной полости. Традиционная холецистэктомия была технически трудной. Холецистэктомия от дна выполнена у 14 (58,3%) пациентов, от шейки – у 8 (33,3%), за Прибрамом – у 2 (8,3%). Дополнительно у 11 (45,8%) больных осуществлено наружное дренирование холедоха (Холстед - 10, Кер - 1), у 2 (8,3%) - холедохоеюноанастомоз по Ру, у 1 (4,2%) - пластика холедоха на дренаже, у 1 (4,2%) – иссечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду-Хорсли, у 1 (4,2%) – резекция тонкой кишки с илеотрансверзоанастомозом + аппендэктомия и у 1 (4,2%) – вскрыты абсцессы брюшной полости. Ятрогенное повреждение подвздошной кишки и червеобразного отростка имело место у 1 (4,8%) пациента. В послеоперационном периоде осложнения развились у 3 (12,5%) больных (желчеистечение из ложа желчного пузыря по дренажам-2, гематома раны-1). Они консервативно скорректированы. Средний койко/день 10,43. Все пациенты выздоровели. Выводы: 1. Частота конверсии у больных острым холециститом при выполнении лапароскопической холецистэктомии составила 4,9%. 2. Патоморфологическими причинами конверсии явились плотный околопузырный инфильтрат и абсцесс, а также массивный грубый рубцово-склеротический процесс, не позволившие идентифицировать трубчатые структуры треугольника Kallot. 3. Указанные местные изменения стали следствием длительного течения хирургически не скорректированной желчнокаменной болезни и позднего поступления пациентов с острым холециститом в хирургическую клинику.

261. Паравезикальный абсцесс холецистогенного генеза*Капшитарь А.В.*

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. В структуре неотложной абдоминальной патологии холецистэктомия занимает 2-е место. Деструктивные формы острого холецистита (ОХ) составляют 20–60% с летальностью 0,4-3%. Причиной ОХ в 95% являются камни и у 5% - иные факторы. Среди 13% больных с осложненными формами ОХ паравезикальный абсцесс (ПА) является одним из опасных осложнений, увеличивающих летальность. Цель исследования. Изучить частоту, причины, диагностику паравезикального абсцесса, осложнившего течение острого холецистита и результаты различных методов хирургического лечения. Материал и методы. В отделении хирургии с Центром желудочно-кишечных кровотечений КНП "Городской больницы экстренной и скорой медицинской помощи", являющимся базой кафедры общей хирургии и последипломного хирургического образования Запорожского государственного медицинского университета, за 2019-2021 гг. у 357 больных ОХ выполнена холецистэктомия из различных оперативных доступов. Из них у 27 (7,6%) пациентов выявлен ПА. Мужчин было 11 (40,7%), женщин – 16 (59,3%). Возраст 43-85 лет. В молодом возрасте находился 1 (3,7%) больной, среднем – 4 (14,8%), пожилым – 10 (37,0%) и старческом – 12 (44,5%). Все пациенты страдали сопутствующими заболеваниями. В течение 4-7 суток госпитализированы 6 (22,2%) пациентов, 8-10 суток – 14 (51,9%) и 11-14 суток - 7 (25,9%). Поздняя госпитализация больных обусловлена ошибками врачей поликлинического звена, СМП, стационаров не хирургического профиля, самолечением и отказом от госпитализации. Все пациенты обследованы согласно "Протокола оказания медицинской помощи". После подготовки они оперированы в течение 1 суток с диагнозом "Острый деструктивный калькулезный холецистит". Полученные результаты. Гангренозная форма ОХ имела место у 25 (92,6%) больных, флегмонозная форма - у 2 (1,4%). Перфорация желчного пузыря диагностирована у 14 (51,9%) пациентов. С целью хирургической коррекции патологии использовали различные оперативные доступы и больных разделили на 2

группы. В I группу включили 19 (70,4%) пациентов без перитонита, которым выполнили малотравматичный лапароскопический оперативный доступ. Из них у 14 (73,7%) больных осуществлена лапароскопическая холецистэктомия, вскрыт ПА, дренирована брюшная полость. Конверсия в верхнюю срединную лапаротомию потребовалась у 5 (26,3%) пациентов. Показанием к ней у 2 (40%) больных был ПА, который не удалось вскрыть, у 2 (40%) - после вскрытия ПА грубый рубцово-склеротический процесс не позволил дифференцировать элементы треугольника Kalott и у 1 (20%) – были абсцессы брюшной полости, перитонит. После лапаротомии вскрыт ПА и выполнена традиционная холецистэктомия (ТХЭ). Дополнительно у 2 (40%) пациентов разделен пузырно-холедохоальный свищ, дренирован холедох по Керу (иссечение хронической язвы луковицы двенадцатиперстной кишки-1) и у 1 (20%) – резекция поврежденной подвздошной кишки с илео-трансверзоанастомозом, аппендэктомия. II группу составили 8 (29,6%) больных, которым выполнен верхний срединный лапаротомный доступ. Показанием к нему у 7 (87,5%) пациентов был разлитой перитонит и у 1 (12,5%) – холедохолитиаз, синдром механической желтухи, холангит. Во время лапаротомии у 5 (62,5%) больных имел место гнойно-фибринозный перитонит (местный-2, разлитой-2). Всем пациентам выполнена ТХЭ (от дна - 2, по Прибраму - 2), дополненная у 2 (25%) – вскрытием абсцессов (поддиафрагмальный - 1, множественные - 1) и у 1 (12,5%) – осуществлена холедохолитотомия, дренирование холедоха по Холстеду. Релапаротомия потребовалась 1 (12,5%) больному с ДВС-синдромом и кровотечением из ложа желчного пузыря, после коагуляции наступил гемостаз. Однако он умер. Выводы: 1. Частота паравезикального абсцесса холецистогенного генеза составила 7,6%. 2. Причинами поздней госпитализации пациентов были ошибки медработников догоспитального этапа, отделений не хирургического профиля, самолечение и отказ от лечения. 3. Дифференцированный выбор оперативного доступа для хирургической коррекции патологии позволил минимизировать число релапаротомий и летальность.

262.Редкая неотложная хирургическая патология органов брюшной полости: диагностика, лапаротомный и лапароскопический оперативные доступы

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. Дооперационная диагностика редкой неотложной хирургической патологии органов брюшной полости остается достаточно трудной. В клинической картине отсутствуют специфические симптомы, вследствие чего их клиническая диагностика практически невозможна. Использование УЗИ, КТ, МРТ, ангиографии, капсульной эндоскопии, лапароскопии расширяет диагностические возможности, однако они также ограничены. Цель исследования. Определить частоту редкой неотложной хирургической патологии органов брюшной полости, структуру, возможности этапной диагностики, оперативные доступы. Материал и методы. В отделении хирургии с Центром желудочно-кишечных кровотечений КНП, Городской больницы экстренной и скорой медицинской помощи, базы кафедры общей хирургии и последипломного хирургического образования Запорожского государственного медицинского университета, за 2021 год оперированы 530 больных с неотложной хирургической патологией органов брюшной полости. Из них у 22 (4,2%) пациентов имела место редкая неотложная хирургическая патология органов брюшной полости. Мужчин было 8 (36,4%), женщин – 14 (63,6%). Возраст 19-95 лет. Полученные результаты. В процессе клинического обследования редкая патология не установлена. Использование лабораторно-биохимических, ФЭГДС, лучевых исследований у 3 (13,6%) больных позволила ее установить. Лишь, последующая лапароскопия у всех 5 обследованных пациентов определила патологию. До операции у 8 (36,4%) больных диагностировали острый аппендицит, у 4 (18,2%) – перитонит, у 2 (9,1%) – острую кишечную непроходимость, у 2 (9,1%) – лейомиому желудка с кровотечением, у 1 (4,5%) – ущемленную бедренную грыжу, у 1 (4,5%) – хроническую язву желудка с кровотечением, у 1 (4,5%) – стеноз терминального отдела тонкой кишки, у 1 (4,5%) – рак восходящего отдела ободочной кишки с непроходимостью, у 1 (4,5%) – гемангиому S2-4 печени и у 1 (4,5%) – торако-абдоминальное

ранение. Все пациенты оперированы и определена разнообразная редкая неотложная хирургическая патология органов брюшной полости. Согласно оперативного доступа, больные разделены на 2 группы. Группа А (n=17), использовали лапаротомный оперативный доступ. При болезни Крона терминального отдела тонкого кишечника, стеноза, инфильтрата выполнена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом (1) и гангрене терминального отдела – резекция тонкого кишечника с илеотрансверзоанастомозом (1), в острой стадии – блокада брыжейки кишечника (1). В случаях гангрены жирового привеска сигмовидной ободочной кишки (3) и раны привеска (1) – осуществлена их экстирпация. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью, дистанционными разрывами и инфильтратом с вовлечением дивертикула Меккеля потребовал субтотальной колэктомии с концевой илеостомой (1), правосторонней гемиколэктомии с илеотрансверзоанастомозом (1). При гангрене дивертикула Меккеля (1) и гангрене тонкой кишки с дивертикулумом Меккеля (1) проведена резекция тонкой кишки с дивертикулумом Меккеля и энтероэнтероанастомозом. При лейомиоме желудка с кровотечением (2) и синдроме Деллафуа (1) ограничили атипичной резекцией желудка. В группе В (n=5) состояли лица с ограниченной хирургической агрессией, представленной малотравматичным лапароскопическим доступом с последующей лапароскопической операцией. Диагностировав острый простой неспецифический мезентериальный лимфаденит (4), аспирировали перитонеальный экссудат, а идиопатический сегментарный инфаркт большого сальника с вторичным аппендицитом (1) – резецировали большой сальник с аппендэктомией. Брюшную полость дренировали. Выводы: 1. Среди больных с неотложной хирургической патологией органов брюшной полости удельный вес редкой патологии составил 4,2%. 2. Клиническая диагностика редкой патологии невозможна. Дополнительные методы исследования, без лапароскопии, определили ее у 13,6% пациентов. Лишь лапароскопия диагностировала редкую патологию у всех обследованных. 3. Выбор оперативного доступа зависел от варианта редкой патологии, осложнений и симультанной патологии.

263. Эндovasкулярная тромбэктомия у пациентов с острой артериальной непроходимостью конечностей в условиях COVID-19

Джуракулов Ш.Р., Тагаев Н.Б., Ташлиев К.В., Сажнов Д.Н.

Москва

Городская Клиническая Больница №15
им. О.М. Филатова

Актуальность. По данным зарубежных авторов частота артериальных тромбозов нижних конечностей составляет от 0,4 до 16% от общего числа пациентов с COVID-19. Риск летального исхода при возникновении этого осложнения по данным мировой литературы возрастает в три раза по сравнению с группой пациентов с COVID-19 без тромбоза артерий нижних конечностей. До настоящего времени нет единого мнения о тактике и методах хирургического лечения пациентов данной группы. Кроме того, крупные отечественные исследования в данной области отсутствуют. Артериальные тромбозы на фоне COVID-19 имеют ряд особенностей, усугубляющих течение заболевания и осложняющих лечение. В нашей работе приведен опыт эндоваскулярного лечения острой артериальной непроходимости у пациентов с COVID-19 за 2021 год. Материал и методы. В нашей клинике, перепрофилированной для работы с пациентами, инфицированными COVID-19, в 2021 году с использованием эндоваскулярных методик было прооперировано 28 человек с острой артериальной непроходимостью нижних конечностей, развившейся на фоне COVID-19. Средний возраст пациентов составил 68 ± 2 года (от 47 до 91 года). Тромбозы в 21 случае локализовались в артериях голени и стопы. В 7 случаях окклюзия начиналась с подколенной артерии. В 6 случаях тромбоза дополнялась ангиопластикой и стентированием артерий нижних конечностей. В предоперационном и послеоперационном периодах пациенты получали помимо этиотропного лечения дезагрегантную и антикоагулянтную терапию. Полученные результаты. В результате проведенного лечения непосредственный ангиографический успех был достигнут в 26 случаях (90%). Проведение повторных вмешательств вследствие ретромбоза не потребовалось у 12 пациентов (43%). Повторные операции по поводу рецидивирующего тромбоза артерий нижних конечностей были выполнены в 12 случаях (у 11 пациентов из-за ретромбоза нативной артерии, а в одном случае – из-за тромбоза стента).

Гематомы послеоперационного бедренного доступа возникли в двух случаях. Ампутация нижней конечности была выполнена у 6 пациентов 21%. Летальный исход был зафиксирован у 10 пациентов (35%). Обсуждение. Анализ лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью в условиях COVID-19 продемонстрировал высокую эффективность эндоваскулярного метода лечения у пациентов с окклюзией берцовых артерий (ангиографический успех составил 90%), а также снижение количества ампутаций и летальных исходов ($n=10$, 35%) по сравнению с аналогичными работами зарубежных авторов. Особенности острого артериального тромбоза при COVID-19 были наличие у пациентов выраженной сердечно-легочной недостаточности, зачастую препятствовавшей применению общего наркоза, высокая вероятность ретромбоза, несмотря на применение антикоагулянтной и дезагрегантной терапии. Выводы и рекомендации. Эндоваскулярные методы тромбэктомии могут применяться в качестве операции выбора при острой артериальной непроходимости нижних конечностей у пациентов с COVID-19, и их использование позволяет улучшить результаты лечения у этой группы больных. Смертность при острой артериальной непроходимости нижних конечностей, развившейся у пациентов на фоне COVID-19, связана с общей тяжестью течения инфекционного процесса, а не с числом оперативных вмешательств. У пациентов с ретромбозами целесообразно выполнять повторные реваскуляризации ввиду их эффективности. Для создания оптимальных и более эффективных протоколов диагностики и лечения пациентов с данной патологией необходимо продолжать исследование в данном направлении.

264. Эндovasкулярное лечение при остром ишемическом инсульте в условиях COVID-19

*Джуракулов Ш.Р., Тагаев Н.Б., Сажнов Д.Н.,
Турсунов С.Б.*

Москва

Городская Клиническая Больница №15
им. О.М. Филатова

Актуальность. Лечение ишемического инсульта у пациентов COVID-19 представляет собой непростую задачу. Число публикаций, посвященных этой проблеме, невелико. По немногочисленным литературным данным смертность при лечении ишемического инсульта у пациентов с COVID-19 достигает 70%. В последние годы для лечения ишемического инсульта все чаще применяются эндоваскулярные методы. Материал и методы. В нашей клинике с использованием эндоваскулярных методик было пролечено 28 больных с острой ишемией головного мозга, инфицированных новой коронавирусной инфекцией. Пациентов мужского пола было 18 (64,3%), женского – 10 (35,7%). Возраст больных варьировал от 35 до 84 лет, в среднем, составил $62,7 \pm 4,2$ года. При компьютерной томографии органов грудной клетки у 13 (46,4%) больных тяжесть поражения легких соответствовала значению "КТ2", у 5 (17,8%) – "КТ3", а у 3 (10,7%) – "КТ4". Сочетание острого нарушения мозгового кровообращения с острым коронарным синдромом было отмечено у 4 больных, из них в 3 (10,7%) случаях эндоваскулярные вмешательства выполнялись больным как на коронарных, так и на интракраниальных артериях. У 27 пациентов тромбэктомия выполнялась при ишемическом инсульте передней циркуляции, а в 1 случае – при тромбозе основной артерии. Тромбозы экстра- и интракраниальных артерий были диагностированы в 10 (35,7%) случаях, в 3 (10,7%) случаях из них тромбэкстракция/тромбаспирация сочеталась со стентированием устья внутренней сонной артерии. У 5 (17,9%) пациентов проводилась как эндоваскулярная ревааскуляризация так и тромболитическая терапия, а у остальных 23 (82,1%) пациентов выполнялась только эндоваскулярная ревааскуляризация. В качестве метода первой линии при эндоваскулярной ревааскуляризации у 11 (39,3%) больных была выполнена тромбаспирация, а у 5 (17,8%) – тромбэкстракция. У остальных 12 (42,9%) больных применялась комбинированная методика. Полученные результаты. Ангиографический результат оценивали с использованием критериев оценки

церебрального кровотока после реперфузии (TICI). У 4 (14,3%) пациентов кровотоки после вмешательства был расценен как TICI 0-1, у 5 (17,8%) – TICI 2a, а у 19 (67,9%) – TICI 2b-3. После восстановления церебрального кровотока по данным МСКТ, выполнявшейся через 24 часа, внутримозговая гематома была диагностирована у 1 (3,6%) пациента, симптомное геморрагическое пропитывание головного мозга – у 3 (10,7%) больных, асимптомное – у 8 (28,6%) пациентов. В период госпитализации у 2 (7,14%) больных в месте доступа бедренной артерии развилась ложная аневризма, в 1 (3,6%) случае у больного открылось желудочное кровотечение, у 2 (7,14%) больных развился спонтанный пневмоторакс с подкожной эмфиземой, тромбозы вен нижних конечностей возникли у 5 (17,8%) пациентов, критическая ишемия нижних конечностей – у 3 (10,7%) больных. Клиническое состояние пациентов согласно оценке по модифицированной шкале Рэнкина, проводившейся на момент выписки, соответствовало 1 баллу – у 2 (7,14%) пациентов, 2 баллам – у 2 (7,14%), 3 баллам – у 2 (7,14%), 4 баллам – у 3 (10,7%) и 5 баллам у 3 (10,7%) пациентов. У 16 (57,1%) больных значение по модифицированной шкале Рэнкина составило 6 баллов. Госпитальная летальность составила 57,1% (16 пациентов). Среди умерших доля больных с восстановленным церебральным кровотоком (TICI 2b-3) составила 10 (35,7%) человек. Обсуждение. Анализ наших результатов, полученных при эндоваскулярном лечении пациентов с ишемическим инсультом, показал, что, хотя применение данного метода и сопряжено с рядом осложнений, но, в целом, он эффективен для лечения такой тяжелой группы пациентов как больные с ишемическим инсультом на фоне COVID-19. Полученные нами результаты согласуются с общемировыми данными. Выводы и рекомендации. Эндоваскулярные методы эффективны в лечении пациентов с острым ишемическим инсультом на фоне присоединившейся новой коронавирусной инфекции. Учитывая относительно небольшой объем выборки, для повышения эффективности лечения и снижения частоты осложнений необходимо дальнейшее изучение данной проблемы.

265. Результаты операции ТИПС на высоте кровотечения у пациентов с осложнениями цирроза печени

*Джуракулов Ш.Р., Хаконов М.А., Аносов В.Д.,
Крючков Г.И.*

Москва

Городская Клиническая Больница №15
им. О.М. Филатова

Актуальность. Острое кровотечение из варикозно расширенных вен – основная причина смерти пациентов с циррозом печени во всем мире. Консервативное и эндоскопическое лечение в 10-15% случаев является неэффективным и требует повторных эндоскопических вмешательств, характеризующихся в последующем летальностью до 80%. Открытые хирургические вмешательства в настоящее время противопоказаны при остром варикозном кровотечении. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС/ТИПС) является малоинвазивной альтернативой открытому хирургическому вмешательству и может выполняться на высоте кровотечения. Материалы и методы. Всего в нашей клинике в период с 2019 по 2022 год трансъюгулярное портосистемное шунтирование было выполнено у 30 пациентов в возрасте от 38 до 73 лет (18 мужчин и 12 женщин; средний возраст: $52,2 \pm 3,8$ года). Показанием к выполнению операции ТИПС у 27 (90%) пациентов было острое профузное кровотечение из вен пищевода или прямой кишки и у 3 пациентов (10%) – асцит, рефрактерный к лечению диуретиками. Среди поступивших рецидив кровотечения был у 19 человек (63,3%), а впервые возникшее кровотечение – у 8 человек (26,7%). Вирусный гепатит С в анамнезе был у 5 человек (16,6%), алиментарный гепатит – у 6 (20%), гепатит В у 6 пациента (20%), токсический гепатит – у 2 (6,8%), сочетанный гепатит (гепатит С в сочетании с алиментарным гепатитом) наблюдался у 5 пациентов (16,6%), неуточненный гепатит был у 6 пациентов (20%). Среднее значение степени тяжести печеночно-клеточной недостаточности по классификации Child-Pugh составило 8,25 балла. При этом класс А был у 2 (6,6%) пациента, класс В – у 17 (56,8%), класс С – у 5 (16,6%) и класс В/С – у 6 (20%) человек. Основными клиническими проявлениями цирроза печени являлись кровотечение из варикозно расширенных вен – у 27 человек (90%), асцит – у 20 человек (66,6%), спленомегалия – у 18 человек (60%), гидроторакс – у 11 человек (36,6%), энцефалопатия наблюдалась у 9 человек (30%),

гидроперикард и гепаторенальный синдром – у 1 (3,3%) пациента каждое. На высоте кровотечения операция ТИПС была проведена у 27 (90%) человек. У 19 (63%) пациентов операция ТИПС была выполнена без эмболизации, а у 11 (37%) пациентов – в сочетании с эмболизацией варикозно расширенных вен. Полученные результаты. Рецидивы кровотечения были выявлены у 3 (11,1%) пациентов, летальный исход наступил у 3 (10%) пациентов, с улучшением были выписаны 24 (80%) пациентов. У всех 3 (100%) пациентов, у которых операция ТИПС проводилась по поводу рефрактерного асцита, он регрессировал. Обсуждение. Полученные нами результаты, в целом, совпадают с данными зарубежных мета-анализов. Особенностью нашей работы было не только проведение пациентам операции ТИПС на высоте кровотечения, но и оценка результатов у пациентов, у которых была выполнена операция ТИПС в сочетании с эмболизацией, а также определение ангиографических критериев проведения эмболизации. Ангиографическими критериями для проведения эмболизации в нашей работе являлось варикозное расширение вен свыше 5 мм в диаметре. За период наблюдения (3 месяца) у пациентов, перенесших операцию ТИПС с эмболизацией, не наблюдалось рецидивов кровотечения, но полученные данные требуют изучения отдаленных результатов с включением оценки смертности. Выводы и рекомендации. Создание портосистемного шунта является малоинвазивной и высокоэффективной операцией у пациентов как на высоте кровотечения, так и в отсроченном периоде, а также у пациентов с рефрактерным асцитом. Создание трансъюгулярного портокавального шунта в сочетании с эмболизацией варикозно расширенных вен является эффективным методом остановки кровотечения и профилактики рецидивов кровотечения у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени. Операция ТИПС является жизненно важной операцией у пациентов при неэффективности консервативного и эндоскопического лечения.

266.Рентгенохирургические методы лечения билиарных осложнений после резекций печени с формированием билиодигестивного анастомоза

Кантимеров Д.Ф., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Мусатов А.Б., Сальников К.К., Ахмадов Э.О., Садыков Б.А.

г. Москва

ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»

Введение. Частота билиарных осложнений после резекций печени остается неизменной, несмотря на достижения в хирургии и анестезиологии. Ключевую роль в лечении этих осложнений после резекций печени имеют чрескожные вмешательства, которые позволяют в целом ряде случаев избежать повторной ревизии брюшной полости. Цель исследования. Оценить роль минимально инвазивных хирургических вмешательств под контролем ультразвукового исследования и рентгенотелевидения в послеоперационном ведении пациентов после резекций печени с формированием билиодигестивного анастомоза (БДА). Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 167 пациентов, которым на базе Московского клинического научного центра им. А.С.Логинова в период с 2014 года по 2021 года выполнены резекции печени с формированием билиодигестивного анастомоза по поводу злокачественных и доброкачественных заболеваний. По объему резекции печени пациенты разделены на три группы: правосторонняя гемигепатэктомия – 67 пациентов, левосторонняя гемигепатэктомия – 95 пациентов и центральная резекция печени – 5 пациентов. Результаты. Среди изученных 167 пациентов частота билиарных осложнений составила в первой группе - 36,9%, во второй - 28,6% и в третьей - 40%. В структуре билиарных осложнений: биломы зоны резекции печени – 34,2%, несостоятельность БДА развилась у 26 пациентов (15,9%). Всем пациентам с биломами было проведено пункционно – дренажное лечение. При несостоятельности БДА и отсутствии транспеченочного дренажа выполнялось чрескожное чреспеченочное наружное или наружно–внутреннее дренирование желчных протоков с целью ликвидации желчеистечения. Среднее время функционирования наружных билиарных свищей 50,8 суток. В отдаленном послеоперационном периоде стриктуры БДА

сформировались у 11 пациентов (6,7%). Стриктуры БДА у 7 пациентов (63,6%) успешно излечены с помощью сеансов программной баллонной дилатации, у остальных 4 пациентов наблюдался рецидив в зоне БДА. Среднее число сеансов – 5. Вывод. Пункционно–дренажное лечение билиарных осложнений является высокоэффективным у больных с несостоятельностью БДА, стриктурами БДА, а также при желчеистечении из зоны резекции печени, возникших после обширных резекций печени с формированием БДА, и позволяет достигать хороших непосредственных, так и отдаленных результатов минимально инвазивным методом.

267.Прямая эндоскопия в лечении пациентов с крупным холедохолитиазом в условиях скорпомощного стационара

Генердукаев Л.Л. (1), Благовестнов Д.А. (1), Степан Е.В. (2), Тетерин Ю.С. (2)

Москва

- 1) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
- 2) ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность. По данным всемирного общества экстренной хирургии (WSES) в развитых странах от 10 до 15% взрослого населения страдают желчнокаменной болезнью. Одним из наиболее частых осложнений этого заболевания является холедохолитиаз, который возникает в 20% наблюдений. 85%-95% случаев холедохолитиаз успешно лечится эндоскопическими методами, один из которых - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с холедохолитоэкстракцией. Однако, примерно у 15% пациентов извлечение камней при внутрисветном доступе вызывает трудности за счет так называемого «крупного холедохолитиаза». В последние годы, благодаря разработке электрогидравлической (ЭГЛ) и лазерной литотрипсии (ЛЛ), проводимой с помощью холангиоскопии, стало возможным улучшить результаты транспиллярных вмешательств. Преимуществом этого метода является сокращение сроков госпитализации пациента, качества жизни, поскольку он требует простой подготовки пациента,

занимает мало времени и не требует чрескожного доступа. Цель. Оценить возможность выполнения эндоскопической транспапиллярной контактной литотрипсии у пациентов с «крупным холедохолитиазом». Материалы и методы. За период с января 2020 по январь 2022 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было выполнено 768 транспапиллярных вмешательств, из которых электрогидравлическая литотрипсия под контролем системы Spy-glass выполнена 3 пациентам с «крупным холедохолитиазом» и лазерная литотрипсия - 9 пациентам. Эндоскопическое лечение выполняли методом, включающим в себя диагностическую ЭРХГ, эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), эндоскопическую транспапиллярную контактную литотрипсию под контролем системы Spy-glass, литоэкстракцию литоэкстракционным баллоном. Показаниями к ЭГЛ и ЛЛ под контролем системы Spy-Glass считались конкременты размерами более 1,5 см или камни, удаление которых при стандартных транспапиллярных вмешательствах (литоэкстракция с помощью корзины Dormia, литоэкстракционного баллона, механическая литотрипсия) технически было безуспешным. Результаты и их обсуждения. Средний возраст больных составил 67 (+5,6) лет. Причиной госпитализации в стационар у пациентов явились боли в правом подреберье, диспептические симптомы (тошнота с рвотой, жидкий стул), гипертермия до 38,0оС. Лишь в 1 случае пациент жалоб не предъявлял. Он поступил на плановое лечение, в анамнезе - безуспешные попытки литоэкстракции, которые были поводом к билиодуоденальному стентированию пластиковым стентом. В ходе обследования у 6 пациентов был выявлен конкремент общего желчного протока диаметром 1,5 см, в 6 случаях размеры камня достигали 2,0 см. У 4 пациентов была выполнена первичная эндоскопическая ретроградная холангиография с последующей контактной литотрипсией. У 8 пациентов предварительно были выполнены безуспешные попытки механической литотрипсии, у 4 из которых потребовалось предварительное удаление билиарного стента полипэктомической петлей. У всех больных удалось достигнуть дробления и полного удаления конкрементов из просвета желчевыводящих путей. Во всех наблюдениях уровень общего билирубина нормализовался на 3-4 день после оперативного вмешательства. Постманипуляционные осложнения не отмечались. Заключение. Наше исследование имело небольшой размер выборки, это одно из немногих исследований, которое показало эффективность и безопасность ЭГЛ и ЛЛ

под контролем Spy-glass в четко определенной группе пациентов с крупными конкрементами в желчных протоках. Дальнейшее исследование и накопление опыта проводится.

268. Малоинвазивные интервенционные вмешательства в лечении хронического кистозного панкреатита

Носков И.Г., Черданцев Д.В., Первова О.В.

Красноярск

КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Актуальность. Проблема лечения пациентов хроническим кистозным панкреатитом остается актуальной и дискуссионной. Традиционные хирургические вмешательства сопровождаются достаточно высокой долей интра- и послеоперационных осложнений (15-87%), высокой частотой рецидивов псевдокист (24-41%), приводят к ухудшению качества жизни пациентов, а в некоторых случаях к инвалидизации и летальности (2-16%). В последнее десятилетие все большую значимость приобретает этапное малоинвазивное лечение, такое как интервенционные эндоскопические вмешательства и перкутанные методы дренирования кистозных образований. До настоящего времени нет однозначной позиции применения стентирования главного панкреатического протока. Материалы и методы. В наше исследование мы включили 26 больных хроническим кистозным панкреатитом, которые проходили лечение на базе хирургических отделений Краевой клинической больницы (Красноярск) в период с 2017-2021 гг. У всех пациентов была выявлена связь полости псевдокист(ы) с вирсунговым протоком на основании биохимического исследования пунктата кистозного образования. Среди осложнений псевдокист стоит выделить – сдавление желудка (n=3), механическая желтуха (n=5). Пациенты были распределены на 2 группы исследования. Первую группу составили 15 пациентов, которым применялись изолированные методы малоинвазивного вмешательства – эндоскопическое трангастральное дренирование под Эндо-УЗИ контролем (n=9), стентирование

вирсунгова протока (n=2), перкутанное дренирование под контролем трансабдоминального УЗИ (n=4). Вторую группу составили 11 пациентов, которым поэтапно (n=7) или в один этап (n=4) было выполнено комбинированное дренирование кист – эндоскопическое трансгастральное и стентирование вирсунгова протока. Обработка полученных данных осуществлялась в программе Statistica Statsoft 6.0; для анализа полученных данных использованы критерий Шапиро-Уилка ($p < 0,05$), критерий Манн-Уитни ($p < 0,05$) и критерий Уилкоксона ($p < 0,05$). Полученные результаты. В первой группе регистрировались осложнения у 2 пациентов (13,3%, $p > 0,05$) – продолжительная гипертермия с явления ССВО. Через 10 дней после дренирования средний объем полости кистозного образования уменьшился с 821 (546;1179) до 108 (69;177) см³ ($p < 0,05$). На момент выписки из стационара полная облитерация отмечена у 6 пациентов (40%, $p < 0,05$). Продолжительность стационарного периода лечения составила 14 (12;24) койко-дней. Через 6 месяцев на контрольном КТ отмечалась облитерация псевдокисты у 10 пациентов (66,6%, $p < 0,05$). Рецидив кисты отмечен у 5 пациентов (33,3%, $p < 0,05$), что в свою очередь потребовало повторного хирургического вмешательства. Во второй группе осложнения наблюдались у 5 пациентов (45,5%, $p < 0,05$). У 1 пациента наблюдалась стойкая гипертермия в течение 3 дней, у 3 пациентов явления острого панкреатита после этапа стентирования вирсунгова протока, у 1 пациента отмечен панкреонекроз, не потребовавший активной хирургической тактики. Динамика редукции полости кисты через 10 дней – с 778 (481;1047) до 57 (22;89) см³, что является статистически значимым в сравнении с пациентами 1 группы ($p < 0,05$). Полость кисты после выписки полностью облитерировалась у 9 пациентов (81,8%, $p < 0,05$), выявлено значимое отличие от пациентов 1 группы ($p < 0,05$). Продолжительность госпитализации составила 16 (11;28) койко-дней ($p < 0,05$), статистического отличия от пациентов 1 группы не отмечено ($p > 0,05$). Спустя 6 месяцев после выписки рецидив кисты отмечен у 2 пациентов (18,2%), что достоверно меньше в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$). Выводы. Таким образом, применение комбинации малоинвазивных интервенционных вмешательств позволяет статистически значимо уменьшить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов кист.

269. Чрескожные минимально инвазивные вмешательства под сонофлюороскопическим контролем в лечении синдрома механической желтухи

Мамошин А.В. (1,2,3), Морозов Ю.М. (2),
Сумин Д.С. (1,2,3), Адаменков Н.А. (1),
Ветрова А.В. (1)

Орёл

1) БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», 2) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», 3) Научно-технологический центр биомедицинской фотоники

Актуальность. Механическая желтуха – одно из наиболее частых проявлений заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Механическая желтуха оказывает влияние на прогноз заболеваний, осложняя их развитием холангита, печеночной недостаточности, течение послеоперационного периода, на своевременность выполненных хирургических вмешательств, снижается качество жизни и повышается процент летальных случаев. Наряду со значительными успехами в лечении механической желтухи хирургическое лечение обтурации желчевыводящих путей до сих пор связано с очень высоким числом осложнений и летальности. Целью работы является оценка эффективности и результатов выполняемых чрескожных миниинвазивных вмешательств в лечебно-диагностическом алгоритме синдрома механической желтухи опухолевого и не опухолевого генеза. Материал и методы. С января 2018 года по декабрь 2021 г. в хирургическом отделении Орловской областной клинической больницы у 388 пациентов с синдромом механической желтухи выполнены чрескожные миниинвазивные вмешательства. У 99 (25,7%) пациентов был диагностирован неопухолевый характер механической желтухи и этиологически был представлен: в 75% случаев холедохолитиазом; в 19,8% случаев рубцовыми стриктурами желчных протоков; ятрогенные повреждения общего желчного протока – в 5 (5,2%) случаях. Опухолевый характер механической желтухи был выявлен у 289 пациентов. Причины механической желтухи опухолевого генеза являлись: у 57,8% пациентов рак головки поджелудочной железы, у 15,2% пациентов холангиокарцинома общего желчного протока, у 6,5% пациентов холангиокарцинома проксимальных желчных протоков, рак желчного

пузыря – у 4,7% больных, у 4% пациентов рак большого соска ДПК, метастазирование у 11,5% больных и у 0,4% пациента рак двенадцатиперстной кишки. Результаты и обсуждение. На первом этапе для всех пациентов, под сонофлуороскопическим контролем, выполнена чрескожно-чреспеченочная холангиография для оценки уровня и степени блока с последующей чрескожно-чреспеченочной холангиостомией. Выполнено 546 чрескожных вмешательств. Характер вмешательств для пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза было следующим: наружная холангиостомия – 77,6%; наружновнутренняя холангиостомия 7,7%; антеградная баллонная пластика – 12,9%. При холедохолитиазе выполнено: в 62% случаев наружная холангиостомия, в 3,4% случаев произведено наружновнутреннее дренирование. У пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков выполнено: в 11,2% случаев наружная холангиостомия, наружновнутреннее дренирование в 4,3% случаев, антеградная баллонная пластика в 12,9% случаев. При ятрогенном повреждении общего желчного протока в 4,3% случаев была выполнена наружная холангиостомия. У пациентов с механической желтухой, обусловленной опухолевым поражением выполнен следующий спектр вмешательств: наружная холангиостомия – 62,4%; антеградное эндобилиарное стентирование – 23,5%; наружновнутреннее дренирование протоков – 11,3%; антеградная баллонная пластика – 0,5%; чрескожно-чреспеченочная микрохолестистостомия – 2,2%. Осложнения, после выполненных чрескожных миниинвазивных вмешательств, возникли в 71 случае (13%). 29 больных (7,4%) скончалось, что обусловлено прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования онкологического процесса. Данные проведенного исследования позволяют констатировать высокую эффективность применения антеградных миниинвазивных вмешательств при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой. Вывод и рекомендации. В современной хирургической стратегии лечения синдрома механической желтухи чрескожные миниинвазивные вмешательства являются неотъемлемой частью. Использование данных технологий дает возможность своевременно уточнить характер нарушения проходимости желчевыводящих путей, эффективно нивелировать билиарную гипертензию и определить последующее тактическое направление в лечении данной категории пациентов. Исследование

выполнено при поддержке Российского научного фонда в рамках проекта №21–15–00325.

270. Лапароскопическая хирургия прободной язвы: новый способ закрытия перфорации

*Сажин И.В. (1,2), Хрипун А.И. (2), Шурыгин С.Н. (3),
Цулая А.З. (1)*

Москва

1) ГБУЗ "ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ", 2) РНИМУ им Н.И. Пирогова, 3) РУДН

В настоящее время существуют различные варианты хирургического лечения перфоративной язвы желудка, самым частым из которых является ушивание перфорации. Часто ушивание выполняется лапароскопическим способом. В ряде случаев хирург сталкивается с осложнениями, которые ограничивают применение простого узлового шва, либо других вариантов ушивания при закрытии перфорации. К таким осложнениям относятся большие размеры перфорационного отверстия, выраженная инфильтрация краев дефекта, прорезывание швов при завязывании узлов, отсутствие возможности тампонады сальником или другими близлежащими тканями. Нами разработан в эксперименте способ лапароскопического ушивания перфоративной язвы желудка с формированием прикрытой перфорации. Анатомической основой способа является подвижность и эластичность стенки желудка. Предложенный нами способ позволяет шире применять малоинвазивные технологии при прободной язве желудка. Способ заключается в следующем. В зоне перфорации накладываются две основных линии серозно-мышечного шва полифиламентной рассасывающейся нитью условным диаметром 2-0 на колющей игле 25-26 мм ? окружности. Одна из них расположена над, а другая – под перфоративным отверстием. Отступ от него сверху и снизу составляет по 20 мм. Швы накладываются таким образом, чтобы вкол иглы располагался на расстоянии 40 мм от проксимального края перфоративного отверстия, а выкол – на расстоянии 20 мм от его дистального края. Концы нитей завязываются попарно. При затягивании указанных узлов проксимальная по

отношению к перфоративному отверстию часть желудка накладывается на это отверстие и прикрывает его собой, тем самым формируя складку-дубликатуру из передней стенки желудка. С целью укрепления ранее наложенных швов и создания герметичности между первыми швами равноудалено накладывают дополнительно два узловых серозно-мышечных шва. Этими швами дополнительно подшивается внешний край складки-дубликатуры дистальнее перфорации. Данный способ был разработан нами в эксперименте на силиконовых полноразмерных макетах человеческого желудка. Также производилось моделирование лапароскопического ушивания с применением тренажера LapBox, в который помещалась силиконовая модель желудка со сформированным перфорационным отверстием на передней стенке размерами 10x10 мм. Предложенный способ мы сравнили с традиционным вариантом ушивания перфоративной язвы двухрядным узловым швом. Оценка результата ушивания перфорации проводилась с помощью гибкой эндоскопии. При сравнении двух лапароскопических способов ушивания перфорации явных технических преимуществ какого-либо из них выявлено не было. Изучая деформацию силиконовых макетов, а также их герметичность в зоне операции с помощью эндоскопического оборудования и гидравлических нагрузок, явных различий между двумя способами ушивания перфорации не отмечено. Изучение результатов моделирования позволяет судить о безопасности описываемого способа ушивания. Одним из ключевых показателей его безопасного применения является герметичность. Другим важным критерием является функциональность предлагаемого способа. Отсутствие сужения просвета желудка после применения способа в эксперименте свидетельствует о сохранении нормального функционирования желудка и отсутствии нарушения его эвакуаторной функции. Предложенный способ не требует специального инструментария, особых навыков оперирующего хирурга, специфического оборудования в операционной. Он является простым и доступным вариантом закрытия перфорации. Это позволяет прогнозировать его широкую тиражируемость в клинической практике. Данный способ предложен не взамен других широко применяемых методик ушивания прободной язвы, а как дополнительная возможность выбора алгоритма действий для хирурга, столкнувшегося с определенными техническими трудностями закрытия перфорационного отверстия.

271. Тактика ведения больных с сопутствующей патологией при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости

Гербали О.Ю., Керимов Э.Э.

Симферополь

ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского" структурное подразделение "Медицинская академия имени С.И. Георгиевского"

Актуальность. По материалам Комитета экспертов ВОЗ, сочетанная патология, требующая единовременной коррекции, регистрируется у пациентов хирургического профиля в 20%-30% случаев. Согласно данным Костюк И.П. (2013), диапазон сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 2,8% до 63%. Другим сдерживающим фактором является высокий периоперационный риск у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих, помимо возрастных конверсий со стороны внутренних органов, случаев серьезные коморбидные соматические заболевания в 64-100%. При этом до 90% составляет кардиоваскулярная и респираторная патология, до 57% – заболевания эндокринной системы. Хирургический стресс закономерно обостряет интеркуррентные заболевания, приводящие к тяжелым осложнениям интраоперационного и послеоперационного периода. Материалы и методы. На основании информированного согласия в соответствии со стандартами Этического комитета Российской Федерации осуществлено комплексное обследование 1112 больных в возрасте от 18 до 72 лет с 2012 по 2018 годы, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства (СОВ) на органах брюшной полости. Средний возраст обследованных составил 49,2±6,9 года. Женщины – 797 (71,7%), мужчины – 315 (28,3%). У всех 1112 (100,0%) пациентов основным хирургическим заболеванием была желчно-каменная болезнь (ЖКБ), хронический калькулезный холецистит (ХКХ). Сопутствующая соматическая патология выявлена у 936 (84,2%) больных. На 1 этапе (2012-2014 год) осуществлен сравнительный анализ результатов выполненных СОВ. На 2 этапе (2014-2015 год) теоретическое обоснование и разработка

алгоритма персонифицированной диагностической и лечебно-реабилитационной тактики при СОВ на органах брюшной полости. На 3 этапе (2015-2018 год) – реализация и оценка эффективности предложенного алгоритма. Результаты и обсуждение. Оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных по двум исследованным периодам позволила выявить следующие особенности: ранние послеоперационные осложнения регистрировались у 48 (8,3%) больных. Благодаря внедрению предложенного нами алгоритма число осложнений удалось снизить в 4,4 раза: в группе сравнения (ГС) – 26 (13,7%), в основной группе (ОГ) – 12 (3,1%) ($p < 0,001$). При этом наблюдалось достоверное уменьшение частоты как локальных, так и общих осложнений: в ГС – 4 (2,1%) и 22 (18,6%) соответственно, в ОГ – 2 (0,5%) ($p = 0,33$) и 10 (2,6%) ($p = 0,01$) соответственно. Удельный вес раневых осложнений снизился в ОГ2 – в 3,9, в ОГ3 – в 4,1 раза, общих осложнений: в ОГ1 – в 10,3 ($p = 0,004$), в ОГ2 – в 6,7 ($p = 0,032$), в ОГ3 – в 3,2 раза ($p = 0,048$). В соответствии с критериями универсальной классификации Dindo-Clavin, ранние послеоперационные осложнения относились преимущественно ко II-ой степени тяжести – в 22 (57,8%) случаев, I-ая отмечалась в 12 (31,6%), IIIa – в 2 (5,3%) и IV-ая степень – в 2 (5,3%). Для прогнозирования и своевременной коррекции послеоперационных осложнений в диагностический алгоритм рекомендуется включать динамический мониторинг: 1) при низкой степени риска – качества жизни (опросник «Определение КЖ у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде») – 1 сутки, психоэмоционального статуса – 3 сутки (опросник экспресс-диагностики тревожно-депрессивных расстройств В.Н.Краснова); 2) при средней степени риска – концентрации IL-6 – 1 сутки, ЭТ-1 – на 3-и сутки; ультразвуковое доплерографическое исследование гемодинамических параметров портальной вены печени – на 3-и сутки; качества жизни (опросник «Определение КЖ у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде») – 1 и 3 сутки; психоэмоционального статуса – 3 и 14 сутки после операции (шкалы HAM-A и HDRS), 3) при высокой степени риска – концентрации IL-6 и ЭТ-1 – на 1 и 3-и сутки (при значениях IL-6 > 14,3 пг/мл и ЭТ-1 > 58,3 пг/мл повторить через 7 суток); ультразвуковое доплерографическое исследование гемодинамических параметров портальной вены печени на 3 и 7 сутки после операции; качества жизни (опросник «Определение КЖ у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде») при итоговом показателе КЖ < 40 баллов –

применяется предложенный способ прогнозирования уровня КЖ), психоэмоционального статуса – 3 и 14 сутки после операции (шкалы HAM-A и HDRS). Выводы. При низком риске развития ранних послеоперационных осложнений ведение периоперационного периода осуществляется согласно универсальной тактике; при среднем и высоком – универсальная тактика дополняется специальной.

272. Редукция регионарного кровотока для профилактики кровотечения при минимально инвазивном хирургическом лечении пациентов с панкреонекрозом

Новиков С.В., Коков Л.С., Ярцев П.А., Кузьмин А.М., Нугуманова К.А

Москва

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

Актуальность. Проблема острого панкреатита, панкреонекроза остается актуальной в связи с высоким уровнем развивающихся осложнений (20%) и летальности (85%). Одним из наиболее часто встречающихся осложнений при секвестрэктомии являются кровотечения, частота его возникновения при хирургическом лечении панкреонекроза достигает 18% и ведет к повышению летальности до 70%. Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с панкреонекрозом путем профилактики развития кровотечения при секвестрэктомии. Материалы и методы. За 2019-2021 гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского был прооперирован 81 пациент с панкреонекрозом. Чрескожная чресфистульная эндоскопическая секвестрэктомия выполнена у 52 пациентов (64,1%), транслюминальная эндоскопическая секвестрэктомия – у 28 (34,5%). У одного пациента (1,2%) осуществлялась комбинация чрескожной и транслюминальной секвестрэктомии. Кровотечение на этапах секвестрэктомии, потребовавшее применения хирургического гемостаза, возникло у 20 пациентов (25%). Учитывая высокий риск развития кровотечения при секвестрэктомии, были установлены показания к превентивной рентгенэндоваскулярной редукции регионарного кровотока. Зоны панкреатогенной деструкции были

расположены в бассейне селезеночной артерии и вены у 10 (12,5%) пациентов. Именно эти 10 пациентов составили материал для исследования. Из них 8 мужчин (80%), 2 женщины (20%), средним возрастом $38,7 \pm 4,2$ года. Эмболизация магистральной селезеночной артерии выполнялась микроэмболами Embozene 700 мкм, Countour 355-500 мкм, микроспиральями COOK MWCE-18S-8/5-Tornado, COOK MWCE-18-7-8-Nester. Результаты. Эмболизация селезеночной артерии с целью превентивной редукции регионарного кровотока была успешна у 10 пациентов (100%). В ходе и после выполненной секвестрэктомии интенсивных кровотечений в данной группе отмечено не было, диапедезные капиллярные кровотечения отмечены у 5 пациентов (50%), где гемостаз был достигнут рыхлой тампонадой с применением гемостатического раствора «Гемоблок». Осложнения эндоваскулярных вмешательств выявили у 3 (30%) пациентов – абсцесс селезенки, в связи с чем выполнено чрескожное дренирование под УЗ-наведением (IIIa степень по Clavien-Dindo). В дальнейшем, после ликвидации острого панкреатит, в «холодном периоде», всем пациентам была выполнена спленэктомия различными доступами (IIIb): чресфистульно под РТВ-наведением (1), лапароскопически (1), из лапаротомного доступа (1). Заключение. Превентивная эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии позволила избежать интенсивных кровотечений при секвестрэктомии у всех пациентов с панкреонекрозом.

273. Малоинвазивное лечение осложненного хронического геморроя с сопутствующими заболеваниями анального канала

Мирзоев Л.А., Бурцев Д.В., Грошилин В.С.

Ростов-на-Дону

ГАУ РО «ОКДЦ»

Актуальность. Хронический геморрой – одно из наиболее распространенных заболеваний человека. Среди колоректальных заболеваний удельный вес геморроя составляет от 34 до 41%. В настоящий момент существует множество малоинвазивных методов лечения хронического

геморроя I-III стадий. Преимуществами малоинвазивных методов являются возможность амбулаторного применения, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, уменьшение послеоперационных осложнений, ранняя социально-трудовая реабилитация. Зачастую хронический геморрой сопровождается обильными кровотечениями, как следствие – анемией и сочетается с другими заболеваниями анального канала, такими как хроническая анальная трещина (10-15% среди проктологических заболеваний), хронический парапроктит. При выявлении таких патологий предпочтение отдается первичному лечению сопутствующих заболеваний анального канала с целью профилактики гнойно-септических осложнений, купирования болевого синдрома. Лечение хронического геморроя проводится консервативным методом либо вторым этапом хирургического вмешательства. Лечение одной из выявленных патологий анального канала, по нашему мнению, может привести к обострению сопутствующего заболевания, развитию послеоперационных осложнений. Цель исследования. Комплексное лечение заболеваний прямой кишки путем применения малоинвазивного хирургического лечения геморроя в сочетании с традиционными операциями при сопутствующих заболеваниях анального канала. Материалы и методы. В период с 2015 по 2022 гг. в ГАУ РО «ОКДЦ» проведено лечение 83 больных хроническим геморроем II-III стадий, в том числе осложненным кровотечением, анемией и в сочетании с трещинами анального канала и интрасфинктерными свищами прямой кишки, в возрастной категории от 20 до 76 лет. 50 пациентам выполнено иссечение анальной трещины с использованием УЗ-скальпеля и склерозирование геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией. 33 пациентам выполнена операция Габриэля также в сочетании с УЗ-склерозированием геморроидальных узлов. При наличии сфинктероспазма выполнялась боковая дозированная сфинктеротомия. Алгоритм предоперационной подготовки включал: пальцевой осмотр прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию, а у пациентов старше 40 лет – колоноскопию. Оперативные вмешательства выполнены под местной параректальной блокадой и анестезией сфинктера и под внутривенной седацией. Послеоперационный период наблюдения составил 6 месяцев. 52 пациента прооперированы амбулаторно, 31 – в «стационаре одного дня». Результаты. Анализ результатов лечения показал, что у 74 пациентов (89,2%)

исследуемой группы получен хороший результат ввиду купирования основных симптомов заболеваний: кровотечения, болевого синдрома (значимого дискомфорта), выпадения геморроидальных узлов, рецидивов заболеваний. В 6 случаях (7,2%) отмечен тромбоз геморроидальных узлов, пролечен консервативно. У 3-х пациентов – кровотечение (при III стадии геморроя) потребовало выполнения «экономной» геморроидэктомии. У одного пациента после иссечения анальной трещины сформировался неполный внутренний свищ, выполнено иссечение свища. Выводы: 1. Малоинвазивное лечение хронического геморроя (склерозирование с ультразвуковой кавитацией) устраняет основные симптомы геморроя: кровотечение, выпадение узлов, значимый дискомфорт в заднем проходе. 2. УЗ-склерозирование хронического геморроя может применяться при сопутствующих заболеваниях анального канала (анальных трещинах, интрасфинктерных свищах), эффективно при осложненных формах хронического геморроя (кровотечении, анемии). 3. Оперативное лечение может выполняться в амбулаторных условиях и при необходимости проведения внутривенной анестезии в «стационаре одного дня». 4. При геморрое IV стадии показана геморроидэктомия. Однако малоинвазивное лечение может быть эффективным этапом подготовки к радикальной геморроидэктомии.

274. Роль серологических маркеров регенерации печени в прогнозировании развития пострезекционной печёночной недостаточности.

Бычковский П.А., Щерба А.Е., Ефимов Д.Ю., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Руммо О.О.

Минск, Республика Беларусь

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»

Актуальность. Проблемы профилактики и прогнозирования пострезекционной печеночной недостаточности не утратили до настоящего времени своей остроты и актуальности. Пострезекционная печеночная недостаточность (ПрПН) является наиболее тяжелым и грозным

осложнением и остается основной причиной смертности в резекционной хирургии печени. Для стратификации рисков и прогнозирования исхода хронической печёночной недостаточности наиболее часто используют восемь различных клинико-лабораторных шкал (APACHE II (Acute physiology and chronic health evaluation II), APACHE III (Acute physiology and chronic health evaluation III), MELDs (Model for end-stage liver disease score), CLIF-C OFs (Chronic liver failure consortium organ function score), CLIF-C ACLFs (Chronic liver failure consortium acute on chronic liver failure score), MPM0-3 (Mortality probability model III at zero hours), SAPs III (Simplified acute physiology score III), CTPs (Child–Turcotte–Pugh score)). Однако, в настоящее время невозможно с достаточной точностью спрогнозировать возникновение и развитие ПрПН ввиду отсутствия специфических маркеров. Материалы и методы. На базе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» для определения взаимосвязи между возникновением тяжёлой пострезекционной печёночной недостаточности и уровнем исследуемых серологических маркеров проводится проспективное случай-контроль исследование, в которое на данном этапе включены 35 пациентов, подвергшихся обширной резекции печени (4 и более сегментов) с января 2020 года по настоящее время. Критерием включения является проведение обширной резекции печени (4 и более сегментов), критерий исключения – резекция 1-3 сегментов печени. Характеристика пациентов, перенесших резекцию печени: медиана возраста - 48 лет (от 2 лет 8 месяцев до 81 года); мужчин:женщин 16:14, мужчин:женщин 33:50, средняя длительность оперативного вмешательства – 302 минуты (от 75 до 750 минут), объём кровопотери - 190 мл (50-1000 мл). ПрПН наблюдалась только в основной группе (после обширных резекций) – 22,9% (8 из 35). Пробы для серологического исследования отбирались в следующих контрольных точках: до операции; интраоперационно (из воротной и печёночной вены); в 1-е, 4-е, 7-е сутки после операции. Маркеры, включённые в исследование: IL-6 (интерлейкин-6), TGF- β (опухольный фактор роста β), TNF α (фактор некроза опухоли α), HGF (фактор роста гепатоцитов), EGF (эндотелиальный фактор роста), M30 M65 субъединицы цитокератина 18, лактат. Изучаемые клинические исходы: ПрПН Grade C, летальный исход. Данные представлены как медиана с 25% и 75% квантилями. Полученные результаты. При анализе результатов исследования прорегенераторных маркеров выявлены статистически значимые различия в группах пациентов с развившейся тяжёлой ПрПН и

неосложненным после-операционным периодом, а именно: по уровню интраоперационной кровопотери (500 мл [400;1000] против 300 мл [50;500]; $p=0,011$); по уровню TNF α , измеренного в предоперационном периоде (4,325 пг/мл [0;8,65] против 15,845 пг/мл [0;43,95]; $p=0,07$); по уровню EGF на 4 СПО (962,42 пг/мл [624,35;68733,41] против 622,8 пг/мл [118,43;3145,52]; $p=0,015$) и 7 СПО (8,69 пг/мл [0;16,9] против 40,81 пг/мл [6,77;92,37]; $p=0,038$); по уровню IL-6 на 4 СПО (5379,86 пг/мл [72,88;10686,84] против 19,135 пг/мл [0;283,13]; $p=0,04$); по уровню M65 на 4 СПО (2077,06 Ед/л [1805,92;2348,2] против 473,1 Ед/л [278;1277,44]; $p=0,026$); по уровню M65-M30 на 4 СПО (1490,03 Ед/л [984,5;1995,56] против 226,475 Ед/л [116,42;625,58]; $p=0,026$); по уровню M30 на 7 СПО (886,67 Ед/л [750;1023,34] против 250,68 Ед/л [125;693,8]; $p=0,027$); по уровню M65 на 7 СПО (4333,93 Ед/л [1852;6815,86] против 590,36 Ед/л [318;1271,34]; $p=0,027$); по уровню M65-M30 на 7 СПО (3447,26 Ед/л [1102;5792,52] против 224,68 Ед/л [87,42;945,9]; $p=0,027$). Обсуждение. При исследовании уровня специфических про- и противорегенераторных серологических маркеров получены статистически значимые результаты, которые позволяют в дальнейшем использовать данные предикторы в клинической практике и прогнозировать, а значит предотвращать на ранней стадии развитие пострезекционной печёночной недостаточности. Выводы и рекомендации. Результаты исследования позволяют сделать вывод о прогностической значимости серологических маркеров регенерации печени в развитии ПРПН. Предварительные данные исследования позволяют продолжить изучение на большей выборке пациентов.

275. Генетические аспекты язвенного колита

*Рыбачков В.В., Сорогин С.А., Березняк Н.В.,
Тевяшов А.В.*

Ярославль

ФГБОУ ВО "Ярославский государственный
медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. В настоящее время наследственный фактор является доминирующим в этиологии

язвенного колита. В частности, появились данные о клинической значимости частоты полиморфизма генов к выраженности клинических проявлений. Однако степень их доказательности нередко ставится под сомнение. Отмеченные моменты явились отправными для проведения настоящего исследования. Материалы и методы. Изучены полиморфные варианты генов VEGFA, IL6 в крови у 50 пациентов с язвенным колитом в возрасте от 18 до 79 лет. В исследуемой группе было 28 мужчин (56%) и 22 женщины (44%). Вычисления проводились с использованием критерия χ^2 (хи-квадрат). Диагноз заболевания ставился на основании данных клиники, ультразвукового исследования, колоноскопии, визуальной оценки патологического процесса во время операции и гистологического исследования операционного материала. По протяженности воспаления преобладали больные с тотальным колитом (84%). У 28 пациентов (56%) наблюдалось хроническое непрерывное течение заболевания, у 14 (28%) – хроническое рецидивирующее, у 8 (16%) – острое течение. По степени тяжести атаки по Truelove-Witts превалировали пациенты с среднетяжелой атакой (42%), легкая (28%) и тяжелая (32%) атаки наблюдались реже. Оперативное вмешательство выполнено у 8 больных (16%) и сводилось к выполнению колпроктэктомии (50%), колэктомии (25%) и субтотальной колэктомии с выведением одноствольной илеостомы по Бруку (25%). Летальных исходов не было. В качестве контроля проведено аналогичное исследование у 40 условно здоровых людей без выявленной сопутствующей патологии в возрасте от 21 до 59 лет. Соотношение мужчин и женщин было равным. Полученные результаты и обсуждение. В исследуемой группе мутации гена интерлейкин-6 (IL6) по гомозиготному варианту G174G встречались с частотой 24%, а мутации гена, кодирующего фактор роста эндотелия сосудов (VEGFA) по гомозиготному варианту C634C, с частотой 12%. Частота полиморфных вариантов IL-6 (G174G) и VEGFA (C634C) существенно ниже в группе сравнения и составила 5% и 2,5% соответственно. Наиболее часто встречались мутации генов IL6 и VEGFA среди мужчин (28,6% и 14,3% соответственно), в то же время гомозиготный вариант IL-6 (G174G) у пациентов старше 51 года (43,8%), а гомозиготный вариант VEGFA (C634C) практически в равной степени среди больных старше 51 года (18,8%) и пациентов от 36 до 50 лет (13,3%). Степень протяженности воспалительного процесса ассоциировалась преимущественно с мутацией гена 26,2%. Необходимость оперативного вмешательства ассоциировалась в основном с мутацией гена VEGFA (37,5%). В зависимости от

характера течения заболевания, хроническое рецидивирующее ассоциировалось с мутацией генов IL6 (42,9%) и VEGFA (21,4%). При хроническом непрерывном течении частота мутаций исследуемых генов не превышала 15%. При остром течении мутации наблюдались только стороны гена IL6 (25%). Тяжесть заболевания в основном ассоциировалась с мутацией генов IL6 и VEGFA. При легкой степени частота мутаций гена IL6 составила 21,4%, при средней – 23,8%, при тяжелой – 26,6%. Со стороны гена VEGFA при легкой степени мутаций не наблюдалось. При средней степени частота мутации незначительна (4,8%), а при тяжелой превышала 33,3%. Выводы. При язвенном колите частота мутаций гена IL6 достигает 24%. Мутации гена VEGFA встречались в 2 раза реже (12%). Частота мутаций ассоциировалась с протяженностью вовлечения в процесс слизистой кишки, выраженностью клинических проявлений и методов лечения. Полученные данные, безусловно, будут способствовать совершенствованию персонализированного подхода и выбора оптимального лечения данного контингента больных.

276.Отсроченные результаты исследования LARC (Laparoscopic three-dimensional vs 2D ventral rectopexy for rectocele and rectal prolapse correction: a prospective, randomized, single center study)

Хитарьян А.Г. (1,2), Головина А.А. (1,2), Валиев К.С. (1), Ковалев С.А. (1,2), Орехов А.А. (1,2), Алибеков А.З. (1, 2), Межунц А.В. (1), Чепурная И.А. (2), Шимченко Д.К. (2)

Ростов-на-Дону

1) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону», 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Есть ли преимущества использования роботических хирургических систем в трансабдоминальной коррекции ректоцеле и выпадения прямой кишки в сравнении со стандартным лапароскопическим доступом? На сегодняшний день разработано значительное число

новых методов лечения различных форм пролапса заднего компартмента тазового дна. Общее направление развития хирургии в сторону минимально-инвазивных вмешательств и максимально быстрой реабилитации, а также активного внедрения высокотехнологичных операций, в пельвиоперинеологии отразилось в нарастающем тренде увеличения доли лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств при пролапсе тазовых органов. Одной из самых распространенных трансабдоминальных операций для коррекции ректоцеле, внутренней инвагинации и полнослойного выпадения прямой кишки является вентральная ректопексия с использованием сетчатого импланта. Цель исследования. Целью настоящего исследования было изучение эффективности и безопасности метода роботической вентральной ректопексии сетчатым имплантом в лечении пациентов с ректоцеле и выпадением прямой кишки в сравнении со стандартным лапароскопическим доступом. Материалы и методы. В проспективное рандомизированное одноцентровое исследование были включены пациентки в возрасте от 18 до 70 лет с симптоматическим ректоцеле 3 стадии и/или выпадением прямой кишки. Пациенты были проспективно разделены на две группы для роботической или лапароскопической вентральной ректопексии сетчатым имплантом. Первичной конечной точкой выбрана объективная частота удовлетворительных анатомических результатов. Второстепенные конечные точки включали в себя симптомы обструктивной дефекации и симптомы недержания мочи по шкалам Wexner и Cleveland Clinic, а также уровень удовлетворенности согласно опроснику Patient Global Impression of Improvement. Также оценивали время операции, интраоперационную кровопотерю, продолжительность пребывания в стационаре, выраженность послеоперационных болей, недержание мочи, а также хирургические осложнения и осложнения с применением сетки. Особый интерес в этом исследовании представляла также усталость хирурга после операции, оцениваемая с помощью опросника Profile of Mood States questionnaire. Результаты. На настоящий момент в данное исследование было включено 9 пациентов. На контрольном осмотре через 1 месяц частота излечения ректоцеле и ректального пролапса составила 100% при использовании обоих подходов. Значимых различий между группами по вторичным исходам не было, за исключением времени операции, объема кровопотери и послеоперационной боли. Общее время операции

было выше в роботической группе за счет докинга и отработки техники расположения портов, однако, прогрессивно снижалось по мере накопления опыта. Заключение. Робот-ассистированный доступ обеспечивает результаты, сравнимые с традиционной лапароскопией с точки зрения эффективности и безопасности. С другой стороны роботический доступ обеспечивает лучшую визуализацию и прецизионную диссекцию в узких анатомических пространствах малого таза, что позволяет снизить объем кровопотери, послеоперационный болевой синдром, длительность пребывания в стационаре. Однако, необходимо продолжение набора пациентов в данное исследование с наблюдением в отдаленные сроки.

277. Системный тромболитиз при массивной тромбоэмболии легочной артерии

Мутаев М.М. (1,2), Папоян С.А. (1,2), Радченко А.Н. (1,2), Мутаев О.М. (1,2), Асатурян К.С. (1,2)

Москва

- 1) ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова,
- 2) ГБУЗ "ГКБ им Ф.И. Иноземцева"

Цель. Изучить непосредственные результаты системного тромболитиза при массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) высокого риска по шкале PESI. Материал и методы. Изучены непосредственные результаты системного тромболитиза при массивной ТЭЛА высокого риска по шкале PESI у 21 больных. Средний возраст больных составил $67,43 \pm 14,54$ года (от 44 до 86 лет), из них 9 (42,86%) были мужского пола и 12 (57,14%) женского пола. Больные поступили в среднем через $3,2 \pm 2,9$ дня от начала первых клинических признаков ТЭЛА. Сатурация кислорода крови при поступлении составила $87,27 \pm 6,01\%$. Среднее систолическое А/Д было $102,75 \pm 15,23$ мм.рт.ст., а температура тела $37,1 \pm 1,4$ градусов. В состоянии шока поступили 7 (33,33%) больных. Индекс Miller составил $15,3 \pm 1,6$ баллов. При обследовании больных с ТЭЛА проводились: оценка вероятности ТЭЛА по шкале Geneva, общеклинические исследования, исследование крови на Д-димер и

тропонин I, ЭКГ, УЗАС вен нижних конечностей, МСКТ с контрастированием легких с оценкой объема эмболии по шкале Miller, ЭхоКГ, оценка риска смерти в течении 30 дней по шкале PESI. Эффективность системного тромболитиза оценивали по клиническим данным, наличию осложнений и по данным ЭхоКГ в динамике. Результаты исследования. При обследовании средний уровень Д-димера составил $6230,2 \pm 3500,1$ ng/ml, тропонина I- $0,19 \pm 0,34$ мкг/л. Среднее давление в легочной артерии составила $65,33 \pm 15,74$ мм. рт.ст. При МС КТ у 3 (14,29%) пациентов выявлена инфарктная пневмония. У 14 (66,66%) больных системный тромболитизис проводился по стандартной схеме: в/в 10 мг альтеплазы в течении 1-2 мин, затем 90 мг в течении 2 часов. У 7 (33,33%) больных системный тромболитизис проведен по ускоренной схеме, при этом альтеплаза 0,6 мг/кг (максимально 50 мг) была введена в течении 15 мин. Улучшение отмечено у 18 (85,71%) больных. После системного тромболитиза сатурация O₂ крови в среднем составила - $93 \pm 7,8\%$. При ЭхоКГ через сутки после системного тромболитиза давление в легочной артерии составила $47,6 \pm 15,1$ мм.рт.ст. Умерло 3 (14,29%) больных. Один пациент поступивший в состоянии шока умер через несколько часов после тромболитиза, а второй больной умер через 14 дней от прогрессирующей дыхательной и сердечно сосудистой недостаточности. Геморрагических осложнений после системного тромболитиза не было. После системного тромболитиза больные получали ривароксабан по 15 мг - 2 раза 3 недели, затем по 20 мг в сутки неопределенно долго. Средний койко-день составил - $8,2 \pm 3,41$. Обсуждение. Массивная тромбоэмболия легочной артерии высокого риска сопровождается высокой летальностью. Ведение больного по алгоритму с проведением СТЛТ позволяет улучшить состояние больных, уменьшить летальность, способствует быстрой реабилитации. Выводы. Проведенное исследование показывает клиническую эффективность и безопасность системного тромболитиза при массивной ТЭЛА у больных высокого риска по шкале PESI.

278.Эндоваскулярные вмешательства при нарушениях мезентериального кровообращения

Щеголев А.А. (1,2), Мутаев М.М. (1,2),
Папоян С.А. (1,2), Васильев М.В. (1,2),
Мутаев Р.М. (1,2), Васильев А.С. (1,2)

Москва

- 1) ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова,
- 2) ГБУЗ “ГКБ им Ф.И. Иноземцева“

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты эндоваскулярного и хирургического лечения нарушений мезентериального кровообращения. Материалы и методы. Изучены непосредственные результаты лечения 113 пациентов, из них 83 больных, у которых был подтвержден диагноз ОНМЗК (I- группа) и 30 больных ХНМЗК (II- группа). Средний возраст пациентов в I группе составил 78,75±11,62 года, а во II - группе - 67,9±10,82 лет. В I группе МСКТ брюшной полости с контрастированием артерий выполнена у 43 (60,6%) больных. Основным фактором, влияющим на тактику лечения, являлись наличие или отсутствие признаков некроза и/или перитонита. Эндоваскулярное лечение с последующей лапароскопией выполняли при отсутствии признаков некроза кишечника и перитонита, а при их наличии проводили лапароскопию и/или лапаротомию с программной санацией по показаниям. Во II группе проводили гастродуоденоскопию, колоноскопию, ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) брюшной аорты, артерий н/к и брахиоцефальных артерий, МСКТ брюшной полости и артерий н/к в ангиорежиме, а также аортоангиографию. Результаты. В I группе пациенты поступали в среднем через 33,3±33,66 часа от начала заболевания. По результатам МСКТ и аутопсии тромбоз ВБА выявлен у 44 (53%) больных, а эмболия – у 18 (21,6%), неокклюзивная мезентериальная ишемия (НОМИ) и инфарктом кишечника - 9 (10,8%), венозный острый мезентериальный тромбоз - 6 (7,2%), тромбоз нижней брыжеечной артерии (НБА) - 6 (7,2%). Из 83 больных прооперирован был 79 (95%) пациентов. Эксплоративные вмешательства проведены 39 (49%) больным, лапаротомия и резекция кишечника - 29 (36,7%), эндоваскулярные вмешательства - 11 (13,9%). У 4 (4,8%) больных из этой группы диагноз был установлен только при аутопсии. После эндоваскулярного вмешательства для оценки жизнеспособности кишечника проводилась лапароскопия, и по ее результатам шестерым пациентам были выполнены

лапаротомия и резекция сегмента кишечника. Общая летальность составила 67,5% (n=56), после открытых операций - 70,6% (n=48), после эндоваскулярных вмешательств – 36,4% (n=4). Во II группе эндоваскулярное вмешательство проведено бедренным доступом у 17 (56,6%) больных, плечевым - у 13 (43,3%). После проведения основного этапа выполнялась ангиография для исключения возможных осложнений: остаточного стеноза, экстравазации, отслоения интимы, тромбоза, дистальной эмболии. Баллонная ангиопластика и стентирование верхней брыжеечной артерии (ВБА) проведено 19(63,3%) больным, чревного ствола - 11(36,6%). Технический успех операции 100%. Осложнений и летальных исходов не было. Выводы. ОНМЗК в основном развивается в бассейне ВБА. Больные с ОНМЗК часто имеют предшествующие симптомы ХНМЗК. Смертность в группе больных поступающих в стадии гангрены кишечника и/или перитонита остается предельно высокой. Снижение летальности от ОНМЗК возможно при ранней диагностике и лечении заболевания, выполнении превентивных эндоваскулярных вмешательств при значимых поражениях артерий у больных с хронической ишемией кишечника.

279.Систематизация прицельных минимально инвазивных вмешательств на молочной железе

Белоненко Г.А. (1), Аксёнов А.А. (2), Аксёнова Е.Г. (2)

- 1) Донецк, ДНР, 2) Киев, Украина

- 1) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, 2) ООО «Верум»

Актуальность. Сегодня прицельные минимально инвазивные вмешательства (МИВ) на молочной железе (МЖ) из положения «биопсийного придатка» переходят в статус равноправного компонента современной онкохирургии. Цель публикации – систематизация и демонстрация многовекторного потенциала МИВ в онкохирургии МЖ. Материал и методы. Проанализированы результаты МИВ, выполненных под рентген-, эхо-, эндоскопическим или полимодальным визуальным контролем в течение 2018–2020 гг. К диагностическим отнесены рутинные чрезкожные

биопсии – тонкоигольная (n=2383) и трепан- (n=1267), чрессосковая щипковая (n=56), а также собственные способы контрастной сонодуктографии (n=39), эндоскопической кистоскопии (n=31), стереотаксической трепан-биопсии под контролем дукто- (n=32) и пневмокистографии (n=4). К вспомогательным – рутинная чрезкожная проволочная маркировка непальпируемых новообразований (НО) перед резекцией МЖ (n=103), установка титановых меток перед неoadьювантной химиотерапией (n=68), предоперационная одиарная чрессосковая (n=16), а также двойная проволочная маркировка рентген- и эконегативных внутрипротоковых НО по собственному способу (n=77). К лечебным – известная тонкоигольная аспирация кист, осложненных воспалением (n=179), пункции/дренирования абсцессов (n=76), удаления внутрипротоковых/внутрикистозных папиллом под эндоскопическим контролем с помощью петель/корзинок (n=47) или путем лазерной вапоризации (n=14), а также собственный способ лечения гнойного галактофорита (n=54). Результаты и обсуждение. В большинстве наблюдений получены положительные результаты. К примеру, авторские способы стереотаксической трепан-биопсии под контролем дукто- или пневмокистографии позволяют избежать травматичной секторальной резекции (открытой биопсии) и способствуют уверенному патогистологическому распределению НО на доброкачественные, с неопределенным онкологическим потенциалом, высокорискованные, а при раке – установлению степени злокачественности и молекулярно-генетического подтипа. Двойная предоперационная проволочная маркировка гарантирует 100,0% удаление мелких (до 0,5 см) рентген- и эконегативных внутрипротоковых НО, способствует уменьшению объема удаленных тканей на 41,6%, сокращению продолжительности операции на 7,0±4,5 минут и снижению частоты послеоперационных осложнений на 7,2%. Анализ собственных данных и научных публикаций за последние 5 лет позволяет предложить следующую систематизацию прицельных визуально контролируемых МИВ на МЖ: 1. По характеру патологии: при новообразованиях: с?лидных, кистозных, внутрипротоковых; при подозрительных лимфатических узлах. 2. По назначению: диагностические (биопсии), вспомогательные (маркировки), лечебные (аспирации, инъекции, удаления, абляции и др.), смешанные (лечебно-диагностические). 3. Под контролем: радиологическим: рентгенографическим включая

томосинтез (стереотаксис, дукто- и пневмокистография); эхографическим (В-режим, доплер, эластография и др. режимы); магнитно-резонансной томографии; молекулярной визуализации; эндоскопическим (маммодукто- и кистоскопия); полимодальным. 4. По режиму контроля: в режиме реального времени; в прерванном режиме. 5. По способу инвазии: чрезкожные, чреспротоковые (чрессосковые), комбинированные. 6. По методике инвазии: тонко-, толстоигольные (трепан-, core-, tru-cut), вакуум-ассистированные (Mammotome), радиочастотные (breast lesion excision system – BLES), другие. 7. По механизму воздействия: физические (гипертермические, криогенные, вакуумные, лазерные, радиочастотные, др.); химические, другие. Выводы. МИВ являются неотъемлемой и перспективной составляющей современной онкохирургии МЖ, характеризуются многовекторным потенциалом и рекомендуются к широкому внедрению в клиническую практику.

280. Оптимальная тактика хирургического лечения при циррозе печени и остром желчнокаменном холецистите

Муссов Т.Я., Саидов И.К., Абдурахманов Ш.М.

Бухара, Узбекистан

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) входит в тройку наиболее часто встречающихся острых хирургических заболеваний органов живота и имеет серьезные социально-экономические последствия. Главным образом страдают лица зрелого и старшего возрастов. При остром осложненном холецистите после традиционной хирургической тактики уровень послеоперационных осложнений достигает 44%, летальность – 45,7%. Цель работы. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения при циррозе печени и остром желчнокаменном холецистите. Материалы и методы. В основу работы легло изучение результатов лечения 56 больных желчи каменной болезни (ЖКБ), сочетанной с циррозом печени (ЦП), находившихся в 2018-2020 гг. в Бухарский филиал

РНЦЭМП. Большинство больных были в возрасте от 30 до 65 лет. Женщин - 32, мужчин - 24. Клиническая картина сочетанного поражения желчевыводящих путей и паренхимы печени (гепатиты, циррозы) носила разнообразный характер. Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение проведено всем 56 больным ЖКБ, сочетанной с различными вариантами поражений печени. В контрольной группе больным ЖКБ с ЦП выполнена холецистэктомия (56 случаев), которую дополняли по показаниям холедохолитотомией (35 случаев). В основной группе больным, кроме холецистэктомии и необходимого объема вмешательств на желчевыводящих протоках, выполняли коррекцию диффузного заболевания печени в различном объеме в зависимости от степени поражения печеночной паренхимы. Большей части больных (21 случай - 37,8%) ЖКБ, сочетанной с хроническим активным гепатитом (ХАГ). При ЖКБ, сочетанной с ХАГ (агрессивное течение), осложненным синдромом холестаза, спленомегалией и гиперспленизмом или при ЦП с гиперспленизмом, выполняли холецистэктомию. Такой объем операции выполнен 10 (18,5%) больным. Острый воспалительный процесс в желчном пузыре ухудшает функциональное состояние печени; вызывает снижение метаболических функций и усиление активности патологического процесса в печени. У больных ЦП с простыми формами ОКХ без холедохолитиаза или после эндоскопической санации холедоха наиболее оптимальным оперативным вмешательством является ЛХЭК. Оперативное лечение КХ у больных ЦП с функциональным классом «С» представляет крайне высокий риск. У этих больных перспективны малоинвазивные вмешательства (ЛХЭК). В основной группе в течение 2-3 дней после операции проводилась внутривенная вливания лекарственных препаратов: раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой для улучшения метаболических процессов в печени, трентал (или пентоксифиллин) для улучшения микроциркуляции в печени и уменьшения гипоксии гепатоцитов, гептрал - гепатопротектор, оказывающий свое действие даже на фоне внутривенного холестаза. Выводы. Таким образом, комплекс интра- и послеоперационных мер, направленный на коррекцию сочетанной с ЖКБ диффузной патологии печени, способствует более легкому течению раннего послеоперационного периода, а в поздние сроки после операции уменьшает прогрессирование патологического процесса в печени переход в тяжелые формы циррозов.

281. Определить роль нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С.

Бухара, Узбекистан

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в настоящее время является одной из наиболее актуальных в хирургии неотложных состояний. Это связано с тем, что 76% больных с желудочно-кишечными кровотечениями это люди молодого и среднего возраста. Удельный вес только язвенных гастродуоденальных кровотечений составляет до 59-75%, с преобладанием мужчин (59,6%). При этом число больных с язвенным кровотечением постоянно увеличивается и составляет 90-103 на 100000 взрослого населения в год. Цель исследования. Определить роль нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материал и методы. Настоящее сообщение основано на анализе результатов лечения 1155 больных с желудочно-кишечными кровотечениями из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП с 2014-2020 гг. Возраст больных колеблется от 16 до 72 лет. Мужчины составили 71%, женщины — 29%, в возрасте старше 60 лет было 26,2% больных. Результаты. По этиологическим признакам больные разделены на 2 группы: 1-я группа, больные с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии составили 765 (66,3%) больных. Из них кровотечения при хронических язвах желудка и ДПК составили у 498 (64,8%) больных, острая язва лекарственного генеза, в результате лекарственного воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки - 248 (32,4%) больных. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза, осложнившийся кровотечением - 19 (2,48%) больных. Во второй группе больные с желудочно-кишечными кровотечениями не язвенного генеза составили 390 (33,7%) больных. Из них у 259 (66,4%) больных отмечалось кровотечения из ВРВ пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии, синдром Меллори-Вейсса у 33 (8,4%) больных у 54 (13,8%) больных источником кровотечения были злокачественные опухоли

желудка и кишечника 44 (11,2%) - эрозивный геморрагический гастрит, дуоденит. Следует отметить, что у 86 (22%) больных 2-й группе желудочно-кишечным кровотечениям способствовали употребление НПВП. Всего кровотечение на почве НПВП составляет 334 (43,6%) больных от всех язвенных кровотечений. Оценка тяжести состояния больного и степень кровопотери классифицировали по А.И.Горбашко, выделяя легкую, среднюю и тяжёлую степень. Кровопотеря легкой степени тяжести в 1-й группе было у - 428 (55,9%), средней у - 220 (28,7%), тяжёлой у -117 (15,3%) больных. Во 2-й группе, желудочно-кишечных кровотечений не язвенного генеза, кровопотеря легкой степени тяжести было у - 259 (66,4%), средней у - 92 (23,5%),тяжелой у-39 (10%) больных. Нами всем пациентам I группы, выполнялось эндоскопическое исследования для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. (1987г). FIA выявлялось у 76 (9,8%), FIB у- 152 (19,8%), FIIA у - 334 (43,6%), FIIB у - 123 (16%), FIIC у - 66 (8,6%), FIIL у -14 (1,8%) больных. Показатели гемоглобина составляли от 31 до 98 г/л. Выводы. В связи с этим необходимо обучение врачей методам оценки риска и контроля желудочно-кишечных осложнений, связанных с приемом НПВП. Больные, имеющие такие факторы риска, как язвенный анамнез, пожилой возраст и принимающие низкие дозы аспирина а также НПВП, должны получать профилактическое лечение ингибиторами протонной помпы. В существующих социально-экономических условиях и действующей системе организации здравоохранения важнейшее значение имеют урегулирование продажи НПВС в аптеках, в соответствии с врачебной рецептурой и рациональное патогенетическое лечение язвенной болезни в амбулаторно-поликлинических условиях, профилактика обострений и осложнений язвенной болезни, что без тесного сотрудничества хирургов и терапевтов-гастроэнтерологов невозможно.

282.Пористый никелид титана в лечении хронического остеомиелита

Трушин П.В., Чикинев Ю.В., Штофин Г.С., Штофин С.Г.

Новосибирск

ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность темы. Одним из актуальных вопросов остеологии является пластика полостей, формирующихся в результате течения гнойно-воспалительных процессов в костной ткани. Поиск материалов, которые могут быть использованы для этой цели, продолжаются, что определяет актуальность данной работы. Материал и методы. Исследование основано на опыте лечения 90 пациентов с хроническим остеомиелитом. Они были разделены на две группы. В первую группу (группу наблюдения) вошли 60 пациентов, которым в качестве пластического материала при закрытии остаточных полостей использовался пористый мелкогранулированный никелид титана. Во вторую группу (группу сравнения), состоящую из 30 пациентов, включили больных, которым остаточная полость выполнялась гемопломбой. Полученные результаты. Способ пломбирования секвестральной полости с использованием пористого мелкогранулированного никелида титана заключался в следующем. После осуществления операционного доступа выделялись и иссекались свищевые ходы до кости. После вскрытия секвестральной коробки производилась ее ревизия, удаление грануляционной ткани, секвестров. Стенки секвестральной полости обрабатывались с помощью ложки Фолькмана до момента появления «кровяной росы» в просвет секвестральной полости из костной ткани. После кюретажа секвестральная полость обрабатывалась раствором антисептика. Для более интенсивного пропитывания вводимого позже пломбирующего вещества из секвестральной полости наружу дрелью (до мышц) выполнялись 2-4 перфоративных отверстия. После чего в секвестральную полость помещался пористый мелкогранулированный никелид титана в количестве не менее 1/3 ее объема. В послеоперационном периоде установлено, что болезненность в области операционной раны регистрировалась у 35 больных группы наблюдения (58,8 %) и 26 человек (85,7 %) группы сравнения. Отёк в области шва в группе наблюдения отмечался у 44 пациентов (74,1 %), в группе сравнения – у 27 пациентов (89,3 %). Ближайшие результаты лечения

пациентов анализировали, исходя из критериев, которые в 1977 году предложил В. М. Гринёв. Хороший ближайший результат лечения был у 55 больных, оперированных предложенным способом, что составило 92 %. Отдалённые результаты лечения пациентов с хроническим остеомиелитом, с использованием мелкогранулированного никелида титана, отслеживались в сроки от 6 месяцев до 10 лет. Во время контрольных осмотров ориентировались на критерии оценки результатов лечения, предложенные В. К. Гостищевым. Анализ отдалённых результатов показал, что хороший результат лечения достигнут у 95 % пациентов, оперированных предложенным способом и у 76,7 % больных, оперированных традиционным способом. Выводы. Разработанный авторами способ пластики остаточных костных полостей при хроническом остеомиелите повышает эффективность лечения больных с этим заболеванием.

283. Особенности освоения миниинвазивных видеоассистированных гемитиреоидэктомий (МИВАГ)

*Матвеев И.А., Сипачев Н.В., Гиберт Б.К.,
Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Шмидт С.С.*

Тюмень

ФГБОУ ВО "Тюменский государственный
медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Влияние опыта хирурга на продолжительность вмешательства и число неудач при выполнении МИВАГ доказано во многих исследованиях. При этом результаты оперативного лечения зависят не только от опыта и навыков хирурга, выполняющего операцию, но и от слаженности работы всей операционной бригады. Цель исследования - изучить влияние предшествующего опыта хирурга и ассистентов операционной бригады на результаты освоения МИВАГ. Материалы и методы. Исследование проведено в специализированном эндокринологическом отделении многопрофильной клиники, где в 2011- 2017 г. в среднем в год выполнялось 423,7±35,7 операций на органах эндокринной системы. Личный опыт

хирурга перед проведением исследования составил 586 операций на ЩЖ открытым доступом и на околощитовидных железах (ОЩЖ) - 74 вмешательства. Видеоэндоскопическим методом им оперировано 20 человек с аденомами ОЩЖ, а также 36 операций на органах брюшной полости. К моменту завершения данного исследования опыт хирурга в операциях на ЩЖ и ОЩЖ составил 1506 вмешательств. Всего в операциях данного исследования приняло участие 8 ассистентов. Несмотря на столь большое их количество, операционная бригада в большинстве своем отличалась постоянством состава. Так, в 48 из 67 (71,64±5,51%) МИВАГ принимали участие 2 ассистента, из них ассистент В в 28 (41,8±6,02%) операциях, ассистент А – в 20 (29,85±5,59%). Эти пациенты составили 1 группу- МИВАГ-А. Во 2 группе, МИВАГ-В, выполнено 19 (28,35±5,51%) операций с участием 6 ассистентов. Полученные результаты. Изучая влияние постоянства состава операционной бригады на продолжительность вмешательства выполнили регрессионный анализ с построением кривой обучения в группах МИВАГ-А и МИВАГ-В. Точкой перехода от фазы обучения к фазе консолидации опыта принято среднее время выполнения операции у всей когорты пациентов - 68,66±3,02 мин. Целевое время в группе МИВАГ-В достигнуто к 44 вмешательству, в МИВАГ-А к 18 операции. В группах МИВАГ-А и МИВАГ-В средняя продолжительность операции была 63,96±2,94 мин и 80,53±7,07 мин, соответственно ($p = 0,017$). Обсуждение. Выполнение МИВАГ требует от хирурга, начинающего осваивать миниинвазивную методику оперирования на ЩЖ, опыта операций традиционным способом, а также навыков эндоскопической хирургии, что можно приобрести в специализированном отделении многопрофильной клиники с достаточно высокими объемами операций. Положительное влияние постоянства состава операционной бригады при освоении МИВАГ подтвердилось, в данном исследовании сравнением периода продолжительности освоения и времени выполнения вмешательства, которые были достоверно меньше при выполнении операций с постоянными ассистентами. Выводы. 1. Освоение МИВАГ целесообразно выполнять хирургу имеющему опыт выполнения операций на ЩЖ традиционным доступом с визуализацией возвратного гортанного нерва и околощитовидных желез и навыки эндоскопических операций. 2. Для сокращения времени перехода к периоду консолидации опыта освоение МИВАГ следует проводить с постоянным составом операционной бригады.

**284. Острый билиарный панкреатит при
сочетанном холецистохоледохолитиазе:
современный взгляд на способы хирургического
лечения**

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

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ

Актуальность. Острый билиарный панкреатит (ОБП) - заболевание с непредсказуемым характером течения летальность от которого составляет 15-30%. В 75% случаев этиологической причиной развития ОБП, является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). В основе лечения данной патологии лежит создание благоприятных условий оттока панкреатического сока и предотвращение прогрессирования воспалительных изменений паренхимы поджелудочной железы. Одним из эффективных методов решения данных проблем, является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Однако, при этом у пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом, даже после выполнения ЭПСТ, не устраняется этиологическая причина ОБП – ЖКБ. Поэтому, после купирования первого приступа в 25-61% случаев возникает рецидив ОБП, а также различные осложнения ЖКБ такие как: острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха и холангит, следовательно, окончательным методом лечения является выполнение ЛХЭ, которая предотвращает развитие вышеописанных осложнений. Материалы и методы. В период с 2017 по 2022 г. были пролечены 133 пациента с ОБП при сочетанном холецистохоледохолитиазе. Пациентам с легкой и средней степенью тяжести ОБП выполняли одноэтапные хирургические вмешательства – ЛХЭ и ЭПСТ и двухэтапные – ЭПСТ с отсроченной ЛХЭ. При тяжелом ОБП выполняли ЭПСТ со стентированием общего желчного и главного панкреатического протоков и без стентирования. Для оценки эффективности различных хирургических вмешательств был произведен сравнительный анализ в группах. Результаты. В I группу включены 103 пациента с ОБП легкой и средней степени тяжести ОБП. В Ia подгруппу – 54 (52,4 %) пациентов, которым выполняли одноэтапные хирургические вмешательства – ЛХЭ+ЭПСТ, в Ib подгруппу включены 49 (47,6%) пациентов, которым выполняли двухэтапные оперативные вмешательства – ЭПСТ и отсроченная ЛХЭ.

Большинство случаев ОБП протекало в легкой степени – 61 (59,2 %) пациент, со средней степенью тяжести было 42 (40,8 %) пациента. Среди пациентов Ia подгруппы 35 (64,8 %) пациентов с легкой степенью тяжести ОБП и 19 (35,2 %) пациентов – со средней. Среди Ib подгруппы 26 (53,1 %) пациентов – с легкой степенью тяжести ОБП и со средней – 23 (46,9 %) пациента. Во II-ю группу включено 30 пациентов с тяжелым ОБП, из них в IIa - 17 (56,7%) – те, кому выполнялась ЭПСТ, в IIб - 13 (43,3%) – ЭПСТ + стентирование ОЖП и ГПП. По результатам лечения пациентов I группы: в подгруппе Ia определялись меньший койко-день (6.4±2.8 против 15.2±3.3) и экономические затраты на лечение (89548.2±9225.4 против 156121.3±9987.6) p<0,05. При этом у 19 (38,7%) пациентов подгруппы Ib возникли осложнения, связанные с ЖКБ, в период ожидания ЛХЭ, так у 5 (26,3%) – рецидив ОБП, у 10 (52,6%) – острый калькулезный холецистит, и у 4 (21,1%) холедохолитиаз и холангит. По результатам лечения пациентов II группы: в подгруппе IIб определялись меньший койко-день (75.5±10.4 против 45.2±9.1) и экономические затраты на лечение (1 875 895.2±336 145.5 против 935 810.1±235 168.7) p<0,05. У 9 (52,9%) пациентов подгруппы IIa возникли осложнения, связанные с ЖКБ, из них у 5 (55,6%) – острый калькулезный холецистит, у 4 (44,4%) холедохолитиаз, холангит. Выводы. Выполнение одноэтапных хирургических вмешательств – ЛХЭ и ЭПСТ – показано при ОБП легкой и средней степени тяжести, поскольку данная тактика предотвращает развитие осложнений, характерных для двухэтапного лечения. При выполнении одноэтапных вмешательств достоверно сокращаются сроки пребывания пациентов в стационаре, снижаются экономические затраты на лечение. Двухэтапный подход оправдывает себя при ОБП тяжелой степени, однако, чтобы уменьшить число осложнений, связанных с ожиданием выполнения холецистэктомии, ЭПСТ с литоэкстракцией необходимо дополнять стентированием ОЖП и ГПП.

285. Коэффициент реперфузионного синдрома у больных после реваскуляризации нижних конечностей

Чарышкин А.Л. (1), Яшков М.В. (1,2)

Ульяновск

1) ФГБУ ВО Ульяновский государственный университет, 2) ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница

Актуальность. Основным способом лечения хронической артериальной недостаточности нижних конечностей является реваскуляризация. Из литературных источников хорошо известно, что при проведении реконструктивной операции на артерии нарушается равновесие между артериальным притоком и венозным оттоком, развивается реперфузионный синдром. Цель исследования. Разработать способ оценки степени нарушения равновесия между артериальным притоком и венозным оттоком у больных после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей. Материалы и методы. С 2018 по 2020 гг. в отделении сосудистой хирургии ГУЗ УОКБ г. Ульяновска 46 пациентам с хронической ишемией нижних конечностей 2Б-4А стадии ХАН проведены следующие операции: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование - 6 (13%), бифуркационное аорто-бедренное протезирование - 3 (6,6%), бедренно-подколенное шунтирование выше коленной щели - 4 (8,7%), протезирование поверхностной бедренной артерии синтетическим протезом - 3 (6,6%), петлевая полузакрытая эндартерэктомия из бедренного сегмента - 18 (39%), петлевая полузакрытая эндартерэктомия из бедренно-подколенного сегмента - 9 (19,5%), петлевая полузакрытая эндартерэктомия из подвздошно-бедренного сегмента - 3 (6,6%). Всем пациентам проводились: измерения окружностей бедер в верхней трети и голени в нижней и верхней трети до операции и после операции с использованием стандартной сантиметровой ленты, а также выполнялась количественная оценка скоростей кровотока в артерии и венах до операции и после операции на аппарате Siemens Accusion S2000. Измерение исходных и послеоперационных параметров окружностей конечностей и скоростей венозного и артериального кровотоков позволило разработать математическую формулу для определения коэффициента реперфузионного синдрома (патент РФ № 2746543, авторы: Чарышкин А.Л., Яшков М.В.). Коэффициент реперфузионного синдрома (Кр) прямо пропорционален разнице

сумм окружностей конечности до и после операции и обратно пропорционален отношению сумм скоростей кровотока в артерии и вене до и после операции. Результаты и обсуждение. Анализ результатов и их сопоставление с особенностями клинической картины пациентов, показывает следующую закономерность: чем больше значение коэффициента реперфузионного синдрома, тем более выражено протекает реперфузионный синдром у больного. В связи с этим мы выделили градацию реперфузионного синдрома по степеням тяжести. Реперфузионный синдром легкой степени тяжести $1 < Kp < 3$. Реперфузионный синдром средней степени тяжести $3 < Kp < 6$. Реперфузионный синдром тяжелой степени $Kp > 6$. Выводы. Предложенный способ показывает степень нарушения равновесия между артериальным притоком и венозным оттоком, что соответствует степени тяжести течения реперфузионного синдрома у больных после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей и позволяет проводить объективную оценку и индивидуализированное лечение данных пациентов.

286. Морфологические особенности течения раневого процесса при синдроме диабетической стопы

Калиниченко А.П. (1), Гривенко С.Г. (2),
Усачов К.В. (1)

Симферополь

1) ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6»,
2) Институт «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) – одно из распространенных заболеваний современности с высоким количеством осложнений. На сегодняшний день продолжается поиск эффективных методов местного лечения СДС, одним из которых является использование сульфатаиозола серебра. Его положительное влияние на течение раневого процесса признали

многие авторы. Однако влияние на морфологические изменения тканей изучено недостаточно и нуждаются в своем дальнейшем исследовании. Цель исследования: изучить влияние сульфатаиозола серебра на особенности морфологических реакций тканей трофических язв при СДС. Материал и методы. Объектом исследования служили биоптаты краевой зоны ран 38 пациентов с СДС, находившихся на лечении в хирургическом отделении №2 ГБУЗ РК СКБСМП №6 за период 2019–2021 гг. В зависимости от местного лечения СДС пациенты были разделены на две группы. Больным группы сравнения (n=16) проводился общепринятый комплекс лечебных мероприятий, а у пациентов основной группы (n=22) он дополнялся, применением сульфатаиозола серебра. Биоптаты исследовали на момент поступления, 7 и 14 сутки после начала лечения с изготовлением срезов, окрашенных гематоксилином и эозином. Полученные результаты. При поступлении в обеих группах диагностируется фаза экссудации с большим количеством нейтрофилов и макрофагов в воспалительном инфильтрате, выраженные гемодинамические расстройства. Деструктивные явления обусловлены нарушением микроциркуляции и сосудистой проницаемости, ведущей к развитию выраженного отека, так и с вторичной альтерацией нейтрофилами. На 7 сутки в группе сравнения уменьшаются отек, клеточная инфильтрация и микроциркуляторные расстройства. Появляются очаги деструкции и лизиса новообразованного эпителия, чего не наблюдается при обычном раневом процессе. Образование грануляционной ткани идет за счет неоформленной соединительной ткани без формирования классических грануляций. В грануляционной ткани появляются фибробласты с базофильной цитоплазмой и гипертрофированными ядрами, диагностируется новообразование капилляров. В основной группе также уменьшалась воспалительная реакция, в составе инфильтрата преобладали лимфоциты и макрофаги. Появлялись единичные гигантские многоядерные клетки. Тканевый детрит резорбировался. Формируются молодые коллагеновые волокна. Снижается отек тканей, начинает формироваться экстрацеллюлярный матрикс, что свидетельствовало о переходе фазы воспаления в фазу пролиферации. На 14 сутки в группе сравнения уменьшалось количество аморфного вещества и росло число клеточных элементов, преимущественно фибробластов. Коллагеновые волокна формировали тонко петлистую сетку фиброзной ткани, вытесняя

клеточные элементы. Сохранялась воспалительная инфильтрация, неравномерный отек ткани. Выявлялись очаговые скопления полинуклеаров и мелкие абсцессы. В основной группе визуализируется сформированная грануляционная ткань, появляются выраженные признаки эпителизации. Межклеточный матрикс замещается волокнистой соединительной тканью. Часть капилляров облитерировалась, периваскулярная строма уплотнялась. Стаз, агглютинация эритроцитов и микротромбозы обнаруживались изредка, что свидетельствовало о существенном улучшении гемодинамики. Как следствие, отек в дерме, гиподерме был слабо выражен. Клеточная инфильтрация неравномерная, за счет уменьшения числа полинуклеаров и увеличения популяции гистиоцитов и лимфоцитов. Появлялись участки созревающей васкуляризированной соединительной ткани. Это свидетельствовало о переходе процесса в фазу эпителизации. Обсуждение. Суммируя результаты сравнительного морфологического исследования, можно утверждать, что применение сульфатаиозола серебра уменьшает проявления воспалительных изменений, улучшает микро гемодинамику ран, ускоряет организацию экстрацеллюлярного матрикса, оптимизируя регенераторный процесс и формирование грануляционной ткани. Выводы. Использование сульфатаиозола серебра позволяет улучшить течение раневого процесса, стимулировать процессы регенерации и сократить сроки лечения.

287. Клинические метаболические критерии прогнозирования панкреонекроза

Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е., Гужков О.Н., Шульгина М.А., Кабанов Е.Н.

Ярославль

ЯГМУ

Актуальность. Персонализированный подход при лечении больных панкреонекрозом безусловно будет способствовать улучшению результатов лечения при данной патологии. Реализация этого направления в значительной степени связана с разработкой критериев, позволяющих предвидеть

возможные варианты развития заболевания в его начальной стадии. Изложенные моменты явились отправными для проведения настоящего исследования. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 265 историй болезни с деструктивным панкреатитом. Среди обследованных мужчин 152 (57,4%), женщин 113 (42,6%) в возрасте от 22 до 86 лет. У 107 (40,5%) больных в дальнейшем развился парапанкреатический инфильтрат, у 62 (23,5%) гнойный оментобурсит, у 96 (36%) забрюшинная флегмона. Всем больным выполнена лапароскопическая санация. Необходимость выполнения данной операции была связана с нарастанием в брюшной полости свободной жидкости в объеме более 200 мл. Хирургическое лечение в дальнейшем выполнено у 190 больных и сводилось к санации жидкостных образований пункционным и традиционным методами, вскрытию гнойных затеков и секвестрэктомии (86 наблюдений). Летальные исходы наблюдались у 56 больных (21%). Исследования проводились при стерильном панкреонекрозе в первую неделю госпитального периода на 1, 3 и 5 сутки. Длительность заболевания, в основном, соответствовала срокам госпитального периода. Проводилась оценка клинической значимости тяжести заболевания (SAPSII), объема жидкости в сальниковой сумке по данным ультразвукового исследования, величины лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу, амилазы крови, эндогенных токсинов промежуточного метаболизма (метод хроматомасспектрометрии) и количества парамагнитных центров (КПЦ) в крови (метод электронного парамагнитного резонанса). Результаты и обсуждение. Установлено, что оценка тяжести стерильного панкреонекроза клинически значима только на 5 сутки госпитального периода. Максимальное повышение баллов до $47,6 \pm 6,4$ свидетельствует о потенциальном развитии гнойного оментобурсита. Повышение объема жидкости в сальниковой сумке на 3 сутки более $115 \pm 29,4$ мл характерно для трансформации стерильного панкреонекроза в дальнейшем в забрюшинную флегмону. Что касается величины ЛИИ, то степень его повышения свидетельствует о прогрессировании в дальнейшем тяжести заболевания. На 5 сутки госпитального периода при потенциальном развитии парапанкреатического инфильтрата ЛИИ увеличивается до $2,38 \pm 0,14$ ед., гнойного оментобурсита до $3,75 \pm 0,09$ ед. и забрюшинной флегмоны до $4,42 \pm 0,13$ ед. При мониторинге со стороны уровня амилазы крови клинически значимых изменений не отмечено. Повышение в перитонеальном выпоте уровня

альдегидов в более чем в 5-6 раз по сравнению с контролем является предиктором развития флегмоны, а при снижении КПЦ плазмы крови до 39% шансов на благоприятное течение заболевания практически нет. Выводы. Критериями реализации персонализированного подхода в ранние сроки панкреонекроза могут быть: шкала оценки тяжести по SAPSII, величина объема жидкости в сальниковой сумке и лейкоцитарный индекс интоксикации, а также снижение в плазме крови количества парамагнитных центров на фоне повышения в перитонеальном выпоте содержания альдегидов.

288.Объективизация оценки геморрагических осложнений после биопсии печени под ультразвуковым контролем при ее диффузной патологии

Зубов А.Д., Зубов А.А.

Донецк

ГОО ВПО ДОННМУ имени М. Горького

Актуальность. Клиническая значимость трепанбиопсии печени (ТБП) при диффузных заболеваниях в настоящее время состоит не только в традиционной оценке гистологических изменений при вирусных гепатитах, но и в возможностях, еще недостаточно широко используемых в клинической практике. В частности, таковыми являются прогнозирование течения заболеваний печени: выявление дисплазии гепатоцитов как предиктора гепатоцеллюлярной карциномы, выявление развития базальной мембраны печеночных эндотелиоцитов как признака эндотелиальной дисфункции с ухудшением течения и исходов неалкогольной жировой болезни печени и пр. Однако использование ТБП на сегодняшний день ограничено опасением развития геморрагических осложнений. Цель работы. Оценка возможностей ультразвуковой (УЗ) визуализации в выявлении на доклинической стадии геморрагии по пункционному каналу после ТБП, ее объективной количественной оценки и прогнозирования развития. Материал и методы. Выполнено 98 ТБП по поводу диффузной патологии печени игло-трепаном 16 G под непрерывным УЗ контролем. После ТБП производили УЗ осмотр пункционного

канала в В-режиме и режиме энергетического доплеровского картирования (ЭДК). При выявлении тока жидкости по пункционному каналу производили в динамике его импульсную доплеровскую спектрографию с определением объемной скорости. Результаты. Непосредственно после ТБП у 35 (35,7%) пациентов в проекции пункционного канала при УЗ осмотре выявлена гипэхогенная линейная структура, окрашенная в режиме ЭДК, диаметром близкая к диаметру пункционной иглы, что расценено как УЗ признак геморрагии по пункционному каналу. У 34 (34,7%) пациентов в течение 7-9 минут после ТБП при УЗИ наблюдали уменьшение диаметра и линейных размеров описываемой структуры вплоть до полного исчезновения. У одного пациента после ТБП зафиксировано возрастание скоростных показателей тока крови по каналу, на 7-й минуте нарастающее истечение крови перешло в стабильное с объемной скоростью 24,2 мл/мин., без признаков тромбирования канала, что было расценено как постпункционная геморрагия без признаков самостоятельного прекращения и показание к применению мер по достижению гемостаза. Обсуждение. При ТБП под УЗ контролем геморрагия по пункционному каналу является ожидаемой вследствие повреждения кровеносных сосудов пункционной иглой. Однако при нормальном тромбировании такая геморрагия кратковременна и не ведет к формированию гематомы или гемоперитонеуму. Оценить адекватность гемостаза и выявить прогрессирующую геморрагию (частота которой составляет 1,0%) на доклинической стадии возможно в режиме ЭДК. Количественная оценка динамики тромбирования пункционного канала на основе сравнения характеристик геморрагии в стандартизированные промежутки времени позволяет минимизировать субъективный фактор при контрольном исследовании, однозначно установить и документировать факт полного тромбирования канала либо принять решение о купировании геморрагии. Раннее выявление геморрагии позволяет ограничиться консервативными или миниинвазивными методами по ее купированию. Заключение. ТБП печени под непрерывным УЗ контролем имеет низкий риск геморрагических осложнений: геморрагия по пункционному каналу, не имеющая тенденции к самостоятельному прекращению, отмечена только в 1,0% случаев. Допплерографическое выявление тока крови по каналу более чем через 10 минут после ТБП является показанием к применению мер по ее купированию консервативными или

миниинвазивными методами. Купирование геморрагии на доклинической стадии не ведет к развитию клинически значимых осложнений. Полученные данные указывают на возможность широкого использования ТБП у пациентов с диффузной патологией печени.

289. Первичное фасциальное закрытие живота как профилактика послеоперационных грыж и других осложнений стратегии «OPEN ABDOMEN»

*Щеголев А.А. (1,2), Товмасын Р.С. (1,2),
Чевочкин А.Ю. (2,1), Васильев М.В. (2,1),
Плотников В.В. (2,1)*

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, 2) Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗ Москвы

Актуальность. За последнее десятилетие стратегия «открытого живота» (ОЖ, open abdomen – ОА) прочно обосновалась в арсенале экстренной хирургии и стала практически рутинной при тяжелой сочетанной травме. Вместе с тем метод ОЖ находит все более широкое применение у нетравматических пациентов, в особенности в хирургии перитонита и абдоминального сепсиса. Однако, результаты и особенности применения методики среди травматических и нетравматических пациентов оказались далеко не идентичными. По мере накопления опыта применения ОЖ у больных с воспалительной патологией живота и ишемией кишечника, стало очевидно, что наиболее грозные осложнения метода, которые, во многом, лимитируют его применение, возникают у этих больных значительно чаще чем у пациентов с травмой. Одной из возможностей преодоления этих негативных последствий метода по данным литературы является максимально раннее фасциальное закрытие живота (Coccolini, F., Roberts, D., Ansaloni, L. et al. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. World J Emerg Surg 13, 7. 2018). Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 54 больных, в лечении которых применялась хирургическая стратегия ОЖ. Из них 8 - были оперированы по поводу абдоминальной травмы в

составе тяжёлой сочетанной травмы, 46 - с нетравматической патологией: перитонит - 40 больных, 2 пациента с панкреонекрозом и 4 больных с неотложными сосудистыми заболеваниями кишечника. Средний возраст в общей группе составил 54±6 лет, мужчин - 25, женщин - 29. Результаты исследования. Общая летальность составила 42,6% (23 больных), причем в группе травматических пациентов умерло 2 больных (25%), в группе нетравматических пациентов летальность составила 45,7% (21 больной). Выжили 31 больной (57,4%), из них 6 больных с травмой и 25 нетравматических пациентов. Среди выживших пациентов частота полного фасциального закрытия (ПФЗ) составила 67,7% (21 пациент), из них у выживших травматических пациентов ПФЗ удалось выполнить у всех 6 пациентов (100%), у выживших нетравматических пациентов ПФЗ добились у 15 больных (60%). У 8 нетравматических больных было выполнено вынужденное кожное закрытие (25,8% от выживших), у 2 больных исходом стратегии ОЖ был «замороженный живот» (6,5% от выживших и 3,7% от общего количества больных). Среди умерших пациентов ПФЗ было выполнено лишь в 1 случае у нетравматического больного, что составило 4,3% от общего числа умерших пациентов. Из вариантов фасциального закрытия использовались следующие методики: вакуум-ассистированная динамическая аппроксимационная система (ВАДАС - собственная разработка), динамическое фасциальное вытяжение с использованием полипропиленовой сетки на изолирующей перфорированной пластине (по типу «Wittmann patch»), аллопластика передней брюшной стенки композитной сеткой «IPOM» с использованием динамической фасциальной тяги. Обсуждение и выводы. В исследовании получены многообещающие результаты, которые позволяют с оптимизмом смотреть на возможность первичного фасциального закрытия у больных, перенесших стратегию ОЖ.

290. Результаты хирургического лечения сочетанных осложнений язвенной болезни.

*Веденин Ю.И., Орешкин А.Ю., Быков А.В.,
Попова И.С., Назарук А.С., Кучин Д.А., Лищук О.Г.*

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ.

Актуальность. За последние десятилетия отмечено снижение хирургических осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ, ЯБЖ, ЯБДК) и числа оперируемых пациентов. Практически сошла на нет плановая хирургия ЯБ, что ведет к частичной утрате опыта желудочной хирургии у целого поколения хирургов. В то же время вместе с успехами консервативного лечения ЯБ, в том числе осложненных форм, особенно кровотечений, растет доля сочетанных осложнений ЯБ, трудных язв, требующих нестандартного подхода к хирургической тактике и выбору объема вмешательства. Цель работы. Оценить результаты хирургического лечения сочетанных язвенных осложнений. Результаты. За последние 10 лет в хирургической клинике кафедры хирургических болезней №1 ИНМФО ВолгГМУ на базе ГУЗ КБСМП №15 г. Волгограда с различными осложнениями ЯБ оперировано 185 пациентов, что почти в 2 раза (399 пациентов) меньше, чем в предыдущее десятилетие. Перфорация язвы была ведущим осложнением у 150 пациентов (81%), кровотечение - у 28 (15,1%), стеноз выходного отдела желудка у 7 (3,8%). Четверть пациентов (27%, 50 человек) была отнесена нами к категории «трудных язв» (большие размеры язв, локализация, сочетанные осложнения). Общая послеоперационная летальность составила 25,9% (48 человек), что значительно больше, чем в предыдущие годы - 7,9% и находит свое объяснение, в том числе, и ростом доли поздних госпитализаций - 71% против 38%. При этом анализ выявил, что в 12% наблюдений хирургами была выбрана ошибочная тактика. Доля пациентов с сочетанными осложнениями составила 14,6%, 27 человек, в том числе 19 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 29 до 91 года, из них 10 от 60-ти лет и старше, средний возраст 65±14,9 лет. Кровотечения отмечены у 17 (62,9%) из них, перфорации у 21 (77,8%), пенетрации - 14 (51,9%), стеноз у 4 (14,8%). Из них выделены 2 группы пациентов. Первая - с гастродуоденальным кровотечением, но без перфорации - 6 пациентов, из них 5 с пенетрацией язвы и 1 со стенозом. Резекция желудка по Бильрот-2 на длинной петеле

выполнена 2, резекция по Ру – 1, дистальная резекция со стволовой ваготомией (СВ) – 1, СВ с пилоропластикой по Микуличу – 1, и Гастродуоденотомия с прошиванием и ушиванием + гастродуоденостомоз – 1. Умерло 3 пациента. Вторая группа – с перфорацией и перитонитом 21 человек, в том числе язва желудка у 3, язва двенадцатиперстной кишки у 17 пациентов. Перфорация сочеталась с кровотечением у 10, с кровотечением и пенетрацией у 1, с пенетрацией у 7, со стенозом у 2, пенетрацией и стенозом у 1 пациента. Умерло 10 человек. Перфорация сочеталась с кровотечением как правило у пациентов с дуоденальными «зеркальными» язвами. Нередким было сочетание перфорации больших язв с пенетрацией, как правило, в гепатодуоденальную связку и печень. При желудочных язвах в 3 наблюдениях выполнили резекцию желудка, у одного пациента из-за тяжести состояния ограничились ушиванием перфорационного отверстия. При дуоденальных язвах ушивание выполнили 7 пациентам, резекцию желудка по Б2 на длинной петле – 3; дистальную резекцию со СВ – 2; СВ с пилоропластикой – 5 больным. Повторные вмешательства потребовались 6-ти пациентам. В одном случае это была программная санационная релапаротомия, в 5 наблюдениях выполнили лапаротомию по требованию, из них у 2-х пациентов с связи с несостоятельностью ушитой язвы и пилоропластики, в 2-х наблюдениях отмечался рецидив кровотечения из ушитой язвы, что потребовало выполнения ограниченных по объему резекций. Всего умерло 13 пациентов с сочетанными осложнениями, летальность 48%, т.е. треть от общего числа умерших. Вывод: На фоне общего успешного консервативного лечения ЯБ, снижения числа операций по поводу различных осложнений отмечается общее ухудшение результатов хирургического лечения, что, очевидно, связано с ростом доли поздних госпитализаций, относительным ростом «трудных» язв, сочетанных осложнений, так и с отсутствием опыта у современного поколения хирургов в области хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки, что определенно требует внимания со стороны хирургического сообщества.

291. Концепции хирургической стратегии при распространенном гнойном перитоните

*Товмасын Р.С. (1,2), Чевокин А.Ю. (2,1),
Васильев М.В. (2,1), Плотников В.В. (2,1),
Калыгулов Э.Т. (1)*

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, 2) Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗ Москвы

Актуальность. Выбор хирургической стратегии при распространенном гнойном перитоните (РГП) определяется балансом между степенью агрессивности методики и стремлением минимизировать влияние хирургического пособия на полиорганную недостаточность. Лапароскопия или лапаротомия? Однократное хирургическое пособие или программные релапаротомии (релапароскопии)? Когда необходима стратегия «открытого живота» (ОЖ)? Когда и каким образом следует закрыть живот после стратегии ОЖ? Бесспорными ориентирами для принятия решений стали ответы на следующие вопросы: есть ли сепсис или септический шок? какова величина внутрибрюшного давления? есть ли необходимость декомпрессии кишечника? имеет ли место полный контроль источника перитонита? Материал и методы исследования. Ретроспективно проанализированы результаты лечения больных распространенным гнойным перитонитом, находящихся на лечении в Университетской хирургической клинике ГКБ им. Ф.И. Иноземцева (руководитель – д.м.н. профессор Щеголев А.А.) с 2014 года по 2021 гг., которым выполнена релапаротомия «по требованию» (78 больных). Среди этих больных выделена группа больных, у которых по результатам релапаротомии дополнительного источника контаминации брюшной полости и дефекта желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не выявлено (42 больных – I группа) и те больные, у которых по результатам релапаротомии констатирован дополнительный новый источник перитонита (36 больных – II группа). Результаты исследования. При ретроспективной оценке установлено, что ещё при поступлении у 19 больных I группы (45,2%) имелись критерии Сепсис-3 и выраженный парез кишечника, что требовало декомпрессии кишечника. Во II группе исходные критерии Сепсис-3 выявлены 29 больных (80,6%). В I группе у 10 больных после релапаротомии выбрана стратегия ОЖ (подгруппа Ia). Летальных исходов у этих пациентов не наблюдалось (летальность 0%). У

32 больных I группы (подгруппа Iб) выполнялись релапаротомии «по программе» и «по требованию» (умерли 6 больных, летальность 18,8%). Во II группе стратегия ОЖ выбрана у 11 больных (подгруппа IIа). Среди них умерли 3 больных (летальность 27,3%). У 25 больных (подгруппа IIб) выполнялись релапаротомии «по программе» и «по требованию» (умерли 12 больных, летальность 48%). Обсуждение и выводы. Таким образом, анализ результатов исследования позволяет предположить, что наличие сепсиса (Сепсис-3) и выраженный парез кишечника можно рассматривать в качестве значимых критериев для выбора наиболее активной хирургической тактики при РГП - стратегии «открытого живота».

292. Работа операционного блока многопрофильного стационара, перепрофилированного в инфекционный госпиталь в условиях пандемии COVID-19

Орешкин А.Ю. (1,2), Веденин Ю.И. (1,2), Рыбалкина М.С. (2), Орешкина Т.Н. (2)

Волгоград

1. ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 2) ГУЗ КБСМП №15

Актуальность. ГУЗ КБСМП №15 является крупным многопрофильным стационаром г. Волгограда, оказывающая хирургическую помощь по профилям хирургия, травматология, нейрохирургия, урология, гинекология, детская хирургия, ЛОР, которая в период пандемии COVID-19 была перепрофилирована в инфекционный госпиталь. Цель. Изучить опыт работы операционного блока в условиях работы инфекционного госпиталя в период с сентября 2021 г. Операционное отделение как единое подразделение больницы было организовано в 2016 году. Объединение до того отдельных операционных служб позволило оптимизировать структуру операционного блока и его функционирование даже при заметном сокращении штатов операционных сестер и младшего медицинского персонала. На момент перепрофилирования в инфекционный госпиталь в штате отделения было 26 физических лиц

операционных сестер и 6 физических лиц младшего медицинского персонала. Операционный блок стационара включает в себя 8 общехирургических и профильных операционных. Организация работы инфекционного стационара потребовала выделения площадей для организации палат интенсивной терапии. Под них было задействовано 4 операционных с предоперационными. В условиях дефицита кадров большая часть персонала была задействована в обеспечении работы инфекционных отделений. Перед операционным отделением были поставлены задачи обеспечения круглосуточной хирургической помощи по всем профилям, кроме детской хирургии, а также проведение перевязок и хирургических манипуляций в 12 образованных инфекционных отделениях, а также организации эндоскопических исследований. Для решения поставленных задач была организована 3 операционных: общехирургическая для оказания помощи по профилям хирургия, гинекология и урология с возможностью проведения видеоэндоскопических операций, травматолого-нейрохирургическая операционная и операционная для проведения внутрисветовой эндоскопии. В штат были включены 5 наиболее подготовленных операционных медсестер, готовые адаптироваться к работе по всем хирургическим профилям и 3 человека младшего персонала, которые обеспечивали круглосуточную работу операционного блока. Нам удалось сделать выводы и избежать организационных ошибок второй волны коронавируса зимы 2020-21 года, когда недостаток операционного персонала в ночное время (операционные сестры были задействованы как линейные сестры инфекционных отделений) приводил к существенным трудностям в оказании хирургической помощи. В период с 01.09.21 по 31.01.21 года в инфекционном госпитале ГУЗ КБСМП №15 всего было пролечено 5622 пациентов. Выполнено 3056 манипуляций и перевязок. Хирургическая помощь потребовалась 157 пациентам (2,8%), которым было выполнено 170 вмешательств, из них в ночное время 56 (33%). Как и ожидалось наиболее востребована оказалась помощь по профилю хирургия – 103 вмешательства, из них треть в ночное время. Лапаротомные вмешательства выполнены у 33, видеолапароскопические у 14 больных; вскрытие ковид-ассоциированных гематом различных локализаций и флегмон у 35, ампутаций конечностей у 5, дренирование плевральной полости у 16 пациентов. Вторыми по частоте по частоте оказались вмешательства на ЛОР-органах: 27 операций (15,9%), из них более половины

эндоскопические. Урологических вмешательств было выполнено 23 (13,5%), из них 21 видеондоскопических и малоинвазивных дренированных мочевыводящих путей. Нейрохирургами выполнено 6 трепанаций черепа по поводу гематом, травматологами - 1 остеосинтез бедра. Гинекологическая хирургическая помощь потребовалась 1 пациентке. Выводы: 1. Хирургическая помощь многопрофильного инфекционного госпиталя может быть обеспечена только в условиях единого оперблока. 2. Возможность оказания своевременной помощи обеспечивается круглосуточным наличием персонала операционного отделения. 3. К работе операционного отделения в условиях инфекционного госпиталя привлекаются наиболее опытные операционные сестры, владеющие навыками работы по всем профилям хирургической помощи.

293. Знаменательные даты в истории хирургии Саратова

Толстокоров А.С., Жандарова Л.Ф., Курочкина Е.Н., Дорошенко С.А., Дергунова А.А.

Саратов

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

Прошедший 2021 год был ознаменован тремя важными датами - 100-летними юбилеями крупнейших Саратовских хирургов К.И. Мышкина, В.Р. Ермолаева и Т.А. Куницыной, внесших свой заметный вклад в развитие не только Саратовской, но и Отечественной хирургии. Этим ярким ученым объединяют не только даты рождения и профессия, но и очень схожие судьбы. Все они были активными участниками Великой Отечественной войны, а К.И. Мышкин принимал участие еще и в Финской войне. Эти суровые годы приучили еще молодых людей быстро и объективно оценивать создавшуюся ситуацию и взвешенно подходить к ее рациональному решению, а ведь в хирургии это наиболее ценное профессиональное качество. Путь в профессию у всех их проходил по-разному. К.И. Мышкин еще будучи школьником отличался большими способностями и был лучшим учеником

школы. К сожалению своевременно реализовать свои способности ему не пришлось, в 1939 году он был призван в армию, а закончил войну в 1946 году в звании капитана Смерша. В 25-летнем возрасте он поступил в Саратовский медицинский институт, который с отличием окончил и был зачислен ординатором на кафедру госпитальной хирургии. На третьем году ординатуры он успешно защитил кандидатскую диссертацию. В.Р. Ермолаев после окончания школы поступил в Ленинградское Военно-медицинское училище, после начала ВОВ окончил его по ускоренному курсу и уже в августе 1941 года был назначен старшим фельдшером эвакогоспиталя. После окончания войны он поступил в Военно-медицинскую академию, а после ее окончания был зачислен в адъюнктуру на кафедру госпитальной хирургии. В 1953 году защитил кандидатскую диссертацию. Т.А. Куницына с отличием окончила среднюю школу и в 1939 году поступила в Саратовский медицинский институт, в 1943 году она завершила обучение и в статусе зауряд-врача до конца войны служила военно-полевым хирургом. В 1946 году она поступила в клиническую ординатуру на кафедру общей хирургии. Кандидатскую диссертацию она защитила в 1954 году. Незаурядные способности каждого из этих молодых хирургов привели к тому что во второй половине 20-го века они стали наиболее известными руководителями хирургических кафедр, развивающимися на новом качественном уровне достижения Саратовской хирургии. Профессор К.И. Мышкин - последователь и продолжатель идей академика С.И. Спасокукоцкого создал свою самобытную хирургическую школу. Он плодотворно занимался проблемами хирургического лечения язвенной болезни, хирургической эндокринологией, создал одно из первых в России проктологических отделений. Представитель Ленинградской хирургической школы, ученик академика И.С. Колесникова профессор В.Р. Ермолаев создал в Саратове межобластной кардиохирургический центр, куда приезжали лечиться пациенты из многих областей Поволжья, Юга России и Западного Казахстана. Профессор Т.А. Куницына была ученицей профессора И.М. Поповьяна, длительное время работавшего в клинике факультетской хирургии МОЛГМИ им. И.М. Сеченова под руководством академика Н.Н. Бурденко. Она создала одну из первых в стране кафедру онкологии. Таким образом, ученики и последователи крупнейших Отечественных хирургических школ создали во второй половине 20-го века в Саратове новые хирургические направления и самобытные профессиональные коллективы.

294. Особенности тактики хирургического лечения мужчин со стриктурой мочеиспускательного канала различной локализации

*Даренков С.П., Проскоков А.А., Пинчук И.С.,
Щекочихин В.А., Юрасов Д.А.*

Москва

1) Центр урологии ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ, 2) «Центральная Государственная Медицинская Академия» УДП РФ

Актуальность. Повсеместное увеличение возможностей высокотехнологичных методов лечения послужило причиной повышения ятрогенных постоперационных осложнений эндоскопической урологии - трансуретральных операций, высокая частота рецидивов оперированных стриктур (до 29% в первые 5 лет), сложность курации в послеоперационном периоде и периоде между этапами пластики уретры – именно поэтому лечение стриктур уретры остается важной проблемой в оперативной урологии. Цель исследования. Проведение сравнения показателей эффективности оперативного лечения стриктур уретры на основании клинического опыта урологического центра ФГБУ «Клиническая больница» Управления Делами Президента РФ за 2019-2021 гг.) Материалы и методы. Изучение клинко-статистического анализа оперативного пособия у мужчин с разной этиологией возникновения стриктур уретры и их локализации. Успех уретропластики определялся как способность пройти цистоскопом размером 17ch во время контрольной цистоскопии. Результаты. Выполнена сравнительная оценка результатов оказанного оперативного пособия у пациентов с стриктурами уретры разных локализаций. В исследовании представлена клиническая эффективность наиболее популярных методик: внутренняя оптическая уретротомия, анастомоз «конец в конец» и буккальная уретропластика. За 3 года проведена пластика уретры у 110 мужчин, из которых у 30 – внутренняя уретротомия, 69 – анастомотическая уретропластика, из них 44 с рассечением ножек кавернозных тел, 22 - пубэктомии, 3 – рерутинг, 11 – заместительная уретропластика слизистой щеки. Эффективность уретропластики 87,3%. Заключение. Обнаружено, что на текущий момент имеется тренд к расширению показаний для буккальной пластике, как более эффективному способу хирургического лечения протяженных стриктур мочеиспускательного канала. Не подлежат эндоскопическому лечению стриктуры уретры, у

которых имеется значительное расхождение проксимального и дистального отделов уретры, наличие костных фрагментов в зоне операции (при дистракционных травмах уретры), протяженность стриктуры более 2см. Открытые реконструктивные операции при стриктуре более 2 см наиболее эффективный метод лечения, так как позволяют достичь радикального иссечения стриктур, визуального контроля при положении наложения анастомозов, в особенности при операции Хольцова.

295. Кривая обучения при выполнении малоинвазивных видеоассистированных гемитиреоидэктомий (МИВАГ)

Матвеев И.А., Сипачев Н.В., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Шмидт С.С.

Тюмень

ФГБОУ ВО "Тюменский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Широкая распространенность заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) делает оперативное лечение пациентов с патологией ЩЖ одной из главных проблем эндокринной хирургии. В хирургии ЩЖ до сих пор наиболее часто применяется традиционный доступ Т. Кохера. За последние 20 лет получили распространение малоинвазивные вмешательства (МИВ), в том числе с применением эндоскопических технологий. В настоящее время эндоскопическая хирургия ЩЖ еще находится на стадии активного развития, об этом свидетельствует многообразие вариантов эндоскопических способов оперативного лечения патологии ЩЖ, появление новых методов и отсутствие единого общепринятого подхода к выбору способа оперативного вмешательства. Для организации процесса обучения МИВАГ требуется изучение опыта внедрения этого вмешательства и, в частности, определение продолжительности периода набора опыта. Цель исследования. Определение продолжительности периода освоения МИВАГ различными математическими функциями и изучение изменений в технике и тактике их выполнения. Материалы и методы. Исследование проведено на базе хирургического

отделения ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» и включает 67 случаев миниинвазивных видеоассистированных гемитиреоидэктомий, выполненных с 2012 по 2017 гг. одним хирургом. Полученные результаты и обсуждение. В ходе приобретения опыта выполнения МИВАГ вводились изменения, направленные на улучшение визуализации возвратного гортанного нерва (ВГН) и околотитовидных желез (ОЦЖ) на стороне удаляемой доли. В частности, раннее пересечение перешейка и выделение верхнего полюса ЦЖ позволили быстрее мобилизовать долю железы, визуализировать ВГН и ОЦЖ, сократить продолжительность операции. С накоплением опыта хирурга время выполнения вмешательства в 2015-2017 гг. сократилось в 1,4 раза по сравнению с 2012-2015 гг., существенную роль в этом сыграло улучшение техники оперативного вмешательства и формирования собственного алгоритма выполнения вмешательства, которое заключалось в смене очередности выполняемых этапов операции и расположения членов операционной бригады относительно друг друга. Построение и анализ логарифмической модели продолжительности вмешательства позволило определить, что период обучения заканчивается к 26 операции. Сравнение продолжительности операции групп больных, оперированных в период обучения и при накопления опыта, показало, что время оперативного вмешательства периода обучения составило $79 \pm 5,1$ мин., среднее время операции с набором опыта $62,5 \pm 3,45$ мин ($z=3,2$; $p=0,001$). Для тестирования стабильности периода обучения, в рамках CUSUM-анализа, отслежено, при внедрении инновации, уменьшение шансов неудачи вдвое. Критерием их были: увеличение продолжительности операции больше 93,4 мин., сумма среднего значения и одного среднеквадратического отклонения, а также возникновение специфических послеоперационных осложнений. При анализе результатов отмечено, что достижение качественного изменения процесса происходит на 66 вмешательстве. Риск неудачи с 1 по 65 операцию в 2 раза выше, чем вероятность его возникновения в последующем, при этом он не исчезает, а только снижается, поскольку процесс стабилизации изучаемого признака отсутствует. Выводы. 1. Продолжительность периода обучения определяется поставленными целями при внедрении МИВАГ и выбранной математической функцией его изучения: при исследовании продолжительности вмешательства логарифмической функцией, опыт был достигнут после 25 операции, а уменьшения шансов неудачи

вдвое, определенной CUSUM-анализом, к 65 процедуре. 2. С приобретением опыта выполнения МИВАГ улучшается техника оперативного вмешательства и происходит формирование собственного алгоритма выполнения этапов операции.

296. Аэробная микрофлора ран у пациентов с острым парапроктитом

*Карташев А.А. (1,2), Чарышкин А.Л. (1),
Евтушенко Е.Г. (1,2)*

Ульяновск

1) ФГБУ ВО Ульяновский государственный университет, 2) ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. заслуженного врача России Е. М. Чучкалова

Актуальность. Острый парапроктит является одним из самых распространенных гнойно-воспалительных заболеваний у пациентов колопроктологического профиля. Данное заболевание не часто требует применения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде (при правильном и, главное, своевременно проведенном оперативном вмешательстве), но ее выбор является важным, т.к. гнойные процессы в параректальной клетчатке склонны к быстрому распространению по мягким тканям и могут приводить к фатальным последствиям. Поэтому выбор антибактериальной терапии является важным как для лечения пациентов, так и для предотвращения развития антибиотикорезистентности. Цель исследования. Провести ретроспективный анализ результатов бактериологического исследования из ран пациентов с острым парапроктитом. Материалы и методы. В исследование включены результаты исследования 78 проб, взятых у пациентов с диагнозом "Острый парапроктит", оперированных в хирургическом отделении ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи в период с 2019 по 2021 год. Анализ проводился на аэробную микрофлору, до начала антибактериальной терапии. Результаты исследования. Рост аэробной

микрофлоры обнаружен в 77 пробах. В 1 пробе аэробная микрофлора не выделена. Из них высеяно 93 штамма микроорганизмов. В 13 пробах (16,9%) выявлена ассоциация 2, а в 2 пробах (2,6%) – трех микроорганизмов (E.Coli + E.faecalis + C.albicans и E.Coli + E.faecalis + St.aureis). Микрофлора представлена микроорганизмами родов Candida (2 – 2,2%), Citrobacter (3 – 3,2%), Enterococcus (8 – 8,6%), Escherichia (46 – 49,5%), Klebsiella (6 – 6,5%), Pantoae (2 – 2,2%), Proteus (5 – 5,4%), Pseudomonas (2 – 2,2%), Staphylococcus (19 – 20,4%). Случаев обнаружения MRSA и VREA штаммов не выявлено. Чувствительность выделенных штаммов представлена следующим образом: препараты с ингибитором пенициллиназы (амоксиклав) – 66,0%, цефалоспорином II поколения (цефтазидим) – 86,0%, цефалоспорином I поколения (цефалексин, цефазолин) – 72,7%, цефалоспорином III поколения (цефотаксим) – 93,2%, цефалоспорином IV поколения (цефепим) – 69,2%, аминогликозидам (гентамицин, амикацин) – 90,3%, фторхинолонам (ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) – 72,4%, гликопептидам (ванкомицин) – 94,7%, тетрациклинам (доксциклин) – 31,8%, макролидам (эритромицин) – 63,2%, карбапенемы (имипенем) – 95,1%. Выводы. Аэробная микрофлора ран пациентов с острым парапроктитом преимущественно представлена микроорганизмами рода Escherichia (49,6%) и Staphylococcus (20,4%). В 16,9% проб отмечается ассоциация 2, а в 2,6% проб – 3 микроорганизмов. В нашем исследовании не выявлены MRSA или VREA штаммы микроорганизмов. Наибольшей активностью в отношении микрофлоры ран пациентов с острым парапроктитом имеют цефалоспорины II–III поколений, аминогликозиды, ванкомицин и фторхинолоны.

297. Комбинированное лечение свищей прямой кишки

Андрюченко И.Б.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. Проблема хирургического лечения параректальных свищей продолжает оставаться актуальной из-за высокой степени риска развития рецидивов и, как следствие, не всегда полноценной медицинской и социальной адаптации пациентов. Цель исследования. Изучить эффективность применения лазерной техники при хирургическом лечении больных со свищами прямой кишки. Материал и методы. У 26 больных со свищами прямой кишки был использован метод хирургического лечения с применением лазерной техники, специальных инструментов. Контрольную группу составили 21 пациент, оперированных по общепринятым методикам. Во время операции (при иссечении некротических тканей и культи свищевого хода, обработке гнойных полостей) использовали углекислотный лазерный аппарат «Ланцет-2» (длина волны 10,6 мкм). В послеоперационном периоде остаточные полости ран и грануляционные ткани облучались гелий-неоновым излучением лазерного аппарата «Ярозит» (длина волны 632,8 нм). При наличии сложных ходов иссеченных свищей применялось излучение полупроводниковых лазеров (длина волны 0,89 мкм). Результаты. Применение лазерной техники в лечении больных со свищами прямой кишки позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 17,0+5,2% в контрольной группе до 7,6+ 3,1% в основной группе. По данным литературы, частота осложнений при лечении этой категории больных составляет от 9,3 до 21,8%. В основной группе хороший отдаленный результат констатирован у 20 (76,9 %) больных, удовлетворительный – у 5 (19,2 %), неудовлетворительный – у 1 (3,8 %) пациента, у которого отмечена недостаточность ЗАПК I степени. Проведен курс консервативного лечения с улучшением. Рецидива свища у обследованных больных не выявлено. Метод хирургического лечения с применением лазерной техники позволяет купировать воспалительный процесс в параректальной клетчатке, способствует улучшению функциональных результатов, уменьшению частоты рецидивов, сокращению сроков заживления раны и снижению риска

возникновения недостаточности анального сфинктера, минимизации сроков пребывания пациента в стационаре и связанных с ними финансовых расходов на лечение. Выводы. При лечении свищей прямой кишки с наличием выраженных воспалительных осложнений и гнойных полостей по ходу свища эффективно применение метода комбинированного лечения с использованием лазеров различного диапазона.

298. Полный отрыв крупных бронхов при закрытой травме груди

*Ступаченко О.Н., Кобзарь В.А., Лобанов Е.В.,
Костылев К.В.*

Донецк

Донецкое клиническое территориальное
медицинское объединение

Введение и актуальность. Полный отрыв крупного бронха при тяжелой закрытой травме груди редкое и крайне грозное осложнение, которое возникает примерно в 1% случаев. В связи с особенностями анатомического расположения бронхов чаще встречаются повреждения правого главного бронха. У 80% больных повреждения главных бронхов происходит на уровне бифуркации трахеи, либо от 2 до 2,5 см от нее. Однако, крайне редко встречаются повреждения более дистальных отделов трахеобронхиального дерева. От ранней диагностики характера повреждений зависит дальнейшая тактика лечения больного и тяжесть посттравматических и постоперационных осложнений. Цель работы. Представить собственный клинический опыт в лечении данной патологии. Материал и методы. За последние 30 лет в клинике на лечении находились 12 больных с полным отрывом крупных бронхов. Сроки оперативного лечения от нескольких часов до 14 лет. Возраст больных от 12 до 52 лет. В структуре повреждений отмечено 7 случаев правосторонних отрывов крупных бронхов, 2 наблюдения повреждения бифуркации трахеи, 3 случая повреждения левого главного бронха. В зоне повреждения, в сроках более 1 месяца с момента травмы, как правило, формируются рубцовые стриктуры с полной обтурацией просвета

травмированных бронхов. Полученные результаты. Во всех случаях больным выполнено оперативное вмешательство по типу реплантации легкого с формированием бронхиальных анастомозов различной степени сложности. Пациентам в послеоперационном периоде обязательно проводились регулярные санационные фибротреахеобронхоскопии. Все больные были выписаны из стационара с полным восстановлением бронхиальной проходимости. Обсуждение. Последнее клиническое наблюдение: пациентка 12 лет с полным отрывом отдельно верхнедолевого и промежуточного бронхов справа в следствии ДТП. Оперативное лечение через 1,5 мес после травмы. Больной выполнено формирование анастомоза между правым главным бронхом и сформированным полибронхиальным анастомозом между верхнедолевым бронхом (на уровне деления на сегментарные бронхи) и общим соустьем средне- и нижнедолевого бронхов. Больная выписана на 13 сутки с полным восстановлением бронхиальной проходимости. Выводы и рекомендации. В структуре закрытой травмы груди полный отрыв крупных бронхов занимает небольшой процент, однако важно всегда помнить о возможности такого исхода травмы, особенно у больных с длительно поддерживающимся пневмотораксом. Всем больным с подозрением на наличие повреждения крупного бронха в обязательном порядке показано проведение фибротреахеобронхоскопии, спиральной компьютерной томографии с внутривенным усилением с целью определения наличия и уровня повреждения. При сохраненной васкуляризации, достаточном объеме и длине сшиваемых фрагментов трахеобронхиального дерева в 100% случаях показано проведение реконструктивно-пластических операций с восстановлением бронхиальной проходимости вне зависимости от сроков, прошедших с момента травмы.

299. Хирургические вмешательства при аутоиммунном тиреоидите в сочетании с дифференцированным раком щитовидной железы

Сидоренко Ю.А. (1), Змарада С.А. (1), Вегнер Д.В. (2), Кутя А.А. (1), Степаненко И.В. (1)

Донецк, ДНР

1) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, 2) ГОУ ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность. По литературным данным в профильных хирургических отделениях частота выявления дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) на фоне аутоиммунного тиреоидита (АИТ) до 38 %, что требует определенного подхода в выборе объема оперативного вмешательства как для лечения АИТ в сочетании с ДРЩЖ, так и для хирургического АИТ по другим показаниям (наличие косметического дефекта и компрессионных осложнений, редкие болезненные формы АИТ, не поддающиеся консервативной терапии). Цель работы – определить оптимальный объем оперативного пособия при АИТ и диагностированном ДРЩЖ независимо от стадии опухолевого процесса. Материалы. Проанализированы 105 историй болезней за период с 2017г по 2021 г. оперированных пациентов с АИТ, из числа которых у 44 пациентов установлено сочетание АИТ с ДРЩЖ. Возраст пациентов составил от 24 до 77 лет, среди которых 42 женщины и 2 мужчин. Результаты. В исследуемой группе пациентов были выявлены: 28 случаев ДРЩЖ (категория 6 по Bethesda), 15 случаев с цитологическим заключением подозрения на рак ЩЖ (категория 5 по Bethesda), 1 случай доброкачественного процесса (категория 2 по Bethesda). При плановом ПГИ ДРЩЖ подтвержден у всех 44 пациентов, из них с I стадией - 23, со II стадией - 9, с III стадией - 6, с IV стадией - 6. Всем пациентам проведено хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии с центральной лимфаденэктомией. В послеоперационном периоде отмечены 16 случаев транзиторной гипокальциемии, 2 случая одностороннего пареза гортани вследствие инвазии опухоли в возвратный гортанный нерв. Все пациенты получали заместительную и/или супрессивную терапию левотироксином, а при наличии показаний проводилась терапия I??? с мониторингом уровня тиреоглобулина, антител к тиреоглобулину, ТТГ,

Т4св, выполнялось УЗИ ложа удаленной щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов, сканосцинтиграфия. За исследуемый пятилетний период рецидивов ДРЩЖ обнаружено не было. Выводы 1. Наиболее оправданным объемом оперативного лечения АИТ при доказанном ДРЩЖ (независимо от стадии опухолевого процесса) является тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией, что значительно снижает риск пролонгации либо рецидива опухолевого процесса без увеличения частоты осложнений. 2. После тиреоидэктомии контроль уровня тиреоглобулина и антител к тиреоглобулину позволяет оперативно выявить рецидив заболевания, но не имеет диагностической ценности в случае выполнения органосохраняющих операций. 3. При оперативных вмешательствах по поводу АИТ, осложненного компрессионным синдромом или форм не поддающихся консервативной терапии, также оправдано выполнение тиреоидэктомии, в виду того, что остаточная ткань ЩЖ, вовлеченная в аутоиммунный процесс, не способна выполнять адекватную гормональную функцию, кроме того остается риск необходимости повторного оперативного вмешательства в связи с развитием опухолевого процесса в остаточной ткани ЩЖ.

300. Желчнокаменная кишечная непроходимость

Богомолов Н.И., Кашафеева А.А.

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Миграция камней из желчного пузыря через холецистодуоденальный свищ в просвет кишки с формированием кишечной непроходимости – свидетельство запущенности желчнокаменной болезни (ЖКБ). Предупреждение и адекватное лечение такого осложнения ЖКБ остаётся актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Материал и методы. За полувековой период по данным годовых отчётов в регионе зафиксировано 23 случая желчнокаменной кишечной непроходимости (ЖКН). Ретроспективное и проспективное изучение удалось по 19 клиническим примерам в материалах трёх клиник

города. Оценены методы исследования, результаты лечения и эффективность диспансеризации населения. Полученные результаты. Мужчин было 5, женщин - 14 в возрасте от 34 до 92 лет. Сроки поступления варьировали от 6 до 24 и более часов с момента начала заболевания. Большая часть пациентов (16) поступили из линейных, районных больниц и гарнизонных госпиталей. Предоперационная подготовка включала комплекс мер по поддержке гомеостаза. Все операции сделаны под общим обезболиванием. Одномоментная операция выполнена у 3 больных и у 16 – двухмоментная. В основной группе из 7 человек, в которой применялась назоинтестинальная интубация (патент РФ №2121376 от 13.12.95г), энтеросорбция (патент РФ № 2122868 от 10.12.98г), катетеризация пупочной вены для интрапортальной инфузионной терапии летальных исходов не было. В группе клинического сравнения из 12 человек, у которых по разным причинам лечение энтеральной недостаточности проводилось не в полном объеме, умерло 3 пациента. Обсуждение. Кишечная непроходимость, обусловленная обтурацией просвета кишки желчным камнем, одна из редких форм илеуса. До появления современных средств визуализации лишь рентгенологические исследования позволяли заподозрить и реже выявить данную патологию до операции. Результаты хирургического лечения всецело зависят от давности процесса, возраста пациента, наличия или отсутствия фоновой и сопутствующей патологии, варианта завершения операции и ведения послеоперационного периода. Выполнение радикальной операции в два этапа – оптимальный вариант хирургического пособия при отсутствии деструктивных изменений в желчном пузыре и кишке. Зондовая декомпрессия и комплекс мер по коррекции энтеральной и другой органной недостаточности значительно улучшают результаты лечения. Выводы и рекомендации. При сочетании деструктивного холецистита и ЖКН оправдана одномоментная операция: ликвидация илеуса и холецистэктомия с герметизацией просвета тонкой кишки, коррекцией энтеральной недостаточности и назоинтестинальной зондовой декомпрессией просвета. При отсутствии деструктивных изменений в желчном пузыре, особенно на фоне преклонного возраста, запущенности ЖКН и фоновой патологии показана двухмоментная операция: на первом этапе устранение непроходимости через энтеролитотомию, на втором – холецистэктомия с устранением холецистодуоденального свища в плановом или отсроченном порядке после купирования воспаления.

301. Синдром Мириззи в практике абдоминального хирурга

Богомолов Н.И.

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Одним из самых сложных осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) является формирование пузырно-гепатикохоледохиального свища или компрессия камнем в пузыре главного желчного протока. Для устранения этого осложнения почти всегда требуется открытая операция. Материал и методы. По материалам трёх клиник города за полувековой период I тип синдрома встретился у 3 человек, II тип – у 20. Диагностика в разное время включала: УЗИ, РХПГ, до- и интраоперационную холецистохолангиографию, а в крайнюю четверть периода КТ и МРТ-холангиографию. Во время операции применялась холедохохолангиоскопия. Только у трёх пациентов удалась лапароскопическая холецистэктомия, у остальных применили традиционную лапаротомию. Полное непреднамеренное пересечение гепатикохоледоха произошло у 3 пациентов, всем выполнена первичная реконструктивно-восстановительная операция. Полученные результаты. Тщательное полномасштабное дооперационное обследование с применением современных средств визуализации позволяет установить это осложнение ЖКБ до операции. Лапароскопическая холецистэктомия в такой ситуации у 3-х больных имела ограниченное применение с сохранением части желчного пузыря, демуккозацией остатков его стенки, укрытием дефекта в гепатикохоледохе остатками пузыря и обязательным дренированием через свищ протоковой системы. Ещё у 3-х человек первым этапом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия в собственной модификации (патент РФ №2463975 от 20.10.2012г) с последующей лапаротомией и холецистэктомией. У 4 больных в связи с выраженными признаками холангита использован собственный «Способ лечения гнойного холангита» (патент РФ № 2277916 от 20.06.2006г). Умерли после операции 2 пациента с тяжёлой сопутствующей патологией в преклонном возрасте. Обсуждение. Синдром Мириззи – сложное осложнение ЖКБ, требующее всестороннего дооперационного обследования и оказания помощи в специализированном лечебном учреждении. Этот синдром можно рассматривать и как свидетельство запущенности ЖКБ. На

диспансерном этапе таких больных должны консультировать подготовленные специалисты хирургии. Выводы и рекомендации. Синдром Мириizzi диагностируется до операции с помощью современных средств визуализации. Предпочтительным вариантом хирургического пособия следует считать традиционную лапаротомию с холецистэктомией и при необходимости сразу выполнять восстановительную операцию на протоковой системе печени.

302.К вопросу обработки «трудной» культи двенадцатиперстной кишки

Богомолов Н.И., Кашафеева А.А., Гончаров А.Г.

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Обработка культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) при втором варианте резекции желудка по Бильроту при двух и более осложнениях язвенной болезни всегда была проблемой абдоминальной хирургии. Материал и методы. Оценка результатов хирургического лечения осложнённой язвенной болезни ДПК при обработке её культи охраноспособным собственным способом (патент РФ № 2696656 от 05.08.2019г) в сравнении с традиционными технологиями на основе опыта работы трёх клиник города Читы. Полученные результаты. Способ предусматривает пристеночную мобилизацию верхней горизонтальной ветви кишки для сохранения магистрального кровоснабжения органа. Выполняется дистальная резекция желудка. Кишка пересекается выше и ниже язвы для её экстрауденизации (экстериоризации). Участок кишки над язвой рассекается продольно, прошивается сосуд в язве Z-образным швом. Формируются верхний и нижний лоскуты с удалённой слизистой оболочкой в них. Лоскутами укрывают язву, формируя дубликатуру и, тем самым, выполняют биологическую тампонаду язвы. Лоскуты фиксируют П-образными швами. Начальную часть дистального фрагмента ДПК мобилизуют пристеночно. Отделяют серозно-мышечный слой от подслизисто-слизистого на

протяжении 4-6 мм от края кишки. Послойно ушивают подслизисто-слизистый слой и серозно-мышечный П-образными швами, при этом наружный ряд швов смещён относительно внутреннего во фронтальной плоскости. Способ позволяет обеспечить герметичность, создать условия для регенерации тканей. Используется атравматический шовный материал с длительными сроками биодеградации. При применении собственного способа обработки «трудной» культи ДПК у 12 пациентов её несостоятельности и развития иных осложнений, включая тяжёлые постгастрорезекционные синдромы в отдалённом периоде, не наблюдалось. У 3 из 12 пациентов культи обрабатывалась собственным способом в условиях послеоперационного перитонита, вызванного её несостоятельностью при обработке традиционными способами. Обсуждение. Предложенный способ обработки «трудной» культи ДПК при наличии двух и более осложнений язвенной болезни гарантирует надёжную герметизацию её просвета. Послойное ушивание однородных тканей, экстериоризация язвы для исключения её контакта с культёй ДПК, тампонада её кратера биологическим материалом из стенки кишки – основополагающие элементы новой охраноспособной технологии обработки «трудной» культи ДПК. Выводы и рекомендации. В настоящее время больных язвенной болезнью ДПК оперируют только при наличии тяжёлых жизнеопасных осложнений. Резекция желудка в сочетании с ваготомией или без неё остаётся операцией выбора. Несмотря на наличие в мировой хирургии более 340 методик обработки культи ДПК, поиск более надёжных щадящих методик её ушивания с применением современных материалов и приборов необходимо продолжать.

303. Опыт применения операции Коллиса и гастрощунтирования по Ру для лечения сложных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеального рефлюкса

Пряхин А.Н.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрав России

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) являются одними из самых распространенных заболеваний в гастроэнтерологии, занимая третье место после желчнокаменной болезни и язвенной болезни 12-перстной кишки. Сегодня в России для устранения ГПОД и ГЭРБ в большинстве клиник применяются различные виды фундопликаций и крурорафий. Однако частота возникновения рецидивов после фундопликаций при анализе пятилетних результатов находится в диапазоне 18–50%. Существенно выше риск рецидива ГПОД и ГЭРБ у пациентов страдающих кардио-фундальными и гигантскими ГПОД с коротким пищеводом, рецидивными ГПОД, ожирением, сахарным диабетом, ГПОД и ГЭРБ после продольной резекции желудка. В связи с этим в выше указанных нозологических группах для коррекции ГПОД и ГЭРБ мы применяем лапароскопическую операцию Коллиса (длина желудочной трубки 5-6 см) с полным разделением проксимального и дистального отделов желудка в 5-6 см от эзофагокардиального перехода и формированием ручного гастроеюноанастомоза с отключенной по Ру Y-образной петлей тонкой кишки. С марта 2017 года по настоящее время выполнено 157 вмешательств у пациентов в возрасте от 27 до 82 лет (средний возраст $49,17 \pm 12,34$ лет). С рецидивными ГПОД и ГЭРБ оперировано 19 (12,1%) больных. В 14 (8,9%) случаях ГПОД и ГЭРБ возникли после продольной резекции желудка. ИМТ ≥ 30 зарегистрирован у 112 (71,3%) пациентов. Сопутствующий сахарный диабет 2 типа выявлен у 61 (38,9%) пациента. Всем пациентам через три месяца после операции, а затем ежегодно выполнялись контрольные осмотры с лабораторным контролем (общий анализ крови, глюкоза и HbA1c, ферритин, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, витамины B12, 25(OH) витамин D3, паратгормон, кальций общий и ионизированный) и рентгенологическим исследованием пищевода и желудка. В раннем послеоперационном периоде осложнений зарегистрировано не было. В отдаленном послеоперационном периоде через 8

месяцев после коррекции гигантской тотальной желудочной ГПОД с коротким пищеводом 2 степени в одном наблюдении возникла пептическая язва гастроеюноанастомоза, осложненная кровотечением. Причина осложнения – избыточная длина желудочной трубки (8 см). Пациентке выполнена лапароскопическая резекция гастроеюноанастомоза с укорочением желудочной трубки до 5 см с хорошим отдаленным результатом. Рецидивов ГПОД и ГЭРБ в сроки наблюдения от трех месяцев до пяти лет не зарегистрировано. В группе пациентов с сопутствующим алиментарно-конституционным ожирением через год после вмешательства наблюдалось снижение избыточного веса в среднем на 73%. У всех пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа достигнута полная ремиссия заболевания (HbA1c $<6\%$) с коррекцией и отменой гипогликемической терапии. Таким образом, устранение ГПОД и ГЭРБ с применением операции Коллиса и гастрощунтирования по Ру является эффективной и безопасной хирургической процедурой у пациентов с кардио-фундальными и гигантскими ГПОД, коротким пищеводом, рецидивными ГПОД, ожирением, сахарным диабетом, ГПОД и ГЭРБ после продольной резекции желудка.

304. Современные подходы лечения паховых грыж

Бабаев Ф.А., Вакулин Г.В., Ледин А.О.,
Бабазаде Д.Ф., Анцупова Л.Б.

Тверь

Тверской государственной медицинской
университет

Актуальность. Паховая герниопластика является одним из наиболее распространенных операций, и ежегодно выполняется более чем 20 миллионов операций. Возникновение паховой грыжи встречается в 27-43% случаях у мужчин и 3-6% у женщин. Частота рецидивов после операций при паховых грыжах составляет 11%. Хроническая боль, продолжающаяся больше чем 3 месяца, наблюдается у 10-12% пациентов. Из общеизвестных более 100 различных методов

пластики паховых грыж международная группы HerniaSurge рекомендуют пластику TEP (тотальный преперитонеальный), TAPP (трансабдоминальный преперитонеальный) и метод Лихтенштейна. Материал и методы. Изучены результаты операций при паховых грыжах у 344 пациентов. Операция по Лихтенштейн выполнена у 170 (49,4%), видеоэндоскопические операции у 174 (50,6%) пациентов. Время операции составило в среднем $64,2 \pm 12,3$ мин. Количество конверсий было 3. Среднее пребывание в стационаре составило $3,8 \pm 1,2$ дней. Выбор метода операций зависел от размера, характера грыж, загрязненности операционного поля, от опыта работы хирурга и оснащенности клиники. При двухсторонних грыжах применяли видеоэндоскопические методы операций. Экстренных операций было 17 (4,9%). Во всех экстренных случаях выполнена операция по Лихтенштейну. Все операции по Лихтенштейну выполнены под спинальной анестезией. В качестве имплантируемого материала применена полипропиленовая сетка. Результаты. Рецидив грыжи после видеоэндоскопических операций наблюдался в 9%, а после операций Лихтенштейна в 13% случаях. Рецидивы грыж наблюдались в течение 3 лет после операций. Наиболее часто рецидив возникал после TAPP по поводу двухсторонних паховых грыж. При рецидивах после видеоэндоскопических операций применяли операцию Лихтенштейн, а при рецидивах после операций Лихтенштейн применяли видеоэндоскопические операции. Повторных рецидивов и грыж мест входа портов в течение 5 летнего наблюдения не было. Послеоперационных кровотечений не было. Раневые осложнения в виде инфильтратов и сером встречались у 7 (4%) больных после операций Лихтенштейн. Экскреторной олигоспермии после операции не наблюдали. Интраоперационных травм мочевого пузыря, сосудов не было. Хронических болевой синдром после различных видов герниопластик наблюдался у 10% больных. Наиболее часто хронический болевой синдром наблюдался после операций по Лихтенштейну. Средняя длительность болевого синдрома составила 6 месяцев. В одном случае после экстренной операции по Лихтенштейн при паховой грыже с резекцией кишечника возникло нагноение раны с последующим удалением импланта. Обсуждение. При сравнении результатов операций TEP и TAPP с методом Лихтенштейна при первичных односторонних паховых грыжах выявляется меньше количество послеоперационных осложнений, рецидива и реопераций, Однако, выполнение видеоэндоскопических операций требует опыта и

соответствующего оснащения. Несмотря на это, имеются пациенты и характеристики грыж, при которых метод Лихтенштейна является методом выбора. Выводы. После паховой герниопластики различными методами рецидив наблюдается в 11% , а хроническая боль в 10% случаях. При двухсторонних паховых грыжах лапароэндоскопический подход является методом выбора. При рецидивных паховых грыжах после операций Лихтенштейна целесообразно применять лапароэндоскопические методы, а при рецидивах после лапароэндоскопических операций методику Лихтенштейна. При больших паховых, а также пахово-мошоночных грыжах техника Лихтенштейна дает преимущества. Рекомендации. У пациентов с тяжелой сердечной и/или легочной сопутствующей патологией с высоким риском общей анестезии предпочтительно применять подход Лихтенштейна под местной или спинальной анестезией. При проведении неотложных операций с резекцией кишечника и при наличии контаминации в зависимости от конкретной ситуации герниопластику можно выполнить в отсроченном порядке или по методике Лихтенштейна с использованием биологической сетки

305. Стентирование желчных протоков по методике “рандеву” у пациентов с механической желтухой при сложном ретроградном доступе

Ким П.П., Выборный М.И., Колыгин А.В., Пахомова А.Ю., Большаков Г.В.

Москва

Ильинская больница

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа оценить возможности и эффективность лечения пациентов с обтурационной желтухой, определить выбор рациональной хирургической тактики. Материалы и методы. В период с сентября 2019 по февраль 2022 гг. в Ильинской Больнице было пролечено 95 пациентов с диагнозом механическая желтуха. С целью разрешения обструкции желчных протоков выполнялись оперативные вмешательства в объеме эндоскопическая ретроградная панкреато холангиография, чрескожная чреспеченочная

холангиостомия и разрешение механической желтухи по методу «рандеву». 95 пациентам выполнено 107 оперативных вмешательств. В структуре операций превалировали эндоскопические вмешательства – 80, ЧЧХС – 12. В случае невозможности сформировать доступ эндоскопическим методом, выполнялись операции по методике «рандеву» - 15. В структуре осложнений превалировали явления послеоперационной гиперAMILАЗемии, которая потребовала проведения дополнительной инфузионной и антисекреторной терапии в 27 случаях. Следует отметить, что ни в одном из случаев не потребовалось дополнительного инвазивного вмешательства. Случаи острого холангита сформировались у 9 пациентов и потребовали дополнительного инвазивного лечения (установки назобилиарного дренажа, установки дополнительного санирующего холангиостомического санирующего дренажа) в 7 случаях. Самым частым осложнением после проведенного лечения по средствам ЧЧХС являлись миграция транспеченочного дренажа с подтеканием желчи в брюшную полость, что потребовало повторного оперативного вмешательства в 2 случаях. Летальных исходов среди пациентов в раннем послеоперационном периоде зафиксировано 2: - 1 случай – острый инфаркт миокарда в 1 сутки послеоперационного периода - 1 случай – прогрессирующая полиорганная недостаточность в исходе тяжелого холангиогенного сепсиса. Результаты: На основании проведенного анализа был принят алгоритм выбора метода декомпрессии желчных протоков. Проксимальный блок желчных протоков, а также блок желчных протоков после ранее перенесенных операций с реконструкцией верхних отделов желудочно-кишечного тракта разрешается по методике ЧЧХС. Дистальный блок желчных протоков разрешается эндоскопическим доступом. В случае возникновения технических проблем с канюляцией большого дуоденального сосочка (деформация двенадцатиперстной кишки, опухолевая инфильтрация с поражением слизистой БДС) – декомпрессия желчных протоков осуществляется по методике «рандеву» и заканчивается обязательно формированием наружной холангиостомы. Выводы. Применение комбинации антеградных и ретроградных методов декомпрессии желчных протоков привело к разрешению механической обструкции желчных протоков в 99,8 % и снижению уровня гипербилирубинемии ниже 80 мкмоль/л у 100 % пациентов в течение последующих 12 суток послеоперационного периода.

306. Применение предоперационной нутритивной поддержки при хирургическом лечении пациентов с болезнью Крона

Каманин А.А. (1), Кельбетова Б.Р. (1), Богданов П.И. (1), Афанасьев А.А. (1), Куликов Д.В. (1), Ганич Е.Г. (2), Чекмасов Ю.С. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО "ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова", НИИ хирургии и неотложной медицины, 2) СПб ГБУЗ "Городская клиническая больница №31"

Актуальность проблемы. По данным рекомендации Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма (ESPEN) 20-45% пациентов, поступающих в хирургический стационар, страдают белково-энергетической недостаточностью. Нарушение состояния питания при воспалительных заболеваниях кишечника встречается в 68,5% случаев и проявляется снижением массы тела, потерей мышечной и жировой ткани, уменьшением общего белка крови, альбумина, гемоглобина, отрицательным азотистым балансом, дефицитом макро и микроэлементов. При болезни Крона, как известно, происходит сегментарное поражение ЖКТ, при котором чаще всего страдает подвздошный отдел тонкой кишки. Вследствие длительно текущего системного воспалительного процесса в стенке тонкой кишки, развиваются синдромы мальдигестии и мальабсорбции, а также уменьшение количества потребляемой пищи, в следствие выраженного абдоминального болевого синдрома, приводят к катаболическим процессам, которые значительно повышают потребности организма в энергии и белке, и, как следствие, ведут к хронической белково-энергетической недостаточности у данной категории пациентов. Цель исследования. Оценить потребность в нутритивной поддержке и эффективность предоперационной нутритивной поддержки пациентов с болезнью Крона в условиях хирургического стационара. Материалы и методы исследования. В исследование включены 52 пациента с болезнью Крона, среди них женщин 36 (64%), мужчин 16 (36%). Средний возраст 33 лет±6,9 лет (p=0.0015). Средняя продолжительность от момента диагностики заболеваемости до развития хирургического осложнения составила 5 лет. Белково-энергетическая недостаточность встречалась в 82,7% случаев (n=43(52)). Оценка нутритивной недостаточности проводилась с помощью соматометрических показателей: масса тела, рост, индекс массы тела, масса жировой ткани,

безжировая масса, окружность плеча, толщина кожно-жировых складок, и лабораторных: содержание общего белка крови, альбумина, трансферрина, гемоглобина, абсолютного числа лимфоцитов. Использовались гиперкалорические и высокобелковые питательные смеси для сипинга. Средний курс лечения составил 4 недели. Результаты исследования. Из 52 пациентов с болезнью Крона 6 (11,5%) не вошли в исследование в связи с развившейся острой хирургической патологией, потребовавшей экстренного оперативного лечения, а 46 (88,5%) пациентам проведен полный курс предоперационной нутритивной подготовки, после которой отмечено лабораторное и морфометрическое улучшение нутритивного статуса. Среди пациентов, получивших полный курс нутритивной поддержки, процент послеоперационных осложнений III и IV группы по классификации Clavien Dindo снизился до 7,2%. Заключение. Пациенты с болезнью Крона на этапе диагностики заболевания требуют обязательной консультации нутрициолога, с целью профилактики или коррекции белково-энергетических нарушений. При планировании хирургического лечения по поводу развившихся осложнений (свищей, стриктур и др.), необходимо начинать нутритивную поддержку в максимально ранние сроки в связи с высоким риском декомпенсации заболевания, что, к сожалению, не позволяют адекватно подготовить пациентов к оперативному лечению. Адекватная нутритивная поддержка пациентов с болезнью Крона снижает риск хирургических осложнений.

307. Гравитационный подход в предоперационном планировании и технике лапароскопических вмешательств на печени

Демин Д.Б., Лященко С.Н., Фуныгин М.С.

Оренбург

1) ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», 2) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Актуальность. Настоящее время характеризуется активным развитием хирургических технологий за счет внедрения в клиническую практику

технических решений на основании нестандартного подхода. Нами предложена концепция гравитационной хирургической анатомии, сущность которой заключается в разработке новых подходов в предоперационном планировании и оперативной технике, основанных на смещении органов под действием силы всемирного тяготения. Мы разрабатываем вышеуказанные подходы в хирургии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, торакальной хирургии, нейрохирургии. Цель работы. Оценка эффективности нового подхода в предоперационном планировании и оперативной технике лапароскопических вмешательств на задних сегментах правой доли печени на основе ее гравитационного смещения. Материал и методы. С 2015 г. на базе ГАУЗ «ООКБ» и «ГКБ им. Пирогова» г. Оренбурга лапароскопическим доступом нами оперированы 150 пациентов по поводу различных объемных образований печени. Из них 56 имели патологию, локализованную в задних сегментах правой доли этого органа. Результаты. Опыт выполненных вмешательств при патологиях задних локализаций и анализ их результатов позволил разработать следующие подходы: 1. Нами разработано устройство позиционирования для выполнения полипозиционной компьютерной томографии (КТ) (заявка на полезную модель ФИПС 02.02.2022 г.). Устройство применяется для предоперационного планирования вмешательств на печени, выполняемых в боковых позициях пациентов и представляет собой две пластины (нижняя и боковая), соединенные петлями. Нижняя пластина фиксируется к столу томографа ремнями. В местах соединения пластин по бокам имеются два металлических угловых фиксатора с градуированным угломером, фиксирующих боковую пластину к нижней под точно устанавливаемым углом. При исследовании пациент ложится на левый бок на нижнюю пластину, боковая пластина устанавливается в необходимое положение от 300 до 90° к горизонтальной плоскости, пациент прижимается спиной к боковой пластине, после чего выполняется КТ. Это позволяет выполнять исследование в различных позициях с четкой установкой угла наклона пациента по отношению к горизонтальной плоскости и оценить характер гравитационных смещений печени. 2. Нами разработан способ предоперационного планирования лапароскопических операций при патологии VII и VIII сегментов печени (приоритетная справка ФИПС № 2021133768 от 18.11.2021 г.). При этом за 12 часов перед выполнением КТ брюшной полости пациент принимает перорально 6,4% водный раствор макроглола 4000 из расчета 1 литр на

20 кг массы тела дозированно по 250 мл через каждые 15 минут. В результате происходит полное опорожнение кишечника, уменьшается объем полых органов брюшной полости, снижается внутрибрюшное давление и создается резерв «свободного» пространства, что в положении пациента на левом боку приводит к максимальному гравитационному смещению печени медиально вниз и вперед. Происходит моделирование ситуации, когда во время лапароскопического вмешательства на левом боку при напряженном пневмоперитонеуме создается «свободное» пространство, способствующее максимальному медиальному смещению печени. В этих условиях пациенту выполняется полипозиционная КТ с контрастным усилением в положении на спине и в операционном положении, т.е. на левом боку под углом 90° к поверхности операционного стола и оценивается смещение печени с патологическим очагом в зоне предстоящей операции. 3. Нами разработан способ лапароскопического доступа к VII и VIII сегментам печени (патент РФ на изобретение № 2713134, 2020), сущность которого заключается в выполнении лапароскопического вмешательства в положении пациента не на спине, а на левом боку с его фронтальной плоскостью, перпендикулярной поверхности операционного стола. Все троакары вводят в правом подреберье. После пересечения фиксирующего аппарата и диссекции агеа пуда печени ее правая доля под действием силы тяготения смещается медиально. Это делает доступной для визуализации и выполнения лапароскопического оперативного приема задненижнюю поверхность правой доли печени и ее кавазные ворота. Вышеуказанные способы мы эффективно применяем в практической деятельности у всех пациентов с патологией задних сегментов правой доли печени. Заключение. Предложенный нами гравитационный подход позволяет оптимизировать предоперационное планирование по данным КТ-визуализации для создания необходимой интеграции зоны реального оперативного действия с ее виртуальной реконструкцией, а также технику лапароскопических вмешательств на задней поверхности правой доли печени.

308. Первый опыт применения технологии дополненной реальности в высокотехнологичной лапароскопической хирургии

Демин Д.Б.

Оренбург

1) ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», 2) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы. В настоящее время идет развитие и активное внедрение в медицину технологии дополненной или смешанной реальности. В хирургии это направление является, без преувеличения, революционным, так как хирург получает расширенные возможности интраоперационной визуализации благодаря тому, что в его гарнитуру загружена информация, позволяющая, не отвлекаясь от операционного поля, видеть во время вмешательства в виртуальном режиме голографическую 3D-модель оперируемого органа, особенности его анатомии и компьютерную мультипланарную реконструкцию зоны вмешательства. Цель работы. Оценить первый опыт применения технологии дополненной реальности в высокотехнологичной лапароскопической хирургии. Материалы и методы. Предоперационное планирование и создание трехмерной модели зоны вмешательства мы осуществляли с помощью программы «Инобитек DICOM-Просмотрщик PRO» (ООО «Инобитек», г. Воронеж), трехмерную голографическую реконструкцию и интраоперационную визуализацию в режиме дополненной реальности – в программе «HLOIA» (Университет Иннополис, г. Казань). В качестве гарнитуры виртуальной визуализации применяли очки дополненной реальности «Microsoft HoloLens 2». Оперативные вмешательства выполняли на трехчиповой Full HD видеосистеме с применением современных энергетических комплексов. Результаты и обсуждение. На момент написания публикации нами выполнены три высокотехнологичных лапароскопических вмешательства с применением технологии дополненной реальности: резекция левого латерального сектора печени у пациентки с объемным образованием левой доли печени 11 см в диаметре и две адреналэктомии (правосторонняя и левосторонняя) по поводу гормонопродуцирующих новообразований 4 и 5 см в диаметре соответственно. Пациенты были оперированы в плановом порядке после стандартного предоперационного обследования,

включавшего, в том числе, мультиспиральную компьютерную томографию с болюсным контрастным усилением. Процесс подготовки к оперативным вмешательствам включал в себя несколько этапов. Предварительно мы освоили технологию 3D-моделирования на основе DICOM-изображений. Далее в рамках предоперационного планирования по данным ранее выполненной пациентам компьютерной томографии конструировали 3D-виртуальную модель органа с патологическим очагом и подробно «прорисованной» сосудистой архитектоникой зоны предполагаемого вмешательства. Затем эту модель помещали в программу «HLOIA», в которой была создана ее трехмерная голографическая реконструкция и размещена в облачном хранилище. После этого точно воссозданную трехмерную копию органа возможно визуализировать в очках дополненной реальности. Оперативное вмешательство выполняли с применением гарнитуры дополненной реальности «MS HoloLens 2». Техника оперативных вмешательств была стандартной. В ходе операции голографическая модель накладывалась на интраоперационную картину в мониторе лапароскопической видеосистемы, что позволило четко идентифицировать сосудистую анатомию зоны вмешательства и выполнить оперативный прием с минимальной кровопотерей. При помощи встроенной в гарнитуру видеокамеры проводилась видеозапись с визуализацией реальной интраоперационной картины и наложенной на нее виртуальной реальности. Все три оперативных вмешательства были выполнены штатно. Послеоперационный период у пациентов без осложнений, выписка на 5-6 сутки. Заключение. Технологию дополненной реальности при выполнении лапароскопических вмешательств мы применили первыми не только в нашем регионе, но и одними из первых в РФ. Данное направление, так называемая компьютер-ассистированная хирургия, стремительно развивается. Идет активный набор первичной информации для оценки роли данной технологии в хирургической практике. Уверены, что в течение ближайшего времени эта методика будет стандартизирована и взята хирургами на вооружение.

309. Особенности морфологических изменений мышечных тканей после электрохирургического и лазерного воздействия

Шахрай С.В. (1), Черепенин М.Ю. (2), Горский В.А. (2), Гаин Ю.М. (1)

1) Минск, Беларусь, 2) Москва

1) Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель работы. Экспериментальная оценка регенераторных процессов после электрохирургического и лазерного воздействия. Материалы и методы. Материал-лабораторные животные (кролики) обоего пола массой 4250±228 г. В 1-й группе лабораторным животным производилась деструкция мышцы задней поверхности бедра путем перфоративного погружения игольчатого электрода коагулятора на глубину до 2 см, в активном режиме коагуляции 15 Вт с экспозицией 2 мм в сек. После чего, рабочий электрод извлекался из тканей. Во 2-й группе – деструкция проводилась аналогичным образом, но в качестве источника энергии использовался лазерный аппарат с генерацией длины волны 1,56 мкм. На 3,7 и 14 сутки проводился забор тканей с последующим гистологическим исследованием. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 48 часов. Далее проводили через спирт-ксилол, ксилол, ксилол-парафин и заливали в парафин. Из парафиновых блоков изготавливали срезы толщиной 3-4 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином. Изучение препаратов и изготовление микрофотографий проводили с помощью световых микроскопов Axio Imager (Zeiss, Германия) и DMLS («Leica», Германия). Результаты. На 3-и сутки после лазерного воздействия: в микропрепарате наблюдается тотальная коагуляция миофибрилл миоцитов с элиминацией клеточного компонента. Очаговое замещение миоцитов рыхлой мало- и бесклеточной формирующейся волокнистой тканью (начинающийся склероз мышечной ткани). Очаг утолщения перимизия с артериолами и венулами с вапоризацией клеток и клеточно-волокнистой структуры их стенки и эндотелиоцитов. На 3-и сутки после воздействия коагулятором отмечается коагуляция миофибрилл с расслоением и элиминацией ядер миоцитов. Тяжи эндомизия из рыхлой волокнистой ткани с умеренно выраженным серозно-продуктивным воспалением. Мелкий очаг полостей без выстилки и содержимого

(вапоризационные полости). На 7-е сутки после лазерного воздействия очаговый густо клеточный фиброз. Диффузно-очаговое замещение мышечной ткани густо клеточной фиброзной тканью. На 7-е сутки после воздействия коагулятором - коагуляция миоцитов с элиминацией ядер. Рыхлая волокнистая ткань эндомизия. Иррегулярные мелкие полости без выстилки и содержимого. На 14-е сутки после лазерного воздействия: очаг округлой формы коагуляционного некроза мышечной ткани с сегментарным перифокальным формированием тонкой капсулы («инкапсуляция») клеточно (мононуклеары) – сосудистого строения (малочисленные капилляры и вены). Тотальная и/или частичная коагуляция миофибрилл миоцитов. Формирование тонких тяжей эндомизия из рыхлой волокнистой ткани с очаговым ангиозом (капилляры, вены). На 14-е сутки после воздействия коагулятором - коагуляция мышечных волокон и миоцитов с замещением их рыхлой малоклеточной волокнистой тканью (формирующийся миосклероз). Заключение. Микроскопические изменения строения мышечной ткани отмечены при воздействии коагулятором и лазерным лучом во все сроки наблюдения. При воздействии коагулятором наблюдали формирование мелких ваворизационных полостей без выстилки с тотальной коагуляцией миофибрилл и миоцитов, а также очаги коагуляционного некроза с очаговым склерозом и серозно-продуктивным воспалением начиная. Воздействие лазерным лучом характеризовалось отсутствием формирования ваворизационных полостей в сочетании с гиперплазией предшественников фибробластов, инкапсуляцией очагово-коагуляционного некроза и склерозом сухожильно-мышечного компонента.

310.Объективизация оценки повреждения легких и установления показаний к торакотомии при травме груди

*Шаталов А.Д. (1), Вегнер Д.В. (1),
Ступаченко Д.О. (2), Сидоренко Ю.А. (2),
Филахтов Д.П. (1), Атаманова Л.В. (2)*

Донецк, ДНР

1) ГОУ ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, 2) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Актуальность. Повреждения легких являются наиболее частым компонентом травмы груди, в т.ч. сочетанной, и во многом определяют хирургическую тактику. Однако оценка их масштаба часто имеет субъективный характер, что может выступать причиной избыточных торакотомий или, напротив, неоправданной отсрочки хирургического вмешательства. Цель исследования. Разработка и клиническая апробация количественного показателя степени повреждения легкого (СПЛ) при травме груди. Материал и методы. Разработана оценочная шкала СПЛ, интегрирующая данные лучевых методов исследования (КТ, рентгенография, УЗИ) о повреждении сосудов корня легкого, наличии, локализации и размерах разрывов легочной паренхимы и гематом, по результатам оценки которых повреждения каждого из легких ранжируются от 1 до 5 степени, при отсутствии повреждения СПЛ принимается за 0. Предложен коэффициент повреждения легких (Кпл), рассчитываемый как сумма квадратов значений СПЛ слева и справа, умноженная на 2 (для приведения к 100-балльной шкале). Изучены результаты обследования 527 пациентов с травмой груди; из анализа исключены пострадавшие, критическое состояние которых не позволило провести исследование методами лучевой визуализации. Проведена оценка распределения пострадавших по Кпл, рассчитан коэффициент ранговой корреляции Спирмена R_s между Кпл и показателями, определяющими состояние пациента: тяжесть состояния, объем кровопотери, потребность в хирургическом вмешательстве, объем гемоторакса, систолическое артериальное давление, сатурация SatO₂. Результаты. Частотный анализ распределения пострадавших в зависимости от Кпл позволил выявить зависимость, близкую к обратной биномиальной, медиана Кпл составила 16 баллов. Установлена статистически значимая прямая корреляция Кпл с тяжестью состояния

($R_s=0,762$) объемом кровопотери ($R_s=0,687$), потребностью в хирургическом вмешательстве ($R_s=0,913$), объемом гемоторакса ($R_s=0,498$), обратная – с систолическим артериальным давлением ($R_s=-0,326$), сатурацией ($R_s=-0,387$), во всех случаях $p<0,001$. На основании сопоставления Кпл и клинических показателей установлены граничные значения коэффициента в определении показаний к торакотомии: 0-2 балла – показания к торакотомии отсутствуют (таких пациентов было 176 (33,4%)), 4-26 баллов – показания относительные (235 (44,6%)), 32-50 баллов – показания абсолютные (105 (19,9%)), 58-100 баллов – показания жизненные (11 (2,1%)). Обсуждение. Применение предложенного коэффициента для количественной оценки СПЛ и выбора тактики лечения имеет ряд преимуществ перед используемыми в настоящий момент шкалами, особенно у пострадавших с сочетанной травмой. Применение традиционных комплексных шкал у пострадавших с сочетанной травмой обобщает совокупность последствий полученных повреждений как груди, так и других анатомических областей, что не позволяет информативно отобразить степень повреждения собственно легких. Причиной тому является то, что состояние, вызванное повреждением легких, отягощено наличием повреждений других анатомических областей, что может вести к диагностическим и тактическим ошибкам, прежде всего, неоправданным торакотомиям. Использование данных комплексного лучевого исследования легких, представленных в виде Кпл, позволит объективно оценивать потребность и объем хирургического пособия у пациентов с сочетанной травмой, тем самым создавая предпосылки для улучшения результатов лечения этой категории больных. Заключение. Полученные данные указывают на клиническую целесообразность оценки степени повреждения легких посредством расчета Кпл, что может быть положено в основу стандартизации тактики хирургического лечения пострадавших с травмой груди, в т.ч. тех, у которых клиническая картина травмы обусловлена повреждениями как легких, так и других органов груди и других анатомических областей.

311. Допплерографическая диагностика продолжающегося кровотечения при сочетанной травме груди и живота

Зубов А.Д., Вегнер Д.В.

ДНР, Донецк

ГОО ВПО "Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького"

Актуальность. Тяжесть повреждений груди и живота и потребность в хирургическом вмешательстве в значительной степени обусловлены наличием продолжающегося кровотечения (ПКТ). Современные методы лучевой визуализации позволяют установить факт наличия свободной жидкости в полостях тела и косвенно оценить ее объем, однако для определения ПКТ необходимы либо исследования в динамике с измерением объема свободной жидкости, что пролонгирует диагностический процесс и отдалает выполнение неотложной операции, либо инвазивные диагностические вмешательства, нередко избыточные. Цель работы. Изучение возможностей ультразвукового доплерографического исследования в диагностике ПКТ у пациентов с сочетанной травмой груди и живота. Материал и методы. 211 пострадавшим с сочетанной травмой груди и живота проведено УЗИ в В-режиме по FAST-протоколу. По результатам выделена группа из 139 пациентов обоего пола возрастом $37,6\pm 13,3$ лет с признаками свободной жидкости в плевральной и/или брюшной полостях, состояние которых позволило пролонгировать УЗИ за пределы FAST-протокола. Проведены УЗИ по собственной методике в В-режиме и доплерографических режимах (цветовое, энергетическое, ADF-картирование). Данные о наличии ПКТ верифицировали при инвазивном дообследовании или оперативном вмешательстве. Результаты. Технология доплеровского картирования позволяла визуализировать в цвете поток жидкости (крови) в полости тела или зону кровоизлияния (в т.ч. интрапаренхиматозные и субкапсулярные гематомы). Выявление цветового локуса свидетельствовало о наличии, а его размеры – об интенсивности ПКТ. У 89 из 139 пациентов на момент обследования кровотечение продолжалось, что было подтверждено при инвазивном дообследовании или оперативном вмешательстве. В 38 из них ПКТ было констатировано при УЗИ с применением разработанной методики, чувствительность которой, таким образом, составила 42,7%. Особую

важность ультразвуковое подтверждение ПКТ имело при небольших на момент обследования скоплениях жидкости (гемоперитонеум менее 3 баллов, гемоторакс менее 500 мл), не требующих при традиционном подходе неотложного хирургического вмешательства. Таких случаев в изучаемой группе было 14 из 89 (15,7±3,9%). При применении традиционных схем обследования этим пациентам был показан динамический контроль состояния или инвазивное дообследование, однако выявленное при УЗИ ПКТ послужило показанием к неотложному хирургическому вмешательству. По данным обследования по предлагаемой методике в связи с выявлением ПКТ у 3 (3,1±1,9%) был изменен приоритет травмы с торакальной на абдоминальную, у 2 (2,2±1,6%) – с абдоминальной на торакальную. Ложноположительных результатов при применении данного способа не было, т.е. специфичность составила 100,0%. Обсуждение. Несмотря на достаточно низкую чувствительность методики в констатации ПКТ (42,7%), при практически максимальной специфичности она имеет клиническую значимость для принятия решения о неотложной операции. Особо актуально выявление ПКТ на доклинической стадии, когда объем излившейся крови невелик и не оказывает существенного влияния на тяжесть состояния пациента. Своевременное купирование ПКТ, не дожидаясь нарастания объема свободной крови, позволит избежать дополнительной кровопотери и потребности в гемо- или аутогемотрансфузии, возникновения или усугубления геморрагических осложнений (гемоторакс, интрапаренхиматозные и субкапсулярные гематомы) и, как следствие, улучшить результаты хирургического лечения. С другой стороны, наличие свободной жидкости в плевральной полости или гематом паренхиматозных органов без ПКТ позволяет сделать выбор в пользу малоинвазивных технологий либо консервативного ведения, избежав открытых операций. Выводы. Предложенная методика доплерографической визуализации ПКТ позволяет избежать пролонгирования диагностического процесса и развития связанных с ним осложнений и, с другой стороны, снизить количество неоправданных открытых хирургических вмешательств.

312. Курс амбулаторной хирургии как начало хирургической ординатуры

Лукин П.С., Захрипчацкий М.Ф., Блинов С.А., Денисов С.А., Колыванова М.В., Каменских Е.Д., Теплых Н.С., Мугатаров И.Н.

Пермь

ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера

Актуальность. Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла коррективы в учебный процесс всех образовательных учреждений страны. Обучение хирургов—ординаторов не стало исключением. В связи с тем, что многие стационары, где находятся клинические базы, были перепрофилированы, было принято решение начать учебный год 2021-2022 у хирургов-ординаторов первого года с курса амбулаторной хирургии. В настоящее время циклу амбулаторной хирургии во время ординатуры отводится недостаточно времени или не предусмотрено совсем. Нашей целью явилось доказать обоснование первоочередности полноценного курса амбулаторной хирургии в ординатуре. Материалы и методы. Обучение с курса амбулаторной хирургии, согласно выделенным местам в ординатуре по общей хирургии, начали четыре ординатора первого года. Клинической базой стало хирургическое отделение ГБУЗ Пермского края «Городская клиническая поликлиника № 2» города Перми. Поликлиника обслуживает около 127 тысяч жителей Индустриального района Перми. В состав отделения входят врачи следующих специальностей в количестве: хирурги (6), урологи (3), колопроктолог (1), онкологи (2). Курс амбулаторной хирургии проходил с 01 сентября 2021 по 01 декабря 2021 года, до снятия ограничений с оказания хирургической помощи в стационарах. В течение первых двух месяцев ординаторы находились на амбулаторном приеме врача-хирурга в одну смену, согласно графика работы врача с чередованием в течение недели: с 8.00 до 14.00 и с 14.00 до 20.00. Два раза в неделю проводили лекции и практические занятия по изучению наиболее часто встречаемых в амбулаторной хирургической практике заболеваний, отрабатывали практические навыки по завязыванию хирургических узлов, работе с хирургическими инструментами и др., также ординаторы готовили доклады по заинтересовавшим их заболеваниям, с которыми пациенты обращались во время приема. Третий месяц обучения проходил на амбулаторном приеме

узких специалистов хирургического профиля. Своеобразным экзаменом было проведение самостоятельного полноценного хирургического амбулаторного приема под контролем заведующего хирургическим отделением. Результаты. За три месяца цикла амбулаторной хирургии ординаторы полностью овладели практическими навыками проведения амбулаторных операций: вскрытие абсцессов и панарициев, удаление новообразований кожи и подкожно-жировой клетчатки. Курс амбулаторной хирургии позволил ординаторам понять и расширить знания по хирургии и хирургическим нозологиям. Был проведен анализ структуры хирургического приема по нозологиям. Выяснено, что большую часть хирургического приема составляют обращения пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и заболеваниями сосудов нижних конечностей. К концу цикла ординаторы в полной мере могли оценить наличие паховой и других грыж передней брюшной стенки, достоверно определяли пульсацию на нижних конечностях, оценивали наличие периферического лимфаденита, дифференцировали гнойный мастит и абсцедирующую атерому молочной железы. В совершенстве овладели навыками определения злокачественных новообразований молочной железы и нелактационных маститов, дифференцировали признаки злокачественности новообразований кожи и др. Первоочередной цикл амбулаторной хирургии позволил ординаторам познакомиться с курсами консервативной терапии по тем или иным заболеваниям, включая курсы антибиотикотерапии, реологической и гормональной терапии при урологической и другой патологии. Значимым является факт обучения правильной интерпретации результатов диагностических лабораторных и инструментальных методов исследования, включая компьютерные томограммы различных областей организма, интерпретация заключений эндоскопических исследований и возможность участия в них при проведении ректороманоскопий на приеме врача колопроктолога. Обучение непосредственно в реалиях амбулаторного хирургического приема позволяет привить у молодых хирургов не только основные практические навыки, но правильное ведение электронных медицинских карт с полноценным описанием анамнеза заболевания, объективного и локального статуса различных хирургических заболеваний. Одним из главных результатов проведения первичного курса амбулаторной хирургии в рамках ординатуры считаем развитие коммуникативных способностей у молодых

специалистов. Обсуждение и выводы. На сегодняшний день амбулаторная хирургия претерпевает период забвения. Не смотря на развитие стационарозамещающих технологий и возможности проведения многих операций в условиях поликлиники, амбулаторной хирургии во время обучения отводится малая часть. Профильность отделений, при которых находятся клинические базы, не позволяет в полной мере отразить во время обучения ординаторов всю «картину хирургической жизни» с ее множеством заболеваний. Тем не менее амбулаторная хирургия гораздо более разнообразна и может дать полное представление о выбранной профессии. Ключевым выводом считаем: начинать хирургическую ординатуру с полноценного курса по амбулаторной хирургии с проведением экзамена по теоретическим и практическим навыкам, которым может являться самостоятельный прием пациентов.

313.Превентивные эндоваскулярные вмешательства у больных с кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Щеголев А.А. (1), Громов Д.Г. (1), Павлычев А.В. (1), Кальченко Е.А. (1), Киселева А.С. (1), Хачатуров М.Ю. (2)

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
- 2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Актуальность. Наиболее частым источником кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является язва желудка и двенадцатиперстной кишки. В 2020 году в РФ было госпитализировано 46620 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями; общая летальность составила 6,49%, послеоперационная - 16,5%. Мультидисциплинарный подход, включающий сочетание различных методов эндоскопического, медикаментозного и эндоваскулярного гемостаза позволяет достоверно снизить уровень хирургической активности и общую летальность. Публикации последних лет (Jasmine H.E. Chang, 2021) свидетельствуют о возможном улучшении результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

за счет использования транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЕ). Целью работы стало изучение эффективности превентивной ТАЕ у больных с кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы. В исследование были включены 124 пациента, находившихся на лечении в хирургической клинике ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Средний возраст составил 59,2 года. Соотношение мужчин и женщин 1,9:1 (81:43). Алгоритм обследования пациентов был стандартизирован и включал полный объем общеклинических исследований и экстренную ЭГДС, которая выполнялась в течение 2 часов от момента госпитализации. При кровотечении FIA,B выполнялась эндоскопическая остановка кровотечения (инфильтрационный метод в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией), при кровотечениях FIIA,B – эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения. По совокупности клинических, лабораторных и эндоскопических данных у всех пациентов прогнозировался высокий риск рецидива кровотечения. Превентивная (то есть до развития рецидива) ТАЕ выполнена всем больным исследуемой группы. Эмболизация а. gastrica sinistra выполнялась микросферами (500-900 мкм) и частицами PVA (300-500 мкм), эмболизация а. gastroduodenalis микроспиралями Azur (3-5 мм) на аппарате Toshiba Infinix VF. Полученные результаты. Технический успех был достигнут у 123 пациентов (99,2%). У 1 пациента (0,8%) в раннем послеоперационном периоде был отмечен рецидив кровотечения. Общая летальность составила 0,9%. Обсуждение, выводы и рекомендации. Таким образом, превентивная эндоваскулярная эмболизация позволяет у подавляющего большинства пациентов избежать рецидива язвенного кровотечения и существенно улучшить результаты лечения.

314.Мультидисциплинарный подход как концепция лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений

Щеголев А.А. (1), Чевокин А.Ю. (1), Павлычев А.В. (1), Васильев М.В. (1), Киселева А.С. (1), Кальченко Е.А. (1), Хачатуров М.Ю. (2)

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Актуальность. Наиболее грозным осложнением язвенной болезни безусловно остается рецидивирующее язвенное кровотечение, многие годы лидируя в структуре летальности. Выбор диагностической программы и методов лечения с учетом национальных клинических рекомендаций, а также комплексное взаимодействие специалистов различного профиля (хирургов, эндоскопистов, реаниматологов сосудистых и рентгеноэндоваскулярных хирургов) позволяют осуществить мультидисциплинарный подход, который по сути дела становится “золотым” стандартом и позволяет улучшить результаты лечения больных данной категории. Материал и методы. В основе дизайна исследования лежат принципы и стандарты национальных клинических рекомендаций по лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений (НКТР, Москва, 2021) В исследование был включен 1631 пациент, источником кровотечения у всех были хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам после поступления выполнялась экстренная ЭГДС. Для остановки активного кровотечения (Forrest IA,B), а также эндоскопической профилактики рецидива (Forrest IIA,B) использовали комбинацию инфильтрационного метода с аргоноплазменной коагуляцией, либо клипированием кровоточащего сосуда. С целью медикаментозного гемостаза применяли препарат Омепразол (160мг в виде в/в болюсной инфузии, с последующим введением на инфузомате 8 мг/ч. в течение 3 суток, далее фракционно), с третьих суток проводилась эрадикация H. Pylori препаратами Амоксициллин и Кларитромицин. ЭГДС повторно выполняли в течение первых суток если эндоскопический гемостаз был неустойчивым, а также при недостаточном первичном осмотре и рецидиве кровотечения. При неоднократно рецидивирующих (рефрактерных) кровотечениях выбор между повторным эндоскопическим гемостазом,

эндovasкулярным вмешательством или экстренным оперативным лечением в большинстве случаев был эмпирическим. Полученные результаты. Общая летальность в основной группе – 1,3%, послеоперационная – 16,5%, летальность в группе консервативного лечения – 1,5%. Хирургическая активность – 3,3%. В течение первых суток стационарного лечения рецидив кровотечения отмечен у 108 (6,6%) больных. Потенциальной причиной рецидива у большинства пациентов было неполное следование НКР. Повторный эндоскопический гемостаз был эффективен у 82 из 108 пациентов (75,9%), при этом применялись дополнительные гемостатические методы, такие как диатермокоагуляция, и система EndoClot. У оставшихся 26 больных возник повторный рецидив кровотечения; успешный эндоскопический гемостаз был выполнен 19 больным, а в 7 случаях проведена трансартериальная эмболизация. В связи с неэффективностью комбинированных методов гемостаза 17 больным (65,4%) выполнена экстренная операция, послеоперационная летальность в этой подгруппе составила 29,4%. Общая летальность у пациентов с рецидивом кровотечения составила – 4,6%. Обсуждение, выводы и рекомендации. Повторное применение эндоскопических и рентгеноэндovasкулярных методов гемостаза при первом рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения позволяет избежать оперативного вмешательства у 84,3% пациентов. Повторный рецидив кровотечения требует индивидуальной тактики, однако задержка с выполнением хирургического лечения ведет к существенному росту летальности.

315. Кровотечения при портальной гипертензионной гастропатии – возможности эндоскопического и медикаментозного гемостаза

*Павлычев А.В., Щеголев А.А.,
Аль-Сабунчи О.А., Матушкова О.С.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Среди причин летальных исходов у взрослого населения цирроз печени и его осложнения занимают восьмое место. Одной из

причиной летальных исходов у больных циррозом печени и синдромом портальной гипертензии является портальная гипертензионная гастропатия (ПГГ), осложненная острым или хроническим кровотечением. Летальность при острых кровотечениях, ассоциированных с ПГГ, составляет около 12,5% (Ying Zhu et al., 2021). Цели и задачи исследования. Оценить эффективность эндоскопического и медикаментозного гемостаза в лечении и профилактике рецидивов желудочных кровотечений при ПГГ. Материалы и методы. В исследование были включены 75 больных, находившихся на лечении в хирургической клинике ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с диагнозом: цирроз печени, синдром портальной гипертензии, желудочно-кишечное кровотечение. Источником кровотечения у всех больных являлась ПГГ тяжелой степени, верифицированная при экстренной ЭГДС. Средний возраст пациентов составил 45,2±16,3 года. Соотношение мужчин и женщин 2,3:1 (52:23). Дизайн исследования предполагал формирование двух гомогенных по половозрастному составу и тяжести ПГГ групп пациентов. В основной группе (45 больных) применялись эндоскопические методы гемостаза: полисахаридная гемостатическая система EndoClot PHS для остановки продолжающегося кровотечения у 9 пациентов и аргоноплазменная коагуляция слизистой желудка для профилактики рецидива кровотечения у остальных пациентов. Тотчас после окончания экстренной ЭГДС вводили синтетический аналог соматостатина (Октреотид) в виде внутривенного болюса 100 мкг. Далее препарат вводили непрерывно капельно 25 мкг/час в течение двух суток и последующим подкожным введением 100 мкг 3 раза в день в течение трех суток. В контрольной группе (n=30) пациенты получали аналогичное эндоскопическое лечение, а консервативное лечение, включало только стандартную гемостатическую терапию. Полученные результаты. В основной группе рецидив кровотечения отмечен у 5 больных (11,1%). У 4 больных источником была ПГГ — гемостаз достигнут повторным применением EndoClot PHS, у 1 больного источником кровотечения послужили варикозно-расширенные вены пищевода — гемостаз достигнут установкой зонда обтуратора, в дальнейшем больному выполнены сеансы эндоскопического лигирования. У остальных 40 больных рецидивов кровотечения отмечено не было. Общая летальность составила 13,3% (6 больных). В контрольной группе рецидив кровотечения возник у 8 больных (26,67%), что у 4 пациентов потребовало экстренного оперативного лечения, поскольку повторный эндоскопический гемостаз был неэффективным. Общая летальность в

группе составила 26,67% (8 больных). Обсуждение, выводы и рекомендации. Применение эндоскопических методов гемостаза, включающих систему EndoClot PHS в комбинации с синтетическими аналогами соматостатина является эффективным методом лечения больных с кровотечением при тяжелой ПГГ, позволяющих существенно уменьшить количество рецидивов кровотечения и добиться снижения общей летальности.

316. Опыт использования местной анестезии в амбулаторной проктологии

Ковалёв С.А., Орехов А.А., Алибеков А.З., Штильман М.Ю., Явруян О.А., Ачабаева А.Б., Шимченко Д.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Из истории медицины мы знаем, что одним из первых широко используемых местных анестетиков был кокаин. Но из-за проблем с системной токсичностью, формированием пристрастия (кокаинизм), сложностей при приготовлении стерильного раствора, точной дозировке и дороговизне довольно быстро в медицинской среде наступило разочарование от его использования для местной анестезии. 07 ноября 1904 года мюнхенский профессор Альфред Айнхорн запатентовал и отправил на клинические испытания безопасный аналог кокаина – Новокаин - местный анестетик, равный кокаину по эффективности и без присущих ему недостатков. Так началась новая эра в местной анестезии. Основоположник первой в СССР научной школы проктологов - профессор Рыжих Александр Наумович - широко использовал при проктологических операциях местное обезболивание Новокаином. Все проктологи знают методику параректальной блокады по Рыжих А.Н. Материал и методы. В 2007 г. при начале амбулаторной хирургической деятельности «Центра амбулаторной проктологии» клинической больницы «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону была поставлена задача максимально возможного выполнения широкого спектра проктологических

операций с использованием местной анестезии. С 2014 года мы остановили свой выбор на лекарственном препарате Артикаин с адреналином (Articaine with epinephrine). Был проведен ретроспективный анализ выполненных в амбулаторных условиях проктологических операций под местной анестезией за период с 2014 по 2021 годы. В реестр включены: иссечения хронических трещин анального канала с дозированной сфинктеротомией – 350, дезартеризация (с мукопексией) геморроидальных узлов - 240, иссечение подкожно-подслизистых параректальных свищей - 180, иссечение анальных бахромок - 70, удаление перианальных кондилом - 150, удаление анальных полипов - 210, иссечение эпителиальных копчиковых ходов - 150, вскрытие пилонидальных кист - 50. Всем пациентам перед операцией проводилось стандартизированное догоспитальное обследование, в большинстве случаев с выполнением эндоскопического исследования толстого кишечника. Контроль витальных функций организма осуществлялся до-, интра- и после операции. Техника выполнения местной анестезии. В позиции по типу гинекологического кресла, после предварительной 3-х кратной обработке операционного поля растворами антисептиков, аналогично блокаде по Рыжих А.Н., вводили на 3, 6, 9 и 12 часах с помощью специального шприца с 1.7 мл катриджем, содержащим раствор для инъекций Артикаин с адреналином, 20 мг+0.005 мг/1 мл в каждую точку. Практически все пациенты во время введения препарата не испытывали болевых ощущений, что достигается за счёт использования «тонкой» карпульной иглы (диаметром 27G, длиной 42 мм), малого объема вводимого препарата – по 1.7 мл и быстрого развития анемльгизирующего эффекта – в течение 2-3 минут. В среднем длительность вмешательств составляла 25 минут, длительность обезболивания – 3 часа. После вмешательства пациент находился в палате дневного стационара 3-4 часа, затем с рекомендациями отпускался домой с обязательным наличием номера телефона для общения с лечащим врачом или дежурным проктологом. Полученные результаты. Применение местной параректальной анестезии раствором Артикаин с адреналином во всех случаях позволило добиться стойкой анемльгезии у пациентов при выполнении малоинвазивных проктологических операций. Развития осложнений, связанных с данной методикой местной анестезии, не отмечалось. Обсуждение, выводы и рекомендации. Использование местной анестезии позволяет выполнить достаточно большой спектр малоинвазивных проктологических вмешательств в

комфортных и безопасных для пациента условиях. Принципиально считаем, что выполнение геморроидэктомии (более 1 узла); вскрытие острого парапроктита; иссечение сложных форм хронического парапроктита и др., технически возможно с использованием моно обезболивания – местной анестезии, но рационально, безопасно и более комфортно для пациента - использование комбинированной анестезии: внутривенной седации и местной анестезии.

317. Цена признания. За что был арестован академик Сергей Сергеевич Юдин? (К 130-летию со дня рождения)

Санников А.Б. (1), Глянецв С.П. (2)

1) Владимир, 2) Москва

1) Клиника инновационной диагностики «Медика»,
2) НМИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева

Актуальность. В 1948 г. главный хирург Института неотложной медицины им. Н.В.Склифосовского, профессор Сергей Сергеевич Юдин находился в зените славы: один из самых известных авторитетных хирургов СССР, дважды лауреат Сталинской премии, заслуженный деятель науки, орденоседец, действительный член АМН СССР, член многих зарубежных хирургических обществ. И вдруг – арест. Почему хирург с мировым именем стал заключенным? Что стало причиной ареста С.С.Юдина ночью 23 декабря 1948 г.? Таким образом, целью исследования стало выяснение причин и обстоятельств ареста С.С.Юдина в 1948 г., приведших в 1952 г. к его ссылки на 10 лет. Материал и методы. Материалами для работы послужили материалы 6 томов Дела №2027 по обвинению Юдина Сергея Сергеевича, хранящиеся в Центральном архиве (ЦА) ФСБ России. А также ранее опубликованные доступные печатные источники (статьи, книги, воспоминания, пресса). Полученные результаты. В результате проделанного аналитического анализа с привлечением неизвестных ранее архивных документов установлены истинные причины и обстоятельства ареста академика С.С.Юдина, а также основания для вынесения приговора. Формальными основаниями для ареста стало его «непролетарское»

происхождение; знакомства с иностранными хирургами, дипломатами и журналистами, подозреваемыми в связях с разведками зарубежных стран, а также с высшим командным составом РККА, и участие в так называемом «антиправительственном заговоре», «контрреволюционная» деятельность. Основной причиной ареста стало обвинение С.С.Юдина в шпионской деятельности на английскую разведку и в установлении связи с некоторыми высшими командирами Советской Армии, «замышлявших преступные действия против Советского правительства». В результате анализа имеющихся в распоряжении данных хронологически точно воссоздана полная картина проведения следствия и методов его ведения, сути показаний на С.С.Юдина, данных его близкими и сотрудниками Института неотложной медицины им. Н.В.Склифосовского, а также других лиц, причастных к его аресту. Показаны причины изменения хода следствия и изменение приговора с заменой «высшей меры наказания» на 10 лет ссылки в г.Бердск Новосибирской области. Обсуждение. Многие авторы неоднократно ранее высказывали мнение о полной невиновности С.С.Юдина и, соответственно, о необоснованности его ареста в 1948 г и последующей ссылки. С этим согласно и большинство современных авторов. Главным недостатком ранее проведенных исследований по изучению биографии С.С.Юдина является отсутствие ознакомления их с материалами его следственного дела. Кроме того, основная проблема подобных высказываний состоит в том, что о «Деле С.С.Юдина» эти авторы судят с точки зрения сегодняшнего без попыток проанализировать их с позиций того времени. Очевидно, что события 1920-х – 1950-х годов нельзя рассматривать без учета советской идеологии. И то, что сегодня кажется абсурдом, по законам тех лет было тяжким государственным и уголовным преступлением. С.С.Юдин не стал исключением. Его неоднократно предупреждали о ненадлежащем поведении, отказывая в отправке его рукописей в иностранные журналы и поездках за границу, но он упорно продолжал жить, «под собой не чуя страны». Для своего времени он оказался слишком ярким и неординарным, слишком независимым и не сдержанным в поступках, речах, а иногда и крайне «неразборчивым» в знакомствах. При этом чудовищными представляются способы ведения следствия и методы получения показаний. Хотя следует признать, что без зависти коллег и измены также не обошлось. 23 декабря 1948 г. для С.С.Юдина началось время, полное душевных и физических страданий, продолжавшихся 4 года, 7 месяцев и 13

дней. Кошмар предыдущих лет прекратился 13 августа 1953 г. с отменой решения Особого Совещания бывшего МГБ СССР от 20 февраля 1952 г. о ссылке С.С.Юдина в Новосибирскую область сроком на 10 лет как «неправильного». Но на свободе 63-летний хирург, перенесший в заключение несколько инфарктов миокарда, прожил менее года. Заключение. В своей книге «О счастье и несчастьях» другой известный хирург Академик Николай Амосов писал, что «После С.С.Юдина у нас не было больше хирурга такой величины». Конечно это не так. Они были, есть и будут. Наша общая беда не в том, что кто-то из нынешнего поколения не знает кто такой Сергей Сергеевич Юдин. Страшно другое, - что мы вообще ничего не помним.

318.Использование отечественных полиакриловых соединений для облитерации варикозных вен нижних конечностей. Вчера. Сегодня. Завтра

Санников А.Б. (1), Шайдаков Е.В. (2)

1) Владимир, 2) Санкт-Петербург

- 1) Клиника инновационной диагностики «Медика»,
2) ФГБОУ «Институт онкологии им.Н.Н.Петрова»

Актуальность. В последние годы возрос интерес среди флебологов к использованию нетермических методов облитерации варикозных вен нижних конечностей. Развитие данного направления после появления в зарубежной печати, начиная с 2014 г. статей о проведении экспериментальных и клинических исследований о катетерной облитерации вен с помощью системы «VenaSeal». Однако впервые в мире проведение катетерной облитерации вен нижних конечностей с помощью синтезированного в России полиакрилового соединения было выполнено одним из авторов еще в 1995 году, о чем свидетельствуют опубликованные в центральных отечественных хирургических журналах несколько статей и сделанные доклады на Российских хирургических конгрессах. Продолжается работа в данном направлении и сегодня. Таким образом, целью проведения данного исследования стал анализ результатов использования различных акриловых соединений

отечественного производства для облитерации варикозных вен нижних конечностей. Материал и Методы. Анализ клинических и морфологических данных был проведен среди пациентов С2-С3 клинических классов ХЗВ (по СЕАР) в группах сравнения, у которых с целью облитерации варикозно измененных вен нижних конечностей были использованы полиакриловые соединения, синтезированные в различные промежутки времени отечественными учеными: «Формакирил» (1-я группа - 96 пациентов); «Сульфакрилат» 2-го поколения (2-я группа - 83 пациента); «Сульфакрилат» 4-го поколения (3-я группа - 75 пациентов). Методика проведения катетерной облитерации в 1-й группе проводилась с кроссэктомией, во 2-й и 3-й группе без кроссэктомии под УЗДС контролем. Оценка результатов облитерации варикозных вен нижних конечностей осуществлялась объективно по степени выраженности клинической симптоматики флебита и анализу частоты развития осложнений. Субъективно – на основании критериев, представленных в общепринятой аналоговой шкале боли (VAS) и опросника изменения качества жизни пациентов (CIVIQ 2). Кроме УЗДС контроля, который проводился в различные промежутки наблюдения у всех пациентов, с целью объективной оценки изменения венозного оттока функциональные исследования венозной гемодинамики были проведены с помощью плетизмографических методов (ППГ и ФПГ). Гистологические исследования морфогенеза в облитерированных венах в группах сравнения были проведены в группах сравнения в сроки от 7-10 дней до 1 и 3х лет наблюдения. Результаты. В результате проведенного анализа объективных данных было установлено, что клиническая картина химического контактного флебита в окклюзированных венах, что соответствовало легкой и средней степени выраженности болевой реакции по шкале VAS присутствовала у 14% 1-й группы, 56% 2-й группы и 58% пациентов 3-й группы. С учетом статистического анализа данных CIVIQ-2 получено значимое улучшение качества жизни пациентов после проведения облитерации. По результатам УЗДС была подробно прослежена динамика внутрисосудистых изменений в облитерированных венах, изучена степень облитерации и возможной реканализации. Гистологические исследования показали, что при использовании всех трех отечественных окклюдантов при быстро купирующейся морфологической картине асептического воспаления с развитием плазмоцитарно клеточной инфильтрацией и макрофагальной реакции наступала постепенная

биодegradация химических соединений с поэтапной соединительнотканной пролиферацией, происходящих в стенке вен и их просвете, приводящей к полной облитерации просвета вен. Обсуждение. На протяжении последних 5-ти лет метод цианакрилатной облитерации вен нижних конечностей постепенно завоевал большое количество сторонников. Многочисленные работы по сравнению данного метода с другими эндоваскулярными методиками лечения ХЗВ свидетельствуют о том, что он не уступает по анатомической конечной точке – окклюзии вен методами РЧА и ЭВЛО. Наиболее часто за рубежом сегодня используется в клинической практике два цианакрилата «VenaSeal» и «VenaBlock». Принципиальным отличием от зарубежных аналогов, синтезированные отечественными химиками медицинские клеевые соединения содержат в своем составе не бутиловый эфир цианакрилатной кислоты, а этиловый эфир. Кроме того, в состав «Сульфакрилата» 4-го поколения введены два новых пластификатора, улучшающие с одной стороны адгезивные, а с другой пластические свойства. Кроме того, в состав отечественного адгезива включена противовоспалительная субстанция, которая снижает степень выраженности реактивного воспаления в стенке вены при контакте ее с веществом. Что касается ранее используемого соединения «Формакирил», то следует отметить, что данное соединение на 95% состояло вообще из воды, то есть имело гидрогелиевые свойства, что показало наименьший процент развития флебитической реакции. Однако на данный момент времени производство данного химического соединения приостановлено. Проведенные клинические и гистологические исследования по использованию отечественных акрилатных соединений с различной химической структурой показали безопасность их применения с целью облитерации варикозных вен нижних конечностей. Наибольшая эффективность использования с целью облитерации варикозных вен сегодня соответствует применению с этой целью «Сульфакрилата» 4-го поколения, получившего в 2021 г. коммерческое название VenoGlue(RU). На сегодня мы имеем данные сравнительного анализа эффективности использования данного соединения с зарубежными аналогами. Заключение. Дальнейшая разработка отечественных полиакриловых соединений с точки зрения их использования во флебологической практике является перспективным направлением. При этом совершенствование методики проведения облитерации вен и оценка отдаленных результатов остается также актуальной задачей.

319. Стадийность развития эктазии внутримышечных вен голени и ее влияние на прогрессирование ХВН у пациентов с варикозным расширением вен

Санников А.Б. (1), Шайдаков Е.В. (2)

1) Владимир, 2) Санкт-Петербург

- 1) Клиника инновационной диагностики «Медика»,
- 2) ФГБОУ «Институт онкологии им. Н.Н. Петрова»

Актуальность. Несмотря на достигнутый прогресс в понимании этиопатологических причин развития ХЗВ, изучение гемодинамических механизмов появления и прогрессирования ХВН у пациентов с варикозным расширением поверхностных вен остается актуальной задачей. Одним из факторов прогрессирования заболевания признается патологическая сегментарная гиперволемиа голени, одним из источников которой у данной группы пациентов может быть эктазия икроножных и камбаловидных венозных коллекторов. Таким образом, целью проведения исследования стала установление частоты развития эктазии внутримышечных вен голени у пациентов с ХЗВ и определение степени их влияния на формирование ХВН. Материал и Методы. За период с 2015 по 2022 годы в общей сложности было обследовано 480 здоровых лиц и 1626 пациентов с ХЗВ, которые были распределены в соответствии с СЕАР на группы: Норма (1-я группа), С0-С1 (2-я группа), С2-С3 (3-я группа), С4-С6 (4-я группа). УЗДС вен нижних конечностей было выполнено у всех пациентов. ППГ была проведена у 380 здоровых лиц и 896 пациентов с ХЗВ. ФПГ была проведена у 116 здоровых лиц и 530 пациентов с ХЗВ. Прямая КТ-флебография нижних конечностей была выполнена у 400 пациентов с ХЗВ. Методики проведения исследований были общепринятыми. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного комплекса IBM SPSS Statistica (США). Результаты. На основании полученных данных УЗДС было установлено, что диаметр внутримышечных вен голени в норме у пациентов с С0-С1 составляет не более 0,5 см. У пациентов с С2-С3 и прогрессирующей ХВН при С4-С6 диаметр внутримышечных вен превышает 0,5 см, с постепенной эктазией этих вен до 0,8 см и более. Основным отличием анатомического строения внутримышечных вен голени у пациентов с ХЗВ по данным КТ-флебографии в различных стадиях проявления болезни, оказалось наличие у них фузиформных форм с локальной и протяженной эктазией. Частота выявления различных форм

внутримышечных вен голени была следующая: у пациентов с C0-C1 (63,6% - цилиндрическая, 25% - фузиформная локальная, и 11,1% - фузиформная протяженная); у пациентов с C2-C3 (10,9% - цилиндрическая, 64,2% - фузиформная локальная и 24,9% - фузиформная протяженная); у пациентов с C4-C6 (цилиндрическая форма всего у 12,6% пациентов, в то время как в 38,7% случаев определялась фузиформная локальная, а у 48,7% пациентов – фузиформная протяженная). Проведенный в группах сравнения анализ данных ППГ показал, что наиболее статистически значимой характеристикой имеющих функциональных нарушений является Индекс венозной емкости (Venous Capacitance Index – VCI). Межгрупповой сравнительный анализ по этой характеристике с построением области принятия гипотезы показал, что $VCI < 0,8$ присутствует у пациентов групп Норма и C0-C1 в 25% случаев, тогда как у пациентов C2-C3 клинических классов VCI ниже 0,8 был отмечен в 59%, а у пациентов с C4-C6 в 87% наблюдений. Таким образом, критерий Индекса венозной емкости $0,5 < VCI < 0,8$ характеризовал развитие у пациентов по мере прогрессирования ХЗВ синдрома патологической сегментарной венозной гиперволемии голени. При проведении ФПГ было установлено, что по мере прогрессирования ХЗВ отмечается постепенное снижение эффективности работы мышечно-венозной помпы голени. Так, общее время возвратного кровенаполнения (Refilling Time – RT) в группах сравнения статистически значимо снижалось: $26,29 \pm 9,87$ сек. (Норма); $23,32 \pm 8,54$ сек. (C0-C1); $17,06 \pm 5,43$ сек. (C2-C3); $14,31 \pm 4,74$ (C4-C6). Статистически значимые отличия при проведении межгруппового анализа показал статистически значимые отличия в исследовании, за исключением групп сравнения Норма и C0-C1. Обсуждение. Полученные в ходе проведения исследования данные и их сравнительный статистический анализ позволил сделать следующие выводы. Ультразвуковой критерий диаметра внутримышечных вен голени более 0,5 см свидетельствует об эктазии данного венозного коллектора, как в норме, так и у пациентов с ХЗВ различных клинических классов по СЕАР. По мере прогрессирования ХЗВ нижних конечностей от C0-C1 к C4-C6 идет увеличение частоты и степени выраженности эктазии внутримышечных вен голени, что подтверждается данными УЗДС и КТ-флебографией. По мере прогрессирования ХЗВ по данным ФПГ идет прогрессирующее снижение эффективности работы мышечно-венозной помпы голени. С патогемодинамической точки зрения, основной прогрессирующего снижения эффективности

работы мышечно-венозной помпы голени следует признать прогрессирующее увеличение эктазии внутримышечных вен голени и как следствие этого развитие эктазии внутримышечных вен голени. Заключение. Патологическую сегментарную венозную гиперволемию голени следует признать одним из основных гемодинамических факторов формирования и прогрессирования ХВН у пациентов с ХЗВ. Установление данного патогемодинамического феномена у пациентов с ХЗВ требует целенаправленного подхода в разработке методов лечения.

320. Сравнительная оценка результатов минигастрошунтирования и гастрощунтирования по Ру на длинной билиопанкреатической петле

*Бабаев Ф.А., Вакулин Г.В., Ледин А.О.,
Бабазаде Д.Ф., Анцупова Л.Б.*

Тверь

Тверской государственной медицинской
университет

Актуальность. Количество больных с ожирением продолжает и в разных странах варьировать в пределах 4,5-39,6%. Количество слив резекций сравнительно с гастрощунтированием растет. После гастрощунтирования возможность исследования ремнанта желудка при подозрении на онкологическую патологию, а также при кровотечениях, возможность транспилярных вмешательств при механических желтухах становится невозможным. Несмотря на это гастрощунтирование является одним из наиболее эффективных бариатрических процедур в последние декады. Некоторые технические элементы гастрощунтирования с анастомозом по Ру (ГШАРУ) постоянно варьируют, включая формирование желудочного резервуара (пауч), вид анастомоза (ручной или степлерный), длина билиопанкреатической петли (БПП) и алиментарной петли (АП). При этом, чем больше длина БПП, показатели потери лишнего веса (ППЛВ) и высокой ремиссии диабета (ВРД) 2 типа более высокие. В связи с этим, гастрощунтирование с одним анастомозом - минигастрошунтирование (МГШ) по отдаленным результатам дает лучшие результаты в

плане ППЛВ и ВРД. Материалы и методы. Изучены результаты ГШАРУ и МГШ у 64 больных с ожирением. В первую группу включены больные (n=32) после выполнения ГШАРУ на длинной БПП, во вторую группу больные (n=32) после МГШ. Критериями включения были пациенты с морбидным ожирением с ИМТ > 40 кг/м² или > 35 кг/м² с коморбидными состояниями, связанных с ожирением. Технические аспекты: МГШ завершался формированием антеколического степлерного (45 мм голубой катридж) гастроеюноанастомоза (ГЕА) на расстоянии 200 см от связки Третц. При этом продольно пересекался большой сальник. Дефект Петерсена не закрывался. ГШАРУ завершался формированием гастроеюноанастомоза на расстоянии 150 см от связки Трейтц антеколически с одинаковой техникой, как при МГШ. Степлерный еюно-еюноанастомоз «бок в бок» формировался 60 см от ГЭА с использованием белого катриджа. Энтеротомические отверстия ушивались ручным непрерывном швом V-lock. Дефекты Петерсона и мезентериальные дефекты закрывались. ПКЖ оценивались индексом гастроинтестинального качества жизни. Частичная ремиссия диабета: HbA1c < 6.5% и глюкоза натощак 100–125 мг/дл в течение 1 года, полная ремиссия: нормальный HbA1c и глюкоза натощак < 100 мг/дл в течение года без активной фармакологической терапии. Ремиссия гипертонии: систолическое давление < 140 мм.рт.ст, диастолическое давление < 90 мм.рт.ст. Результаты исследования. Результаты МГШ были следующие: длительность операции - 121±18,8 мин, процент потери лишнего веса в течение 12 месяцев - 68,0±12,8, полное разрешение: СД 2 типа 64,7%, гипертонии 58,2%, суставных и спинальных болей 57,5%, ГИИКЖ 103,2±11,9. Средний ИМТ - 53,7±9,6. Результаты ГШАРУ: Длительность операции - 144±16,8 мин, процент потери лишнего веса в течение 12 месяцев - 58,0±6,8, полное разрешение: СД 2 типа 65,7%, гипертонии 45,2%, суставных и спинальных болей 58,5%, ГИИКЖ 123,2±7,9. Средний ИМТ - 52,3±5,6. Обсуждение. Данные исследования показали, что длина БПП при ГШАРУ является важным фактором, влияющей на регресс диабета и на длительную потерю лишнего веса. При этом, ПКЖ бывают лучше при ГШАРУ. Результаты показывают, что после ГШАРУ на длинной БПП показатели потери веса в ближайшем периоде и регрессия СД 2 типа одинаковые с аналогичными показателями при МГШ. Но, показатели потери веса через 12 месяцев после МГШ значительно выше. Выводы. Удлинение БПП при ГШАРУ до 150 см имеет одинаковую эффективность с МГШ в плане ремиссии коморбидности, включая сахарный диабет 2 типа, является эффективной процедурой

для снижения лишнего веса в до 12 месяцев. Рекомендации. МГШ более эффективная процедура для снижения лишнего веса в отделенном периоде и менее продолжительная операция по времени. ГШАРУ с удлиненной БПП показывает лучшие показатели качества жизни через 1 год после операции.

321. Роль упреждающей интраоперационной анальгезии в профилактике послеоперационного болевого синдрома и сокращения сроков госпитализации у больных с острым калькулезным холециститом после лапароскопической холецистэктомии в условиях пандемии

*Ус О.А., Михайлов Д.В., Нестеров С.С.,
Полуосьмак А.Б.*

Волгоград

АО "ММЦ"

Актуальность. ЛХЭ на сегодня является «золотым стандартом» лечения ЖКБ. Хотя ЛХЭ является миниинвазивной операцией, пациенты с ОКХ задерживаются в стационаре после операции на 5 дней и более. Наиболее частый показатель задержки выписки после ЛХЭ - послеоперационный болевой синдром. Адекватное обезболивание играет ключевую роль в восстановлении прооперированных пациентов и тормозит развитие различных негативных патологических реакций организма, стимулирует раннюю активизацию больных и как следствие выздоровление. Эта проблема особенно актуальна на сегодняшний день, в период продолжающейся пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Цель. Оценить эффективность интраоперационной упреждающей анальгезии раствором ропивакаина 0,5% троакарных ран и круглой связки печени, улучшить результаты ведения больных с острым калькулезным холециститом после ЛХЭ, сократить их пребывание в стационаре, учитывая неблагоприятную эпидобстановку. Материалы и методы. За 2020 и 2021 год в частном медицинском стационаре АО «ММЦ» прооперировано (n=38) по поводу острого калькулезного холецистита. Это 26% от всех операций по поводу ЖКБ. Средний возраст

составил 54 лет. Мужчин 11 человек (n=11), женщин 27 человек (n=27). Все пациенты госпитализированы после клиничко-лабораторного, инструментального обследования и обязательного проведения ПЦР-тестирования на Covid-19 и КТ легких. Дооперационный койко-день составил 0,9. В послеоперационном периоде оценивалась выраженность болевого синдрома по 10-бальной ВАШ. В первые 2 часа после операции болевой синдром в среднем оценивался в 1,8 балла. Далее при подключении НПВС (кетопрофен 2,0 до 3 раз в сутки), через 6 часов - болевой синдром только при смене положения тела или кашле, начало активизации пациентов - 0,8 балла. Через 12-24 часа болевой синдром практически не выражен. Опиоидные анальгетики не применялись. Учитывая имеющийся диагноз острый калькулезный холецистит - до 3-х суток продолжалась антибактериальная терапия в\в, с последующей заменой на таблетированные антибиотики амбулаторно. Каких либо осложнений после операций не было. Послеоперационный койко-день составил 2,8. Вывод. Таким образом, применение интраоперационно упреждающей анальгезии раствором ропивакаина 0,5% троакарных ран и круглой связки печени в составе мультимодального послеоперационного обезболивания, позволяет улучшить ведение больных после ЛХЭ, по поводу острого калькулезного холецистита, сокращает сроки пребывания в стационаре, что безусловно важно в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

322.Робот-ассистированное эндохирургическое лечение компрессионного стеноза чревного ствола (синдром Данбара)

*Галимов О.В., Ханов В.О., Кархани Хиуа М.Х.,
Ибрагимов Т.Р., Шарма Бхавна*

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность. Синдром Данбара является одной из редко выявляемых и малоизученных болезней в мире. С момента описания синдром Данбара является объектом споров и обсуждений. У 10-24% населения в той или другой степени имеется

сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы, при этом всего у 1% пациенты отмечается клиническая симптоматика абдоминальной ишемии в виде абдоминальных болей разнообразного характера после приема пищи. Цель исследования. Оценка возможности ранней диагностики синдрома Данбара и эндохирургического лечения. Материалы и методы. В Клинике ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России прооперированы 7 пациентов с диагнозом синдром Данбара в возрасте от 25 по 65 лет. Мужчин было 4 (57,14%), женщин 3 (42,85%), т.е. частота встречаемости патологии у лиц разного пола примерно одинакова. Диагноз выставлялся на основании данных анамнеза, жалоб, результатов дополнительных методов исследования (УЗИ ОБП, ФГДС, Рентгенография ОБП) и УЗДС мезентеральных сосудов с ортостатическими и дыхательными пробами. Ключевым являлась КТ-ангиография мезентеральных сосудов при котором выявлялся характерный симптом «рыболовного крючка». Всем 7 пациентам выполнена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола, из них 3 (42,85%) пациентам робот-ассистированная. Интраоперационно подтверждено, что основной причиной синдрома Данбара у этих пациентов явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Для выполнения вмешательства использовали пять портов, при этом в роботическом варианте устанавливали дополнительный порт для ассистента. Доступ к чревному стволу осуществляли рассечением печеночно-желудочной связки, после чего мобилизовали чревный ствол путем иссечения сдавливающих его тканей. В среднем продолжительность операции составила - 45 мин. Результаты и обсуждение. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Каких либо интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Осуществлялось контрольное обследование в позднем (от 2 до 6 месяцев) послеоперационном периоде, на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола у 6 (85,71%) пациентов, а клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись. У 1 (14,28%) пациента стеноз сохранялся, он был направлен на баллонную дилатацию и стентирование чревного ствола. Выводы. Таким образом, на сегодняшний день синдром Данбара трудно диагностируемое заболевание ввиду схожести начальных проявлений с другими заболеваниями гастропанкреатодуоденальной зоны, а отсутствие своевременного распознавания может привести к жизнеугрожающим осложнениям. КТ-ангиография

является золотым стандартом своевременной диагностики данной патологии, а эндохирургические методы оптимальными для выполнения декомпрессии экстравазального нарушения проходимости чревного ствола.

323. Особенности работы университетской многопрофильной хирургической клиники в условиях растущих эпидемиологических рисков

*Вакулин Г.В., Федерякин Д.В., Садов А.Ю.,
Майоров М.О., Пестова О.О.*

Тверь

Тверской ГМУ

Работа многих периферийных клиник в настоящее время сопряжена с определёнными организационными трудностями, вызванными эпидемией COVID-19. За последний год работы Клиники Тверского государственного медицинского университета оказание плановой хирургической помощи не прекращалась ни на минуту. Клиника развернута на 66 стационарных койках, средняя длительность лечения 5 дней. Среднегодовая занятость койки составила в минувшем году 194. Показатель оборота койки превышает средние значения и составляет 40,3. В плановой хирургии акцент смещен на вмешательствах, недоступных в рядовых больницах города. Это эндоваскулярная ангиология, высокотехнологичные видеолапароскопические и торакокопические операции, включая операции на пищеводе, бариатрическая хирургия, мастэктомии с одномоментной маммопластикой, трансвагинальные вмешательства на матке, лапароскопические операции в урологии и многие другие. В клинике развернуто реанимационное отделение с возможностью проведения различных способов экстракорпоральной детоксикации, интенсивной предоперационной подготовки пациентов и осуществления тщательного мониторинга в послеоперационном периоде. Клиника медуниверситета оснащена семью операционными, операционный блок строго зонирован, смешение пациентов с различными классами микробной контаминацией не происходит. В год выполнено 2369 оперативных

вмешательства, из них 439 по ВМП. Полостных операций 650, ортопедических 450 и более 600 операций на органах зрения. В течение последних 1,5 лет в связи с закрытием многопрофильных стационаров города и переоборудование их под ковидные госпитали, остро возникла проблема обеспечения экстренных дежурств по хирургии в объеме города и всех районов Тверской области. Клиники ТГМУ в сотрудничестве с МЗ ТО установили фиксированный день экстренных дежурств. В структуру оказания неотложной помощи входят в том числе и проведение амбулаторных операций, не требующих наркоза, перевязки, рентгенологические и ультразвуковые исследование, консультации терапевта, экспресс-тестирование на COVID-19, маршрутизация пациентов при необходимости в профильные отделения других стационаров. Объем консультаций по скорой помощи превышает в среднем 30 человек за сутки. За год было пролечено 634 экстренных пациентов. При госпитализации внедрен принцип зональности распределение пациентов в стационара, У экстренных пациентов при поступлении осуществляется взятие мазка на COVID. Клиника обладает собственной ПЦР лабораторией, что позволяет в течение суток получить предварительные результаты ПЦР-теста. В случае положительного результата пациенты переводятся на дальнейшее лечение в специализированный городской инфекционный госпиталь, имеющий в своем составе хирургическое отделение. Остальные контактные пациенты наблюдаются и ежедневно тестируются повторно. При отрицательных результатах пациенты перемещаются в условно чистую зону на другом этаже здания, а помещения грязной зоны тщательно обрабатываются. Одно суточное дежурство по ургентной хирургии и тенденция к сокращению времени пребывания в стационаре клинику не перегружает. Это достигается путем применения своевременной диагностики, проведение операций без длительного наблюдения, применение в неотложной хирургии лапароскопических методик. Больным с острой и хронической ишемией нижних конечностей в течение 1-2 суток проводится ангиография, что позволяет в кратчайшие сроки решить вопрос о реконструктивной операции, снизив риск ампутации или сократив её объем. Пациенты, нуждающиеся в консервативном лечении, переводятся в терапевтические отделения. При режиме работы в условиях экстренной хирургии количества гнойных осложнений не превысило 3,1%. Послеоперационная летальность составляет 1,06%. Таким образом, несмотря на проблемы,

вызванные пандемией, клинике Тверского медуниверситета удалось сохранить стабильные показатели работы, включающие оказание плановой хирургической помощи.

324. Лапароскопические и роботические радикальные операции при альвеококкозе печени

Елизарова Н.И., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Королева А.А., Куликова Н.Д., Коваленко Д.Е.

Москва

Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова

Цель. Оценить непосредственные и отдаленные результаты лапароскопических и роботических радикальных операций по поводу альвеококкоза печени. Методы исследования. С 2013 по 2019 г. в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии Московского Клинического Научного Центра имени А.С. Логинова с использованием малоинвазивных технологий выполнено 6 радикальных операций при альвеолярном эхинококкозе. В 5 случаях выполнена лапароскопическая резекция печени, в одном случае применен роботизированный комплекс Da Vinci. Во всех случаях имело место поражение правой доли печени, преимущественно в 7, 8 сегментах печени. Средний размер образования составил 60 ± 20 мм. Результаты. В 3 случаях (50%) были оперированы пациенты с P2 стадией заболевания, в 3 случаях с P1. В двух случаях у больных со стадией P2 выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, в 2 случаях выполнена сегментэктомия 8 с атипичной резекцией 4-го сегмента, в одном случае выполнена задняя секторэктомия, в одном случае вмешательство выполнено с атипичной резекцией 6-го сегмента. Средний возраст больных составил 55 лет (27-79 лет), трое женщин и трое мужчин (1:1). В 2 случаях пациенты ранее перенесли абдоминальные операции. Среднее время операции составило 344 ± 141 мин, средняя кровопотеря 350 ± 333 мл. В 4 случаях (66,7%) использовали маневр Прингла со средним временем пережатия связки 19 минут и с паузами не менее 5 минут. У одного пациента

(16,7%) имело место осложнение II типа по Clavien-Dindo, представленное динамической кишечной непроходимостью, развившейся на 6-е сутки послеоперационного периода и купированной консервативно. Средняя продолжительность госпитализации составила 9 ± 3 дня. Во всех случаях было получено гистологическое подтверждение диагноза. Средний срок безрецидивного наблюдения пациентов составил 45,4 месяца (10-84). Вывод. Лапароскопические и роботические резекции печени в радикальном лечении альвеолярного эхинококкоза могут быть безопасными и выполнимыми на ранних стадиях заболевания (P1-2НОМО) при условии их проведения в специализированном стационаре с достаточным техническим оснащением и опытным хирургом.

325. Хирургическое лечение осложненных форм портальной гипертензии у больных с циррозом печени

Дурлештер В.М. (1,2), Мурашко Д.С. (1,2), Габриэль С.А. (1,2), Корочанская Н.В. (1,2), Марков П.В. (1), Усова О.А. (2), Дынько В.Ю. (1,2), Бухтояров А.Ю. (2), Басенко М.А. (1,2)

Краснодар

1) ФГБОУ ВО "КубГМУ" Минздрава России, 2) ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2»

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных циррозом печени путем внедрения и оптимизации алгоритма хирургической коррекции синдрома портальной гипертензии на всех этапах лечения и подготовки к трансплантации печени. Материал и методы. В исследование включены 832 пациента с циррозом печени, находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в в амбулаторном и стационарном подразделениях ГБУЗ ККБ №2 в 2009-2020 г. 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 внутривнутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС). 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 2009 по 2020 г. выполнено 1149 эндоскопических лигирований вен пищевода выполнено. Через 1-2 месяца после первого этапа проводился контрольный осмотр, при необходимости выполнялось дополнительно от 2 до 8 этапов эндоскопического лигирования. Эффективным лигирование было в 1134 случаях (98,7%). У подавляющего большинства пациентов лигирование выполнялось в плановом порядке с целью профилактики кровотечений либо после состоявшегося кровотечения с установкой зонда Блэйкмора. Летальность после эндоскопического лигирования отмечена у 4 пациентов с массивным кровотечением из вен кардии и дна желудка. За период с 2014 по 2020 гг. было выполнено 71 рентгенэндоваскулярных вмешательств у 62 пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени. Выполнена 51 операция ТИПС, из них 20 больным ТИПС проводили одномоментно с эмболизацией вен желудка. Этиология цирроза печени пациентов данной группы представлена преимущественно вирусным гепатитом С (31 пациент – 60,8%). У 20 (39,2%) больных были эпизоды кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, признаки состоявшегося кровотечения – у 11 (21,6%), на высоте кровотечения оперировано 14 больных (27,5%). Эндоскопическое лигирование выполнялось у 36 (70,6%) пациентов. У 23 (45,1%) больных операция проводилась с дополнительной эмболизацией одной либо нескольких варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Все пациенты наблюдаются в сроке от одного месяца до 5 лет. В алгоритм послеоперационного обследования включено УЗИ органов брюшной полости с доплерографией шунта и венозных коллатералей, ЭФГДС с оценкой степени варикоза, ультразвуковая спленоэластометрия. Троице пациентам после проведения TIPSS выполнена трансплантация печени в условиях клиники. За период с 2017 по 2019 гг. было произведено 20 транспеченочных пункционных эмболизаций варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Лигирование вен пищевода в дооперационном периоде проводилось у 8 (40%) пациентов, в 9 (45%) случаях применялся зонд Блекмора. В 7 (35%) случаях эмболизированы две желудочные вены, в 7 (35%) – одна, в 6 (30%) случаях – три и более вены. С 2011 по 2019 г. в клинике выполнено 16

ортопических трансплантаций трупной печени, 1 близкородственная трансплантация печени. Из общего количества 8 пациентов – женщины (47,1%), 9 пациентов – мужчины (52,9%). В 8 случаях цирроз печени вирусной этиологии С (47,1%), 3 пациентки с первичным билиарным циррозом (17,6%), 2 пациента с болезнью Вильсона-Коновалова (11,8%). У 4 пациентов диагностирован цирроз печени алиментарно-токсической этиологии (23,5%). К настоящему времени живы 14 (82,4%) пациентов. Выводы. Применяемый в ГБУЗ ККБ №2 комплексный хирургический подход к диагностике, профилактике и лечению цирроза печени показывает высокую эффективность, являясь необходимой составляющей алгоритма подготовки пациентов к трансплантации печени, позволяя улучшить качество жизни, снизить летальность на всех этапах лечения.

326. Стратегия прогнозирования и профилактики повреждений желчевыводящих протоков

*Ромашенко П.Н. (1), Майстренко Н.А. (1),
Прядко А.С. (1,2), Алиев А.К. (1), Алиев Р.К. (1),
Абасов Ш.Ю. (1).*

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 2) ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является второй по частоте из выполняемых хирургических операций во всем мире. Технические навыки и инструменты для эндоскопических вмешательств разрабатывались десятилетиями, однако хирургам все еще приходится сталкиваться с трудностями во время выполнения ЛХЭ. Некоторые интраоперационные находки затрудняют выполнение различных этапов операции, усложняя ее и приводя к увеличению частоты неблагоприятных исходов таких как: кровотечение из ложа печени, повреждения желчных протоков, ранения крупных сосудов ворот печени, развитие стриктур желчных протоков и оставленные камни в желчевыводящих протоках. Цель исследования. Выявление предикторов «трудной»

лапароскопической холецистэктомии для профилактики повреждений желчевыводящих протоков. Материал и методы. Изучены результаты обследования и хирургического лечения 313 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита в клинике факультетской хирургии им. С.П. Федорова и в хирургическом отделении ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы с 2018 по 2021 гг. При анализе историй болезни оценивался критерий длительности оперативного вмешательства как показателя «трудной» ЛХЭ. Инструментальные методы исследования включали: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, интраоперационную холангиографию. Результаты. Возраст больных на момент проведения обследования и лечения колебался от 19 до 89 лет. Мужчин было 55 (18%), женщин – 258 (82%). Большая часть больных принадлежала к средней возрастной группе – 36% (114), 33% (103) лиц пожилого, 25% (77) молодого возраста и 6% (19) пациентов старческого возраста. Среднее значение возраста среди всех пациентов, участвовавших в исследовании, составило $54,3 \pm 13,6$ лет. Средняя длительность лапароскопической холецистэктомии составила $65,2 \pm 41,7$ минут, а частота конверсий – 1,6 % (5 случаев). Для проверки значимости между двумя категоризованными переменными использовался Хи-квадрат Пирсона. Используя одно-, и многофакторный анализ, удалось выделить наиболее значимые факторы риска «трудной» ЛХЭ. На основании проведенного исследования установлено, что к группе предоперационных факторов риска относятся: возраст >55 лет, механическая желтуха в анамнезе, ЭРХПГ, ЭПСТ, холедохолитоэкстракция в анамнезе, индекс массы тела (>30 кг/м²), диаметр холедоха >6 мм, а к группе интраоперационных факторов риска: плотное сращение желчного пузыря с ДПК, спаечный процесс в верхнем отделе брюшной полости, «стекловидный» отек стенок желчного пузыря, пузырного протока и печеночно-двенадцатиперстной связки, фиброзные изменения стенок желчного пузыря, патологическое расширение (укорочение) пузырного протока, воспалительные изменения в области кармана Гартмана, околопузырный инфильтрат, напряженная стенка желчного пузыря и полная окутанность желчного пузыря прядью большого сальника. Заключение. Выявление у больных факторов «трудной» лапароскопической холецистэктомии указывает о целесообразности прогнозирования технических сложностей

операции, риске развития осложнений (прежде всего повреждений желчевыводящих протоков) и целесообразности проведения оперативного вмешательства наиболее опытными хирургом в медицинской организации второго уровня либо в медицинской организации третьего уровня. Такой подход позволит профилактировать повреждения желчевыводящих протоков, избавит больных от повторных операций, исключит дополнительные экономические затраты медицинского учреждения и защит хирурга от уголовного преследования.

327. Анализ хирургической помощи в моногоспитале для пациентов с COVID-19

Лобанов Л.С. (1), Чепцов Ф.Р. (1), Лобанов С.Л. (2),
Васильцова Н.А. (1)

Чита

- 1) Городская клиническая больница №1,
- 2) Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. С началом пандемии многопрофильная городская клиническая больница г.Читы, которая работала в режиме больницы скорой помощи, была полностью преобразована в моногоспиталь для лечения больных с COVID-19. При этом, основной задачей, предназначалось оказание помощи наиболее тяжелым пациентам с КТ 2 и более. Вся специализированная, в том числе и хирургическая помощь полностью перемещена в другие больницы города. Вместе с тем, у пациентов с COVID-19, как показала практика, эпизодически возникает необходимость в экстренной помощи хирургического характера. В связи с этим в больнице развернута экстренная операционная. Цель работы. Анализ хирургической помощи в условиях моногоспиталя для больных с COVID-19. Результаты. Проведен анализ хирургической помощи за 2021 год. Всего поступило 11583 пациента. Умерло 1642. Летальность составила 13,8%, что связано с концентрацией наиболее тяжелых пациентов с поражением легких от КТ2 и более. Следует отметить значительное число больных с сопутствующей патологией. Наиболее распространенным явилось ожирение, которое выявлено в 2368 случаев (20,3%), ишемическая

болезнь сердца у 1470 (12,8%), сахарный диабет 1453 (12,5%) и др. Всего за 2021 год выполнено 326 операций. Среди которых преобладали трахеостомии - 212 (65,0%), кесарево сечение - 32 (9,8%). Операций на брюшной полости выполнено 28 (8,5%). Из них: гастростомий -2, аппендэктомий – 5, острая кишечная непроходимость – 8, ущемленная грыжа -2, лапароскопий -11. Наряду с этим, нередким вмешательством было дренирование плевральной полости -25, вскрытие и дренирование гематом, флегмон -19, урологические операции - 13. По соответствующим показаниям было проведено 548 сеансов гемодиализа у 138 больных. Выводы. На основании почти двухлетнего опыта работы моногоспиталя для лечения пациентов с COVID-19, считаем необходимым создание экстренной хирургической службы внутри стационара, в целях оказания неотложной хирургической помощи, без перевода инфицированных больных в другие лечебные учреждения.

328. Исследование гормонов стресса в периоперационном периоде у пациентов с желчнокаменной болезнью с позиций аллостатической нагрузки

Зачиняев Г.В. (1), Левчук А.Л. (2)

1) Владивосток, 2) Москва

1) ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ,
2) ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Цель исследования. Анализ и сравнение содержания в крови гормонов стресса у пациентов с ЖКБ с осложнениями и без в периоперационном периоде с целью оптимизации комплекса мероприятий по профилактике осложнений с позиции аллостатической нагрузки. Материалы и методы. Исследовано 156 пациентов, оперированных по поводу ЖКБ в двух хирургических отделениях ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа - в периоперационном периоде не было развития осложнений; 2 группа - в периоперационном периоде развились осложнения. Объем оперативного вмешательства у всех пациентов –

холецистэктомия. Для оценки аллостатической перегрузки пациентов проведен последовательный анализ содержания в крови гормонов стресса (адреналина и кортизола) на 8 этапах: при поступлении (исходный фон), перед убытием в операционную, перед операцией, после оперативного доступа, после оперативного приема, после операции, через 2 часа после операции, через 3 дня после операции. Результаты. Данные исследований по уровню адреналина не имеют статистически значимых различий у пациентов 1 и 2 группы. У пациентов с осложнениями наблюдается тенденция к более интенсивному повышению значений перед убытием в операционную и перед интубацией относительно начальных (в 1,3 раза). Следует отметить максимальное повышение концентрации адреналина перед убытием в операционную и перед интубацией, моменты максимальной тревоги и страха. В наибольшей степени группы наблюдения отличаются по формату изменений содержания кортизола в крови. Начальная точка исследований (при поступлении) у пациентов с осложнениями характеризуется более низким уровнем гормона (на 26 %). Перед убытием в операционную и перед операцией разрыв в значениях параметра в первой и второй группе становится значительно меньше (на 11% и 8% соответственно). После оперативного доступа и оперативного приема у пациентов с осложнениями резко нарастает концентрация кортизола: его уровень выше, чем у пациентов первой группы, на 21% и 28% соответственно. Последующие два этапа (после операции, через два часа после операции) в первой и второй группе уровень содержания кортизола практически одинаковый. Через 3 дня после операции концентрация кортизола у пациентов с осложнениями продолжает интенсивно снижаться: становится ниже на 17 % чем у пациентов без осложнений. Заключение. Полученные данные показывают, что хирургический стресс вызывает в организме каскад метаболических нарушений, способных значительно ухудшить прогноз и вызвать развитие осложнений в периоперационном периоде. В результате активации гипоталамо-гипофизарно-адреналовой и адренергической систем организма повышается концентрации глюкокортикоидов и катехоламинов в крови и органах-мишенях. Активация симпатоадреналовой системы при действии стрессоров играет ведущую роль в срочной мобилизации физиологических функций и энергетических ресурсов организма, а ее работа проявляется уже на стадии предоперационной подготовки и при затянувшемся предоперационном периоде, что может оказать существенное значение на исход оперативного

вмешательства. Кортизол и адреналин, как гормоны стресса, следует рассматривать в качестве посредников аллостаза. Аллостатическая перегрузка, а хуже - аллостатическая нагрузка может рассматриваться в предоперационном периоде как один из отягощающих факторов, усугубляющим неблагоприятный прогноз и плохим прогностическим фактором. Наконец, не исключено, что осложнения, развивающиеся в периоперационном периоде связаны с аллостатической нагрузкой. Изучение этого феномена на модели пациентов с желчнокаменной болезнью может прогнозировать развитие осложнений.

329.COVID-19 в хирургической практике

*Костырной А.В., Солдатенко С.В., Гройзик К.Л.,
Залата А.Н.*

Симферополь

Институт «Медицинская академия им.
С.И.Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ
им.В.И.Вернадского». ГБУЗ РК «Симферопольская
городская клиническая больница №7»

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у 80% заболевших больных приводит к выздоровлению, но у 20% пациентов требуется более активная медицинская помощь. У некоторых больных, имеющих ту или иную хирургическую патологию в стадии компенсации, на фоне коронавирусной инфекции отмечается обострение, у других на фоне COVID-19, развиваются осложнения вирусного заболевания, что требует хирургического пособия в каждом конкретном случае. Материалы и методы. За 2021 год в ГБУЗ РК «СГКБ №7» госпитализировано 10 043 больных, в хирургическое отделение – 1078 (10.7%) пациентов с новой коронавирусной инфекцией, осложненной двусторонней полисегментарной пневмонией с различной степенью поражения легочной ткани и дыхательной недостаточностью. Хотелось сразу отметить, что за год в эпидемиологической обстановке региона отмечались неоднократные вспышки роста заболеваемости и по этой причине в хирургический стационар из-за загруженности других отделений госпитализировались больные с

коронавирусной инфекцией без хирургической патологии. Возраст пациентов: до 40 лет – 96 (8.9%), >40-50 лет – 41 (3.8%), >50-60 лет – 166 (15.4%), >60-70 лет – 346 (32.1%), >70-80 лет – 304 (28.2%), > 80 лет – 138 (12.8%) и >90 лет – 28 (2.6%). С новой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтвержденной ПЦР было 892 (82.8%) больных, в 185 (17.2%) случаев вирус не идентифицирован, при этом из них у 144 (78%) больных по ИФА выявлены антитела М и G. Преобладающая сопутствующая патология: сердечно-сосудистая – 58.6%, сахарный диабет – 18.9%, сосудистая патология нижних конечностей – 17.4%, онкопатология – 10.5%, нейро-сосудистая патология – 5.8%. Хирургическая патология отмечена у 678 (62.9%) больных. По смежным отделениям лечебного учреждения выполнено 968 (9.6%) консультаций по хирургическим проблемам, из них 37 (3.8%) пациентов были переведены в хирургическое отделение для дальнейшего лечения. В виду тяжести состояния, обусловленного дыхательной недостаточностью и декомпенсацией сопутствующей патологией 152 (14.1%) больных транспортированы сразу в реанимационное отделение на НИВЛ или ИВЛ. Основное количество пациентов 434 (64.1%) с хирургической патологией были переведены из других стационаров Крыма. Полученные результаты. Выполнено 214 оперативных вмешательств, что составило 31.5% по различным хирургическим профилям, из них 84 (39.2%) операций по поводу острой абдоминальной патологии (острого аппендицита, инфицированного панкреонекроза, ущемленной грыже, ОКН, мезентериального тромбоза, осложнениям течения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, ЗНО и дивертикулярной болезни толстого кишечника). У 16 (7.4%) больных на фоне проводимого лечения по коронавирусной инфекции приходилось исключать острую хирургическую патологию органов брюшной полости при появлении клинической картины абдоминального ишемического синдрома и псевдомембранозного колита. Но реалии нахождения больных в ковидном стационаре требовали иного решения данной проблемы. Согласно изданным версиям временных клинических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19, необходимо минимизировать лапароскопические технологии в виду высокого риска диффузии вируса в режиме инсuffляции CO₂, а имеющаяся дыхательная недостаточность, проведение ЭТН и диагностическая лапароскопия, накладывали ещё и определенный риск утяжеления общего состояния пациента. Был найден

оптимальный выход – лапароцентез, установка шарящего дренажа, введение до 500.0-700.0 мл физ.раствора, экспозиция с пережатым дренажем и оценка оттока характера отделяемого экссудата из брюшной полости. Полученный результат позволил сделать определённый вывод – данная тактика в условия COVID-19, позволила сохранить жизнь 16 пациентам, что составило 7.4%. Оперативные вмешательства, которые можно отнести, в разряд осложнений течения новой коронавирусной инфекции, выполнены у 93 (43.4%) больных. Из них у 31 (14.4%) пациентов - ампутации нижних конечностей, у 30 (14.0%) – тромбэктомии из артериальных сосудов нижних конечностей, у 16 (7.4%) торакоцентез с установкой дренажей по Бюлау и 16 (7.4%) – лапароцентез. Прочие операции были выполнены у 37 (17.2%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 27 (12.5%) больных. Выводы. 1. В условиях пандемии на полуострове Крым была выбрана оправданная тактика концентрации наиболее тяжёлых пациентов в одном лечебном учреждении ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7», которая является многопрофильной больницей. 2. Выбранная диагностическая тактика для исключения острой абдоминальной хирургической патологии у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на фоне имеющейся дыхательной недостаточности, позволило в 7.4% случаев снизить риск диффузии вируса в режиме инсuffляции CO₂. Рекомендации. С учетом быстрой смены штаммов коронавирусной инфекции и его молниеносным распространением по странам, сложностью прогнозирования дальнейшего течения пандемии, оптимально удерживать и развивать имеющиеся наработанные, положительные результаты в дальнейшей деятельности.

330. Результаты эндоваскулярных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте у больных с критической ишемией

Щеголев А.А. (1), Папоян С.А. (1,2), Мутаев М.М. (1,2), Сазонов М.Ю. (2), Асатурян К.С. (2)

Москва

1) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) ГБУЗ ГКБ им. Иноземцева

Актуальность. Атеросклеротическое поражение артерий аорто-подвздошного сегмента приводит к развитию перемежающейся хромоты, критической ишемии нижних конечностей. Простота выполнения, низкая смертность, оптимальные краткосрочные и отдаленные результаты привели к широкому распространению рентгенэндоваскулярных методов лечения. Цель. Оценка отдаленных результатов эндоваскулярных вмешательств на подвздошных артериях. Материалы и методы. Проанализированы результаты эндоваскулярного лечения больных с поражением аорто-подвздошного сегмента в период с 2011 года по 2019 с хронической ишемией нижних конечностей. Выполнено 363 эндоваскулярных вмешательства. Из них – 12,12% (44) женщин, 87,88% (319) мужчин. Возраст пациентов составил от 42 до 88 лет (в среднем 63,38±0,47 лет), длительность ишемии до обращения в стационар – от 0 до 159 месяцев (55,72±1,55 месяцев). Эндоваскулярные вмешательства выполнялись в 22,0% (80) случаев при классе поражения D, в 17,9% (65) при классе C, в 28,4% (1031) при классе B, в 31,7% (115) при классе A. В этой группе пациентов сахарный диабет в качестве основного сопутствующего заболевания встречался в 21,76% (79), ИБС в анамнезе – 61,71% (224), дислипидемия – 44,90% (163). По степени развития ишемии нижних конечностей по классификации А.В. Покровского больные распределились следующим образом: ХИНК 2Б ст. 15,7% (114), 3 ст. 20,9% (136), 4 ст. – 8,82% (113). В 178 случаях мы использовали ипсилатеральный бедренный доступ, в 95 контралатеральный 65 плечевой доступ в 5 случаях бедренный и плечевой и 20 случаях бибедерный доступ. Всем больным перед операцией выполнялась мультиспиральная компьютерная томография аорты и артерий нижних конечностей с контрастированием, поэтажная ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей с измерением ЛПИ. Средние показатели дооперационного ЛПИ составили 0,4. Перед операцией все пациенты получали

клопидогрель (300 мг за 12 часов до операции), аспирин (100 мг). Результаты. Технический успех выполненных вмешательств на артериях подвздошного сегмента достигнут в 359(98,8%) случаях. У 4(1,2%) больных не удалось реканализовать окклюзированный сегмент, ввиду выраженного кальциноза. Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились в 25 случаях. У одного пациента произошел разрыв подвздошной артерии, выполнена конверсия шунтирующая операция, однако, пациент погиб от полиорганной недостаточности. У одной пациентки после выполненной реканализации и стентирования подвздошной артерии, через сутки произошла диссекция наружной подвздошной артерии с забрюшинным кровотечением, еще у одного пациента через 16 часов отмечилось кровотечение из места пункции, на фоне постгеморрагической анемии развился инфаркт миокарда, еще одна пациентка после неудавшейся реканализации подвздошной артерии с критической ишемией на фоне сахарного диабета скончалась от нарастания признаков сердечной недостаточности. Госпитальная летальность составила 1,1% (4 больных). Отдаленные результаты прослежены до 10 лет. Проходимость подвздошного сегмента составила через 1, 3, 5 и 10 лет соответственно 97%, 93%, 90%, 73%. Выживаемость больных через 1,3, 5, и 10 лет составила 97% 89% 80% и 49% соответственно. Выводы. Эндovasкулярные вмешательства на артериях нижних конечностей являются эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей. Учитывая тяжесть общего состояния таких пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, чрескожную транслюминальную баллонную ангиопластику со стентированием или без стентирования можно рассматривать как операцию выбора и выполнять её для спасения конечности.

331. Возможности коррекции диастаза прямых мышц в сочетании с пупочными грыжами с использованием местных тканей или биоимплантов

*Топчиев М.А. (1), Паршин Д.С. (1),
Нурмагомедов А.Г. (1), Топчиев А.М. (1),
Бадма-Горяев О.В. (2), Мухтаров И.А. (1)*

Астрахань

- 1) ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,
- 2) БУ РК Кетченеровская РБ

Актуальность. Сочетание диастаза прямых мышц с пупочными грыжами составляет до 60% от общего числа грыж брюшной стенки. При оперативной коррекции пупочной грыжи без ликвидации диастаза рецидив составляет до 30%. Поэтому в литературе существует дискуссия: нужна ли коррекция диастаза прямых мышц живота при грыжесечении пупочной грыжи. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с пупочными грыжами в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Материал и методы. Оперировано 59 больных с пупочной грыжей в сочетании с диастазом прямых мышц. I степень диастаза отмечена у 19 больных, II степень – 25 и III у 15 пациентов. По ширине грыжевого дефекта пациенты распределены следующим образом W1- 19, W2 – 25 и W3 – 15. 44 больных с I и II степенью диастаза и W1-2 оперированы по оригинальной методике суть которой заключается в следующем: после выделения грыжевого мешка и всей поверхности линии диастаза рассекали апоневроз на 0,5-1,0 см от края левой прямой мышцы живота с последующим отделением брюшины с предбрюшинной клетчаткой от задних стенок влагалищ прямых мышц, затем формировали два неодинаковых апоневротических лоскута, которые сшивали между собой создавая новую белую линию живота (Патент RU2410041C2 от 27.07.2009). При диастазе III ст. и ширине грыжевых ворот W3 15 больным применяли биоимплант представляющий собой аутодермальный деэпителизированный трансплантат, который фиксировался по методике «sublay» (Патент №2018125614 от 28.06.2019). Результаты лечения сравнивались с группой включающей 32 больных, которым выполнено грыжесечение местными тканями без ликвидации диастаза. В данной группе I степень диастаза отмечена у 20 больных, II степень – 8 и III у 4-х пациентов. По ширине грыжевого дефекта пациенты в группе сравнения распределены следующим образом W1- 25, W2 – 5

и W3 – 2. Возраст пациентов колебался от 32 до 70 лет. Полученные результаты. Ранние послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством в основной группе были представлены 1 серомой, у 2-х больных отмечался парез ЖКТ. В группе сравнения осложнения представлены следующим образом: 3-инфильтрата в зоне пластики, серома - 1, парез ЖКТ – 2. При оценке по шкале ВАШИБ в группах статистической разницы отмечено не было. Отдаленные результаты прослежены в период от 1 года до 10 лет. В основной группе рецидив грыжи отмечен в одном случае при пластике местными тканями и диастезе III ст. В группе сравнения выявлено 5 рецидивов грыжи, причем у всех больных отмечено увеличение степени диастеза прямых мышц. Следует отметить, что в группе сравнения в 50% случаев также отмечено увеличение степени диастеза без рецидива пупочной грыжи, однако это влияло на качество жизни пациентов. Обсуждение. С учетом полученных результатов можно предположить, что несмотря на расширение объема оперативного пособия при грыжесечении пупочной грыжи с ликвидацией диастеза прямых мышц живота как местными тканями так и с применением биоимплантов результаты лечения лучше в группе пациентов которым при наличии грыжи был ликвидирован диастез прямых мышц. На наш взгляд ликвидация диастеза уменьшает контрактуру боковых мышц живота, улучшает биомеханику и анизотропные свойства тканей брюшной стенки и способствует профилактике рецидивов. Выводы и рекомендации. При диагностировании пупочной грыжи в сочетании с диастезом прямых мышц живота особенно II и III степени грыжесечение следует дополнять ликвидацией диастеза. При наличии диастеза III степени и больших пупочных грыжах W3 грыжесечение следует дополнять пластикой с применением биоимпланта.

332. Диагностика и лечения болезни Крона в общехирургическом стационаре

*Малков И.С. (1), Коробков В.Н. (1),
Филиппов В.А. (1), Тагиров М.Р. (2),
Ярмушов И.Н. (2)*

Казань

1) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2) ГАУЗ ГКБ 7 г. Казани

Актуальность. Актуальность проблемы болезни Крона (БК) определяется трудностью ранней диагностики и лечения заболевания. Нередко больные поступают на лечение с осложнениями, требующими хирургического вмешательства. Цель. Анализ особенностей диагностики и оперативного лечения БК в общехирургическом стационаре. Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 43 больных БК на базе хирургического отделения ГАУЗ ГКБ N 7 г. Казани и кафедры хирургии КГМА. Возраст больных - от 19 до 81 года, (чаще всего это были люди молодого и среднего возраста). Женщин было 23 (53,4 %), мужчин - 20 (46,5 %). Из 43 пациентов у 22 (51,1%) имелось поражение толстого кишечника, у 18 (41,8%) - терминального отдела подвздошной кишки, у 3 (6,9%) поражение восходящей толстой кишки. Для диагностики заболевания использованы данные анамнеза, физикального исследования и результаты инструментальных методов обследования органов брюшной полости: ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография, компьютерная томография (КТ), колоноскопия. В лечении пациентов использованы медикаментозные и оперативные методы. Полученные результаты. При БК подвздошной кишки из 18 больных только у 1 больной с наличием стриктуры и признаками кишечной непроходимости проведение консервативной терапии позволило купировать явления непроходимости и выписать пациентку на амбулаторное лечение без операции. У 8 больных терминальным илеитом проведена резекция подвздошной кишки, из них у 4 больных с наложением илеотрансверзоанастомоза, у 3 - энтероэнтероанастомоза, у 1 – илеостомы. В одном случае после илеотрансверзостомии в послеоперационном периоде развилась спаечная кишечная непроходимость в зоне анастомоза, в связи с чем была проведена релапаротомия, резекция илеотрансверзоанастомоза и илеостомия. У 9 пациентов с ранней стадией илеита клиническая картина была схожа с картиной острого аппендицита. На операции обнаружен вторичный

аппендицит и локальная гиперемия с инфильтрацией подвздошной кишки. Проведена аппендэктомия, показаний к резекции подвздошной кишки не было. Трём пациентам с БК восходящего отдела толстой кишки проведена правосторонняя гемиколэктомия и илеотрансверзостомия. При БК толстой кишки операции у 17 больных выполнялись в 2 этапа: на первом - колэктомия или гемиколэктомия с наложением илеостомы или колостомы. На втором этапе лечения выполнялись реконструктивные операции: илеоректостомия (10 больных), трансверзоректостомия (3) и илеотрансверзостомия (4). Ещё у 5 больных (22,7%) выполнено одноэтапное оперативное вмешательство - гемиколэктомия и илеотрансверзостомия. У одного больного после субтотальной колэктомии через 2 года возник рецидив БК с поражением прямой кишки и ректальным свищом, по поводу чего была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Летальных исходов не наблюдалось. Обсуждение. При БК подвздошной и толстой кишки имеются как общие, так и отличительные особенности. На ранних стадиях болезни поставить правильный диагноз бывает сложно. У ряда пациентов диагноз БК устанавливался на операции. При БК из 43 больных у 42 были проведены различные оперативные вмешательства (97,6 %). Условием для применения кишечного анастомоза было отсутствие перитонита и гнойных очагов брюшной полости. При БК толстой кишки в зависимости от распространенности поражения проводились колэктомия или гемиколэктомия с наложением у 77,2% больных илеостомы или колостомы с последующим выполнением реконструктивных операций. Выводы. 1. Наибольшие диагностические трудности встречаются на ранних стадиях болезни Крона. 2. Ввиду высокого риска несостоятельности первичного анастомоза с толстой кишкой при поздней стадии болезни Крона необходимо проведение двухэтапного хирургического лечения с наложением на первом этапе илеостомы или колостомы. 3. Одноэтапное хирургическое вмешательство с резекцией пораженного участка кишки и наложением кишечного анастомоза целесообразно при отсутствии перитонита и гнойных очагов брюшной полости. 4. В послеоперационном периоде показано пожизненное медикаментозное лечение и мониторинг состояния кишечника на предмет возможного рецидива заболевания.

333. Хирургическая тактика лечения дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной профузным кровотечением

Евсеева М.В., Чеканов А.М., Чеканов М.Н., Штофин С.Г.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболеваемость толстокишечными кровотечениями составляет до 30 случаев на 100 тысяч населения, причем пожилым возрастом риск его развития существенно повышается. Наиболее частой причиной развития кровотечения служит наличие у пациента дивертикулярной болезни ободочной кишки. В большинстве случаев исходом такого кровотечения становится спонтанный гемостаз, однако уровень рецидива кровотечения составляет 25%, а при повторных эпизодах может превышать 50%. Общая летальность достигает 4% случаев. Сложность экстренной подготовки кишки к эндоскопическим исследованиям, недоступность ангиографических методов обследования, возможность наличия полипозиционных источников кровотечения делают быструю и точную верификацию источника кровотечения затрудненной. Это обстоятельство делает выполнение субтотальной колэктомии надежным окончательным методом хирургического гемостаза, в отличие от сегментарных поисковых резекций, сопряженных с высоким риском рецидива. Материалы и методы. В клинике кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО НГМУ с 2005 по 2022 гг. наблюдались 17 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, осложненной кровотечением, консервативная терапия которого была неэффективна. Все 17 случаев - это женщины, в возрасте от 62 до 94 лет. Им была выполнена субтотальная колэктомия с первичным илеоректальным анастомозом. Результаты. В 12 наблюдениях выполнение субтотальной колэктомии осуществлялась в первые 6 часов от момента госпитализации. Показанием к хирургическому лечению служила неэффективная консервативная гемостатическая терапия, потребность к трансфузии более 2 гемаконтов. Данная тактика позволила достичь эффективного гемостаза, рецидивов кровотечения в послеоперационном течении не выявлено. Также отмечалось достижение удовлетворительного функционального результата во всех случаях. Летальность составила 6%, умерли два пациента: в

одном случае причиной смерти послужило развитие острого инфаркта миокарда, в другом массивной тромбоэмболии легочной артерии. В пяти наблюдениях хирургическое лечение было проведено в сроки более 48 часов с момента поступления, что было обусловлено попытками консервативного лечения и возмещения кровопотери большими объемами препаратов крови. У четырех пациентов этой группы зарегистрирован летальный исход, обусловленный последствиями геморрагического шока. Обсуждение. Колэктомия может рассматриваться как объемное и высокотравматичное вмешательство, особенно у гериатрических пациентов. Это обстоятельство приводит к тому, что хирурги неохотно выбирают его в качестве метода экстренного лечения, сомневаясь в толерантности пожилого пациента к подобной операции. В качестве более «щадящей» альтернативы выбираются сегментарные резекции кишки, но, учитывая то, что установление точной локализации источника кровотечения при оказании экстренной помощи может быть затруднено, риск рецидива при таком виде вмешательств превышает разумные пределы. По данным отдельных авторов, выполнение «слепой» сегментарной резекции сопряжено с риском летального исхода, превышающим 50%. Наш опыт показывает, что пожилые пациенты хорошо переносят хирургическое лечение, что связано с высокой надежностью гемостаза и минимальными (по данным некоторых исследователей <1%) рисками развития рецидивного кровотечения. Выводы и рекомендации. Полученный клиникой опыт и данные современной научной литературы позволяют сделать вывод о том, что своевременно выполненная субтотальная колэктомия с первичным илеоректальным анастомозом позволяет достичь эффективного окончательного гемостаза при дивертикулярном кровотечении, имеет удовлетворительные функциональные результаты и низкий уровень послеоперационной летальности и может быть рекомендована как операция выбора при профузных толстокишечных кровотечениях.

334. Эндовидеохирургическая технология при ущемленных паховых грыжах

Раджабов Б.Э. (1,2), Левин Л.А. (1), Акимов В.П. (1), Чикин А.Е. (2), Саадулаев Р.И. (1)

Санкт-Петербург

1. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация
2. СПб ГБУЗ «Александровская больница»

Актуальность. В структуре острой абдоминальной патологии ущемленные грыжи по частоте уступают только острым аппендициту, панкреатиту и холециститу. Материалы и методы. Исследование проводилось на материале 231 клинического наблюдения пациентов, оперированных по поводу ущемленных паховых грыж на клинической базе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова в период 2015-2021 годов. Возраст пациентов варьировался от 18 до 101 года, средний возраст - 65,4±5 лет. Все пациенты были разделены на две группы. В 1 группу (41 человек - 17,8%) вошли пациенты, в диагностике и лечении которых использовалась лапароскопическая технология. Во 2 группе (190 человек - 82,2%) эндовидеохирургическая технология не использовалась. Среди пациентов 1 группы преобладали лица мужского пола - 27 (68,42%) человек. Возраст пациентов варьировался от 30 до 91 года, средний возраст - 63,7±5 лет. В 34 (82,9%) случаях больные были незамедлительно оперированы, а в 7 (17,1%) госпитализированы для стационарного наблюдения в связи с самопроизвольным вправлением грыжи (5), предположительно паховой, или с подозрением на острый аппендицит (1), кишечную проходимость (1). Диагноз ущемленной грыжи был установлен или подтвержден при диагностической лапароскопии в сроки от 4 часов до 2 дней с момента госпитализации. Полученные результаты. Пациентам 1 группы эндовидеохирургические вмешательства проводились под наркозом. На фоне миорелаксации и растяжения брюшной стенки за счет карбоксиперитонеума 10-12 мм рт. ст. в 12 (29,2%) случаях произошло спонтанное разущемление грыжи. В 21 (51,2%) наблюдении грыжевое содержимое было вправлено в брюшную полость принудительно с помощью мягкого зажима. В 6 (14,6%) случаях пришлось выполнять рассечение ущемляющего кольца с использованием эндохирургического герниотома

(патент на полезную модель №207308). У 2 пациентов (4,9%) попытки вправить грыжевое содержимое оказались безуспешными из-за наличия спаек в грыжевом мешке. Лапароскопически некроз ущемленного органа был выявлен у 7 (12,1%) больных: у 3 - некроз пряди большого сальника и у 4 - некроз тонкой кишки. В 2 случаях однозначно оценить жизнеспособность ущемлявшейся кишки не представлялось возможным. Этим пациентам была выполнена лапароскопическая герниопластика, а через 8 часов - релапароскопия, исключившая некроз кишки. В 6 наблюдениях лапароскопически констатировано ущемление бедренной, а не паховой грыжи, либо грыжевое ущемление, не диагностированное клинически, оказалось лапароскопической находкой. Лапароскопическая герниопластика была выполнена 20 (48,8%) больным, из них 17 (85%) с использованием сетчатого эндопротеза, а 2 пациентам с бедренной грыжей (10%) и 1(5%) с паховой грыжей выполнено лапароскопическое ушивание грыжевых ворот. У 21 (51,2%) пациента видеолапароскопическое вмешательство ограничилось лапароскопической диагностикой, за которой последовали операции открытым способом. Причинами конверсии были некроз кишки, невозможность вправления содержимого грыжевого мешка, давность ущемления более 12 часов с подозрением на флегмону грыжевого мешка, а также отсутствие или недостаточный опыт лапароскопической герниопластики у дежурных хирургов. Обсуждение. Сопоставление результатов лечения больных с ущемленными паховыми грыжами с применением и без применения эндовидеохирургической техники оказывается некорректным из-за разнородности этих групп по многим критериям вследствие отбора пациентов для лапароскопических вмешательств. Видеолапароскопическая диагностика при самопроизвольном вправлении грыжевого содержимого во всех случаях верифицировала органы, подвергшиеся ущемлению, а также обеспечивала возможность выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости. В сомнительных случаях целесообразно выполнить релапароскопию через 8-12 часов для более точной оценки жизнеспособности кишки, чтобы избежать ненужной резекции. Рассечение ущемляющего кольца с помощью эндохирургического герниотома позволяет выполнить герниопластику лапароскопическим способом. Выводы. Использование эндовидеохирургической технологии при ущемленных паховых грыжах не только обогащает технический арсенал хирурга, но и расширяет

разнообразие вариантов лечебной тактики с индивидуализированным подходом в разных клинических ситуациях, что способствует благоприятным результатам лечения. Рекомендации: Видеолапароскопическая диагностика при ущемленных грыжах, не требующая от хирурга опыта лапароскопической герниопластики, может быть широко внедрена в ургентную практику, что уменьшит число диагностических ошибок, облегчит выбор оптимальной лечебной тактики и оградит больных от излишнего расширения объема операций.

335. Применение тактики этапного лечения у больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни

*Безмозгин Б.Г. (1), Пирожкова Е.А. (1),
Бабков О.В. (1), Батыршин И.М. (1),
Осипов А.В. (1,2), Сузов Д.А. (1,2), Демко А.Е. (1,2)*

Санкт-Петербург

1) ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе", 2) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, ВМедА

Актуальность. Наиболее тяжелой формой течения дивертикулярной болезни являются острые воспалительные осложнения, которые развиваются у 14% пациентов. Из них примерно в 33% случаев требуется проведение экстренного оперативного лечения. Летальность у данной категории больных достигает 7%. В настоящее время не существует общепризнанных подходов к лечению таких пациентов. За рубежом предпочтение отдается резекции пораженного сегмента кишки с наложением первичного толстокишечного анастомоза, отечественные хирурги операцией выбора считают обструктивную резекцию с последующим восстановлением непрерывности ободочной кишки в плановом порядке. Цель исследования. Улучшить непосредственные результаты лечения пациентов с острым дивертикулитом (ОД) за счет применения тактики этапного лечения в ранние сроки. Материалы и методы. В исследование включены 12 пациентов с

ОД, получавших лечение с 2021 по 2022 гг. Из них у 4 больных ОД был классифицирован как Hinchey II, у 8 – Hinchey III. Распределение по полу и возрасту: женщины 8 (66,7%), средний возраст составил 67,2 лет; мужчины 4 (33,3%), средний возраст 59,4 лет. Всем больным выполнялись рутинные клинико-лабораторные методы диагностики. Показанием к оперативному лечению был перитонит. Интраоперационно оценивались Мангеймский перитонеальный индекс (MPI) и индекс брюшной полости по Савельеву (ИБП). Выполнялась резекция пораженного сегмента толстой кишки с оставлением заглушенных концов в брюшной полости, санация и дренирование. На втором этапе хирургического лечения через 24-48 часов повторно оценивалась выраженность воспалительных изменений в брюшной полости (MPI, ИБП) и при отсутствии противопоказаний осуществлялось восстановление непрерывности толстой кишки. Результаты. Все больные поступили в стационар не позднее 48 часов от начала заболевания. Свободный газ в брюшной полости по данным обзорной рентгенографии выявлен у 5 пациентов (41,7%). При УЗИ диагноз ОД поставлен у 4 больных. Таким образом, осложненный ОД в приемном покое был верифицирован у 5 пациентов. У остальных больных окончательный диагноз установлен во время диагностической лапароскопии или лапаротомии по поводу перитонита. В подавляющем большинстве случаев дивертикулы локализовались в сигмовидной кишке. Тяжелый сепсис на момент поступления был отмечен у 2 больных. ASA II балла у 3 пациентов, III – у 7 и IV у 2 больных. Показатель MPI составил 14,6 (4-25), ИБП – 7,25 (4-12) баллов. Средняя продолжительность оперативного вмешательства на первом этапе составила 119±30 минут, на втором – 136±18. У 10 больных толстокишечный анастомоз сформирован ручным способом, у 2 – аппаратным. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных (I степень по Clavien-Dindo). Летальных исходов зафиксировано не было. Средний койко-день составил 12±4,7 дня. Выводы. Тактика этапного лечения позволяет выполнить хирургическую санацию источника инфекции и восстановление непрерывности толстой кишки во время одной госпитализации. Однако, малое количество наблюдений требует дальнейшего исследования этой проблемы

336. Неотложная хирургия при осложнениях хронического панкреатита.

*Шляховский И.А., Рогаль М.Л., Коков Л.С.,
Ярцев П.А., Миронов А.В., Богницкая Т.В.,
Муслимов Р.Ш., Степан Е.В., Кузьмин А.М.*

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность. В последнем десятилетии распространенность хронического панкреатита (ХП) в России среди взрослых составляет 27-50 случаев на 100.000 населения. Наибольшего внимания заслуживают пациенты с осложненными формами хронического панкреатита, так как чаще всего они госпитализируются в хирургический стационар по экстренным показаниям и нуждаются в неотложных методах инвазивного лечения. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2012г по 2020г находились 574 пациентов с диагнозом «Хронический панкреатит в стадии обострения». В диагностике осложнений ХП ведущая роль принадлежала методам лучевой диагностики – ультразвуковому исследованию (УЗИ) органов брюшной полости и рентгенографии брюшной полости. С целью уточнения локализации патологического процесса и характера осложнений ХП применялось эндосонаографическое исследование и компьютерная томография (КТ) живота с внутривенным контрастным усилением (ВКУ. В зависимости от вида и характера осложнения помимо обязательной консервативной терапии были применены различные инвазивные вмешательства, с приоритетным использованием минимально инвазивных методик. При обструктивной форме осложненного ХП из имеющегося на сегодняшний день арсенала эндоскопических методик были применены: эндоскопическая цистогастростомия (ЭЦГС), стентирование общего желчного протока (ОЖП) и главного панкреатического протока (ГПП), эндоскопическая дуоденостомия (ЭДС), удаление стента из ГПП, стентирование ГПП в сочетании с одномоментно выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и стентированием ОЖП, стентирование ГПП в сочетании с одномоментно выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), замена стента в ГПП. При нагноении кист ПЖ и парапанкреатических абсцессах были выполнены чрескожные пункционно-дренирующие

вмешательства (ЧПДВ) под УЗ- и Rg-наведением: пункция отграниченных жидкостных скоплений (ОЖС) в области головки и тела поджелудочной железы (ПЖ), чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), дренирование ПКПЖ, чрескожное трансгастральное дренирование (ЧТГД) кист ПЖ, редренирование ПКПЖ, замена дренажных трубок, секвестрэктомия из ПКПЖ под Rg-наведением, чрескожное дренирование постнекротического абсцесса (ПА). Также выполнялись: чрескожное дренирование псевдокисты головки ПЖ и чрескожное дренирование зоны панкреатогенной деструкции, чрескожное дренирование псевдокисты, ОЖС брюшной полости, чрескожное дренирование парапанкреатических жидкостных скоплений (ППЖС), замена дренажных трубок, дренирование ОЖС в забрюшинном пространстве и дренирование правой плевральной полости, пункция левой плевральной полости. При разрывах кист ПЖ с истечением их содержимого в брюшную полость и распространенным перитонитом, а также с внутрибрюшным кровотечением, по неотложным показаниям выполнялись хирургические вмешательства (видеолапароскопические и «открытые»). Результаты. В основную группу исследования были включено 415 пациентов, находившихся на лечении в период с 2016 г по 2020 г. Средний возраст пациентов составил 49,2+4,3 лет среди мужчин и 61,3+2,9 лет среди женщин. Контрольную группу составили 306 пациентов, пролеченные в период с 2012 по 2015г. Средний возраст составил 53,4+4,1 лет среди мужчин и 63,3+3,2 лет среди женщин. Группы исследования сравнимы по видам осложнений ХП, основными среди которых были: компрессия интрапанкреатического отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ), панкреатическая протоковая гипертензия (ППГ), сдавление выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) увеличенной головкой поджелудочной железы или кистой ПЖ, нагноение кист ПЖ, парапанкреатические абсцессы (ПА), деструкция стенок кист ПЖ с истечением их содержимого в свободную брюшную полость и развитием распространенного панкреатогенного перитонита, кровоизлияния в полость кист ПЖ. Результаты лечения ХП в основной группе исследования, когда приоритетным было применение минимально инвазивных методов хирургического лечения и эндоскопических методик, были сравнительно лучше чем в контрольной группе. Статистический анализ выявил достоверность различий результатов лечения в основной и контрольной группах исследования

($p < 0,05$). Заключение. Соблюдение определенного алгоритма выполнения современных диагностических и неотложных лечебных мероприятий позволяет улучшить результаты лечения осложненного ХП, уменьшить число послеоперационных осложнений и летальных исходов при этом заболевании.

337. Оценка эффективности аргон-плазменной коагуляции стенки пищевода в эксперименте

*Куликов В.Г. (1,3), Анищенко В.В. (2),
Шевела А.И. (1)*

Новосибирск

1) ФГБУН ИХБФМ СО РАН, 2) ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 3) Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет»

Введение. В настоящее время фармакологическое лечение ПБ направлено на устранение симптомов ГЭРБ и прекращение заброса желудочного рефлюксата, но не предотвращает риск развития АКП, а радикальные методы хирургического лечения (резекция пищевода) являются травматичными и снижают качество жизни пациентов, то малоинвазивные эндохирургические методы представляются перспективным направлением в лечении ПБ. Тем не менее, требуются дальнейшие исследования для их оптимизации. Целью данного исследования является выявить особенности влияния источников высокой энергии на результаты лечения при эндохирургических вмешательствах на пищеводе у пациентов с ГЭРБ осложненной развитием ПБ. Задачи исследования: 1. Изучить воздействие источников высокой энергии при эндохирургических вмешательствах (аргон-плазменная абляция) на ткани пищевода в эксперименте при различных параметрах излучения. 2. Выработать рекомендации по использованию определённых параметров аргон-плазменной абляции очагов метаплазии слизистой пищевода на основе анализа результатов лечения и полученных экспериментальных данных. Материал.

Были использованы породистые свиньи (мини-сибс) содержащиеся в условиях питомника ИЦИГ СО РАН возрастом до 3 месяцев и массой до 5кг, самки. Состав бригады: оператор, ассистент оператора, анестезиолог, ассистент анестезиолога, патоморфолог. В асептических условиях установлен периферический катетер в ушную вену животного и проведен в/в наркоз пропофолом. Вводный наркоз 50мг в/в болюсно, поддержание анестезии - дробное введение пропофола до 100 мг. При наступлении медикаментозного сна установлен загубник, введен эндоскоп Olympus, размер 5,8мм, длина 1,1м. Эндоскоп введен в просвет пищевода, на различных уровнях пищевода, с шагом 1 см выполнена аргон-плазменная абляция с нарастающей мощностью электрического разряда от 20 до 80 ватт. Различия мощности были разделены следующим образом: 20-35, 40-45, 50-55 и 60-80 ватт и потоке аргона 1,8 литров в минуту. Эксперимент проведен на 15 животных. При выполнении аргон-плазменной абляции мощностью 60-80 ватт отмечено обугливание стенки пищевода и ее перфорация. На секционном материале (желудок и пищевод) на уровне нижней трети пищевода обнаружена перфорация с признаками термической травмы. При мощности 50-55 ватт наступала коагуляция подслизистого слоя с провокацией мышечного. В последствии у животных формировалась рубцовая стриктура пищевода, что подтверждено гистологически после секции через 14 дней. При мощности 40-45 ватт наступала коагуляция слизистой оболочки пищевода без вовлечения подслизистого и мышечного слоя. Сроки полной реэпитализации составляли до 60 дней. При мощности 20-35 ватт отмечалось наступление ячеистой коагуляции слизистой, чередующаяся с участками не подвергшимися коагуляции. Гистологическое исследование мы проводили по общепринятой методике. Срезы толщиной в 5 мкм мы окрашивали гематоксилином и эозином по Ван Гизону. После гистологической обработки выполняли обзорную световую микроскопию с морфометрической оценкой ткани. Измерения производили с помощью морфометрической программы AxioVision 3.1 на базе компьютерного комплекса, состоящего из светового микроскопа AxioStar+ фирмы Carl Zeiss, компьютера Pentium IV IBM, цифровой видеокамеры MICROCAM ?. Вывод. Использование аргон-плазменной абляции при мощности 20-35 Ватт является неэффективным для работы со слизистой оболочкой пищевода – отсутствие термического влияния на слизистую оболочку, получение отека и воспаления. Увеличение мощности до 50-55 Ватт приводит к термической

травме стенки пищевода до мышечного слоя, что приводит к стриктуре. Увеличение мощности до 60-80 Ватт приводит к термической травме стенки пищевода с перфорацией. Рекомендуемым и безопасным уровнем мощности электрического излучения является уровень 40-45 Ватт при выполнении аргон-плазменной абляции на пищеводе на мини-пигах в условиях эксперимента.

338. Основные характеристики острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода

*Сингаевский А.Б. (1), Несвит Е.М. (2),
Нахумов М.М. (1), Лисицын А.А. (1)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации, 2) СПб ГБУЗ «Клиническая
инфекционная больница им. С.П. Боткина»

Актуальность. Острые перфоративные язвы тонкой кишки - редкое, но опасное осложнение послеоперационного периода. В настоящее время в литературе отсутствуют ответы на вопросы об этиологии, патогенезе и основных клинических проявлениях данного осложнения. В то же время практика показывает, что среди оперированных больных острые послеоперационные перфоративные язвы тонкой кишки в последние годы стали встречаться чаще, а уровень летальности пациентов после их развития остается неизменно высоким. Цель исследования. Получение новых знаний и анализ основных характеристик острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 62 пациентов, получивших хирургическое лечение различных заболеваний органов брюшной полости и малого таза в период с 2012 по 2017 гг., чей ранний послеоперационный период осложнился развитием острых перфоративных язв тонкой кишки. 61,3% составили женщины, средний возраст больных был $67,5 \pm 12,6$ лет. Результаты. В ходе исследования была определена структура первичных заболеваний пациентов, по поводу которых выполнялась первая операция: наиболее часто по поводу различных

форм колоректального рака (38,7%), острой спаечной тонкокишечной непроходимости (22,6%), рака желудка (6,5%) и ущемленной грыжи передней брюшной стенки (6,5%). Половина перфораций острых язв тонкой кишки (51,6%) пришлось на период с 4 по 11 сутки послеоперационного периода, и примерно половина перфораций (47,7%) произошла на участке тонкой кишки от 100 до 150 см от связки Трейца. Были определены основные гистологические изменения стенки тонкой кишки при развитии острых послеоперационных перфоративных язв: во всех наблюдениях первоначально повреждалась слизистая оболочка тонкой кишки, происходила выраженная ишемизация слизистой и подслизистой оболочек в связи с развитием тромбозов микроциркуляторного русла, отмечались нейтрофильная инфильтрация и альтеративные изменения в виде десквамации эндотелия ворсин и крипт. Диагностика острых послеоперационных перфоративных язв тонкой кишки: единственное специфическое проявление - поступление по дренажам или из лапаротомной раны тонкокишечного отделяемого - отмечалось в половине случаев их развития (56,8%), а перитонеальные симптомы проявлялись менее чем в трети случаев (27,0%). Рутинные инструментальные исследования также были малоинформативны: ни рентгенологическое, ни ультразвуковое исследования не вносили ясности в постановку диагноза, и лишь применение компьютерной томографии органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием помогало во всех случаях ее проведения установить достаточно точный предварительный диагноз и определить необходимость в проведении пациенту релапаротомии. При анализе основных клинических тенденций было выявлено, что большее количество самих острых перфоративных язв тонкой кишки и их рецидивов непосредственно связано с повышением риска летального исхода у пациентов: у 43,6% больных с единственной перфорацией язвы тонкой кишки летальность оказалась минимальной – 63,0%; у 16,1% больных, у которых осложнение носило первично множественный характер, и первоначально выявлялись от 2 до 5 перфоративных язв, летальность составила 70,0%; а в 40,3% случаев, когда у пациентов имело место рецидивное течение данного осложнения (с количеством рецидивов от 2 до 9) летальность была максимальной - 88,0%. Были выявлены достоверные статистические связи между смертью больных и фактом повторных перфораций ($p=0,021$), большим количеством рецидивов ($p=0,047$) и большим числом острых перфоративных

язв ($p=0,028$). Таким образом, острые послеоперационные перфоративные язвы тонкой кишки представляют собой актуальную проблему современной хирургии, дальнейшие исследования их этиологии и патогенеза необходимы для определения возможности их профилактики, улучшения диагностики и лечения.

339. Огнестрельные ранения магистральных сосудов при боевых комбинированных термомеханических повреждениях

Дубров В.Э. (1), Колтович А.П. (2), Герейханов Ф.Г. (3)

1,2) Москва, 3) Балашиха, Московская область

1)МГУ, 2) МИНО МГУПП, 67 ГКБ, 3) ГВКГ ВНГ РФ

Актуальность. Огнестрельные ранения, комбинированные с ожогами, диагностируют у 8-10% раненых, при этом повреждения сосудов составляют от 1-2% до 17,6%, инвалидизация 45%, летальность 12%. Цель работы. Оценить влияние ожоговой травмы на результаты хирургического лечения раненых с повреждениями магистральных сосудов конечностей. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 166 раненых с повреждениями сосудов конечностей. У 9(5,4%) человек (группа 1) были ожоги с индексом Франка от 1 до 35 баллов ($17,8 \pm 19,9$ балла), у 157(94,6%) – ожогов не было (группа 2). Большинство (129(77,7%)) раненых доставляли вертолетом и автотранспортом (37(22,3%)). Причиной ранения у 86(51,8%) человек было минно-взрывное, 58(34,9%) пулевое, 16(9,6%) осколочное ранение, 6(3,6%) взрывная травма. Первая и доврачебная помощь оказана 150(90,4%) раненым: обезболивание 112(74,7%), давящая повязка 94(62,7%), кровоостанавливающий жгут 91(60,7%), иммобилизация шиной Крамера 11(7,3%). Обе группы раненых были однородны по возрасту ($22,3 \pm 3,4$ и $26,3 \pm 6,3$ лет), тяжести состояния (ВПХ-СП $31,7 \pm 9,7$ и $29,5 \pm 12,3$ балла), тяжести повреждений (ВПХ-ОР $9,1 \pm 4,5$ и $9,8 \pm 7,3$, ISS $18,4 \pm 12$ и $17,3 \pm 12,4$), временем поступления ($80,6 \pm 61,2$ мин и $99,5 \pm 88,2$ мин), сроку эвакуации, по изменениям клинико-лабораторных показателей, $p > 0,05$. В 1 группе диагностировали 18 повреждений сосудов:

бедренная артерия 4, плечевая артерия 3, задняя большеберцовая артерия 2, сонная артерия 1, бедренная вена 3, плечевая вена 2, задняя большеберцовая вена 2, внутренняя яремная вена 1. Ожоги в области ранения сосудов были у 5(55,6%) раненых. Сочетанное костно-сосудистое повреждение диагностировано в 1 группе у 5(55,6%), во 2 у 32(20,4%) человек ($p=0,01$). Операции на сосудах в группе 1 и 2 распределялись следующим образом: временное протезирование артерий (2(22,2%) и 18(11,5%) человек), перевязка (5(55,6%) и 109(69,4%) пострадавших), краевой шов (3(33,3%) и 22(14,1%) раненых), аутовенозная пластика (2(22,2%) и 2(1,2%)), циркулярный шов (0 и 9(5,7%)), ампутация в связи с невозможностью восстановления кровотока (2(22,2%) и 12(7,6%)). При комбинированных термомеханических повреждениях чаще выполняли временное протезирование (2(22%)), краевое ушивание (3(33%)) и аутовенозную пластику (2(22%)). Во второй группе, без ожогов, чаще выполняли перевязку поврежденных сосудов (109(69,4%)). В 1 группе у 3 человек были наложены 6 аппаратов внешней фиксации по поводу переломов костей конечностей, причем 5 аппаратов были наложены через ожоговую рану. Доступ к сосудистым повреждениям у 5 раненых осуществлялся через ожоговую рану. Осложнения, связанные с повреждением сосудов в течение первых 3 суток после операции, были диагностированы у всех раненых 1 группы и у 127(80,9%) 2 группы ($p=0,48$). У всех раненых обеих групп был диагностирован тромбоз аутовенозной вставки, у 8(40%) – тромбоз пластикового шунта (1(50%) и 7(38,9%), соответственно), у 4(2,4%) – кровотечение из зоны сосудистой операции при нарушении герметичности сосудистых швов (1(11,1%) и 3(1,9%)), тромбоз артерий после циркулярного шва во 2 группе (3(33,3%)), у 52(31,3%) диагностирована раневая инфекция (5(55,6%) и 47(29,9%), у 33(19,9%) ишемия конечности (2(22,2%) и 31(19,7%)) ($p>0,05$). Умерло 22 (13,3%) человека: 2(22,2%) в 1 группе и 20(12,7%) во второй ($p>0,05$). Выводы. 1. При боевой термомеханической травме сочетание повреждений сосудов и переломов костей конечностей с ожогами возникает чаще, чем без них (44,4% и 20,4%, соответственно, $p=0,01$). 2. При комбинированных термомеханических повреждениях у всех раненых диагностированы осложнения в раннем посттравматическом периоде. 3. Временное протезирование сосудов является операцией выбора, в связи с более низкой частотой тромбирования и возможностью визуального контроля шунта в ране. 4. При повреждениях сосудов, огнестрельных переломах и

ожогах одной локализации доступ к сосуду и проведение винтов Шанца в костные отломки через ожоговую рану не приводит к увеличению частоты инфекционных осложнений.

340. Хирургическое лечение раненых с сочетанными повреждениями живота и сосудов

Дубров В.Э. (1), Колтович А.П. (2), Герейханов Ф.Г. (3)

1,2) Москва, 3) Балашиха, Московская область

1) МГУ, 2) МИНО МГУПП, 67 ГКБ, 3) ГВКГ ВНГ РФ

Актуальность. Частота ранений сосудов брюшной полости составляет 6-8%. Летальность на поле боя составляет до 80% и до 30% от числа тех, кто был доставлен в госпиталь. Цель работы. Оценить влияние тактики запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХЛ) на результаты лечения раненых с повреждением живота и сосудов. Материал и методы. С сочетанными повреждениями живота и сосудов поступило 45(27,1%) человек, из них ранение живота было у 19(42,2%), таза – 16(35,6%), сочетанное повреждение живота и таза 10(22,2%) раненых. В группе с хирургической тактикой одномоментного устранения всех повреждений было 19(42,2%) раненых (группа 1), в группе с использованием ЗМХЛ – 26(57,8%) (группа 2). Авиатранспортом доставлено 32(71,1%) раненых, автотранспортом 13(28,9%). Причиной ранения у 27(60%) человек было осколочное ранение, 12(26,7%) пулевое, 6(13,3%) минно-взрывное ранение. Доврачебная помощь оказана 42(93,3%) раненым: обезболивание 34(80,9%), кровоостанавливающий жгут 28(66,7%), давящая повязка 21(50%). Среднее время поступления составило 76,9±52,3 минут. До 0,5 часа поступило 10(22,2%) человека, в течение часа – 13(28,9%) человек, в течение второго часа – 13(28,9%) человек, в сроки от 2 до 4 часов – 9(20%). Обе группы раненых были однородны по возрасту (26,3±3,8 и 26,4±5,5 лет), тяжести состояния (ВПХ-СП 35,9±17,4 и 36,1±6,3 балла) и повреждений (ВПХ-ОР 10,5±5,9 и 17,6±6,4, ISS 19±11,4 и 30,3±9,3), по изменениям клинико-лабораторных показателей. В 1 группе диагностические лапароцентез, лапароскопия и лапаротомия были выполнены у

7(36,8%) раненых, во 2 группе - 10(38,5%) раненых. Повреждения были диагностированы у 4(40%) раненых. В первую очередь лапаротомия выполнена 18(78,3%) раненым, во вторую – 5(21,7%), после дренирования плевральной полости. Повреждения внутренних органов брюшной полости диагностировано у 23(51,1%) человек: у 3(15,8%) в 1 группе и у 20(76,9%) во 2 группе. У 14(8,4%) раненых отмечали повреждение сосудов живота и таза (1 группа – 2, 2 группа – 12): наружная (5) и внутренняя подвздошные артерии (3), наружная подвздошная вена (3), общая подвздошная вена (3), общая подвздошная артерия (1), нижняя полая вена (1), тазовое крестцовое венозное сплетение (1). Из них по виду повреждения сосудистой стенки у 9(64,3%) диагностировали боковое повреждение у 5(35,7%) неполный перерыв. У 5 раненых выполнена перевязка сосудов: внутренние подвздошные артерии и общая подвздошная вена. У 8 – выполнен краевой шов подвздошных артерий и вен. У 3 раненых при повреждении наружной подвздошной артерии первым этапом выполнено временное протезирование. Ранение печени было у 3(6,7%) человек. У 2 раны печени ушили, у 1 раненого 2 группы первым этапом раневой канал печени был тампонируется зондом Блэкмора. Ранение тонкой кишки выявлено у 13(59,1%) человек. Ушивание ран выполнено у 8(61,5%), резекция участка кишки у 7(53,8%) человек. ЗМХЛ применено у 6(46,2%) раненых. Резекция с формированием анастомоза выполнялось в 2 этапа. Межкишечный анастомоз накладывали после выведения раненого из шока в сроки до 24 часов. У 13 человек 2 группы были выполнены хирургические операции по поводу повреждений толстой кишки. В первую очередь у 11(84,6%) раненых дефект толстой кишки ушивался через все слои, у 2(15,4%) ограничивался кишечными зажимами. После остановки кровотечения у 7(26,9%) человек петля кишки с огнестрельной раной выводилась на брюшную стенку в виде двухствольной колостомы, у 5(19,2%) выполнена операция Гартмана. Умерло 9(20%) человек: 1 группа - 3(15,8%), 2 - 6(23,1%)($p > 0,05$). Выводы. 1. Повреждение сосудов брюшной полости являлось показанием для применения тактика ЗМХЛ при ранении живота. 2. Первоочередной задачей была остановка кровотечения и предупреждение инфицирования брюшной полости при повреждении органов живота и таза. Для этого использовали методики тампонирования и пакетирования брюшной полости, двухэтапного наложения кишечных анастомозов, выведение колостом, использования временного

протезирования сосудов, перевязка которых невозможна.

341. Характеристика спонтанных гематом, развивающихся на фоне новой коронавирусной инфекции

*Медведев К.В. (1,2), Несвит Е.М. (1),
Кравцов В.Ю. (3), Суханова Ю.В. (1),
Ерофеев А.А. (4) Протченков М.А. (2,5)*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» 2) ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России 3) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации 4) СПб ГБУЗ «ГМПБ №2» 5) СПб ГБУЗ «Городская б

Актуальность. Уже практически два года главенствующей темой здравоохранения является новая коронавирусная инфекция. Это обусловлено не только большими показателями заболеваемости, инвалидизации и смертности среди больных, но и тяжестью лечения самого заболевания с мультиорганным поражением витальных систем. Жизненно необходимая антикоагулянтная терапия, препятствующая развитию коронавирусных тромбозов, оборачивается краугольным камнем в возникновении другого не менее грозного осложнения – спонтанных гематом различных локализаций. Спонтанные гематомы представляют реальную угрозу жизни больного: их специфическое расположение между различными фасциальными пространствами тела, вызывает массу трудностей в их диагностике, и зачастую они выявляются уже при массивной кровопотере, достигая достаточно большого объема для их выявления. Кроме того, важнейшей проблемой является вопросы продолжения антикоагулянтной терапии при их возникновении: риски развития тромбозов остаются прежними, более того, многие пациенты со спонтанными гематомами нуждаются в заместительной терапии аппаратом искусственной почки или даже ЭКМО, что делает ее отмену невозможной. Цель исследования. Дать характеристику группе пациентов, страдающих

новой коронавирусной инфекцией, чье течение болезни осложнилось развитием спонтанных гематом различных локализаций. Материал и методы. Исследовались случаи 17 больных, проходивших лечение в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина (г. Санкт-Петербург), у которых имело место развитие спонтанных гематом различных локализаций на фоне течения новой коронавирусной инфекции. Результаты. Большинство пациентов были женщинами – 13 больных (76,5%). Средний возраст больных составил $56,6 \pm 21,4$ лет. Стоит отметить, что во всех случаях у пациентов отмечалось тяжёлое течение коронавирусной инфекции, осложненной тяжелой вирусной интерстициальной пневмонией Кт3-Кт4, с тяжелой ДН 2-3 : только 7 больных (41,2%) не были интубированы и получали дотацию кислорода в масочном режиме, 12 (70,6%) пациентов нуждались в проведении гемодиализа, а 3 (17,6%) женщинам проводилась экстракорпоральная оксигенация крови при помощи аппарата ЭКМО. По локализации выделялись следующие гематомы: 5 (29,4%) межмышечная передней брюшной стенки, 4 (23,6%) забрюшинного пространства, 3 (17,6%) шеи, 3 (17,6%) бедра, 2 (11,8%) грудной клетки. По данным компьютерной томографии с контрастированием объем гематом варьировался от 150,0 мл до 2000,0 мл в зависимости от локализации. В случаях 5 пациентов (29,4%) так же по данным компьютерной томографии было выявлено активное кровотечение в полость гематомы с экстравазацией контраста, что потребовало проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств для эмболизации источника кровотечения. Однако, не смотря на полноценную комплексную терапию и своевременно проведенные консервативные и оперативные мероприятия по созданию гемостаза, в 64,7% случаев госпитализация заканчивалась смертью пациента. Заключение. Таким образом, спонтанные гематомы, возникающие на фоне новой коронавирусной инфекции, являются крайне опасным осложнением, влекущим за собой высокий риск летального исхода. А трудности их ранней диагностики и проблемы лечения диктуют необходимость дальнейшего исследования данной проблемы.

342. Новые технологии в диагностике глубоких межмышечных флегмон

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Красенков Ю.В., Казьмин А.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Глубокая межмышечная флегмона (ГМФ) занимает второе место среди острых хирургических заболеваний и составляет 15-20% в структуре патологии отделений гнойной хирургии. При ГМФ в 49-52% случаев причиной неблагоприятных послеоперационных осложнений (компаратмент синдром, гипертрофические рубцы и т.д.) является несвоевременная диагностика этой патологии. Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с ГМФ путем разработки диагностического алгоритма с учетом степени выраженности тканевой гипертензии. Материалы и методы. Работа основана на сравнительном клиническом анализе результатов комплексного обследования и лечения 264 больных с ГМФ верхних и нижних конечностей в возрасте от 19 до 75 лет. отделения гнойной хирургии МБУЗ БСМП г. Ростова-на-Дону в период с 2005 по 2019 гг. Больные разделены на две группы. I группа (n=128) у которых в диагностике ГМФ использовали традиционные клинические, лабораторные и инструментальные методы, включая УЗИ. Во II группе (n=136) выполняли вышеуказанные стандартные исследования, дополненные мониторингом тканевого давления (патент на изобретение №2699964 опубл. 11.09.2019). По степени тяжести развития ГМФ и показателю развития тканевой гипертензии выделено 3 степени в каждой группе. Результаты исследования. У больных I группы при УЗИ исследовании диагноз ГМФ I степени выявлен был у 19,4%, при II у 55,6% и III у 62,5. Во II группе по данным мониторинга ТД, проводимого по оригинальной методике, диагноз ГМФ был выявлен при I степени у 88,2% , при II и III степени у 100% пациентов. Показателем достоверности $\chi^2=13,071$, при $p<0,001$. Заключение. Диагностический алгоритм, включающий клинические проявления ГМФ и показатели ТД обладает высокой чувствительностью и специфичностью, это дает возможность рекомендовать его в клиническую практику.

343. Клинические и морфо-функциональные параллели в повышении эффективности сфинктеропластики у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки

Татьянченко В.Ю., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Манулик А.Ф.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Известно, что у 60% больных, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, сфинктеросохраняющие операции не могут быть выполнены. Формирование полости для них всегда является тяжелой психологической травмой. В связи с этим проблема хирургической реабилитации больных, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки носит социальный характер. Цель исследования. Повысить эффективность хирургической реабилитации больных, перенесших брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, путем создания замыкательного аппарата кишки по разработанной технологии. Материалы и методы. В эксперименте на 18 животных (кролики) было проведено морфологическое исследование замыкательного аппарата кишки по методике Picrell (n=9) и в нашей модификации (n=9). С 2006 г. у больных после операции брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, на этапе хирургической реабилитации внедрен способ пластики замыкательного аппарата кишки тонкой мышцей бедра на мобильной сосудисто-нервной ножке (патент РФ на изобретение № 1202563). Оперировано 14 больных, у всех больных диагноз - аденокарцинома T2-3 Nx-M0-P2-3 G 1-2 отдаленных метастазов не выявлено. Одномоментное формирование замыкательного аппарата проведено у 9 больных. Создание управляемого замыкательного аппарата как реконструктивное вмешательство выполнено у 5 больных, которые ранее (в срок 1-3 года) перенесли брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, закончившуюся формированием одноствольной колостомы (патент РФ на изобретение № 1202563). Результаты исследования. Установлено, что у животных контрольной группы к 180 дням после операции происходит замещение мышечной ткани на жировую и рубцовую (76%). В основной группе этот процесс затрагивает только 14% мышечной ткани замыкательного аппарата. Полученные данные позволили нам обосновать и внедрить

способ предоперационной подготовки тонкой мышцы бедра с формированием на ее основе трансплантата (патент РФ на изобретение № 1600711). Больные оперированы под эндотрахеальным наркозом в сочетании с эпидуральной анестезией. Средняя продолжительность операции составила 4 часа 40 минут. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила около 300 мл. Послеоперационный период у всех больных протекал без медикаментозной стимуляции кишечника. Швы зажили первичным натяжением. Сняты на 7-8 сутки с раны на промежности. Избыток низведенной кишки отсечен на 10-11 сутки под местным обезболиванием. Больные выписаны из клиники на 12-15 сутки после операции. Больные были осмотрены через 1-3-6-12-18 месяцев после операции. Субъективно отмечали выраженное улучшение самочувствия, удерживали газы и твердый кал, жидкий кал удерживали с определенными трудностями. В послеоперационном периоде начиная с 20 дня, все больные получали курс электрической стимуляции, а так же лечебной физкультуры по специально разработанной методике. По данным ЭМГ и колографии через 1 год после операции созданный замыкательный аппарат был функционально полноценным. Заключение. Разработанный нами лечебно-реабилитационный алгоритм может быть рекомендован для внедрения в клиническую практику при хирургической реабилитации больных перенесших экстирпацию прямой кишки по поводу злокачественного новообразования ее нижнеампулярного отдела в специализированных клиниках.

344.Тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЕР) грыж паховой области под местной анестезией

Тарасов Е.Е. (1,2), Нишневич Е.В. (1,2), Багин В.А. (1,2).

Екатеринбург

1) УГМУ, 2) ГАУЗ СО "ГКБ№40"

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с грыжами паховой области, с высоким операционно-анестезиологическим риском и коагулопатией, оперированных под местной анестезией с применением тотальной экстраперитонеальной пластики. Материал и методы. Всех пациентов оперировали по следующей методике. Для доступа использовали поперечный разрез кожи 2 см ниже пупка после инфильтративной анестезии кожи и ПЖК лидокаином 1%. Апоневроз рассекался также в поперечном направлении. После отведения прямой мышцы живота крючками выполняли диссекцию прямой мышцы от заднего листка апоневроза. В созданное пространство вводили баллон диссектор и производили пневмодиссекцию предбрюшинного пространства. После диссекции в созданное пространство устанавливали два рабочих 5 мм троакара по разработанной нами методике. Троакар Хассона устанавливали в разрез под пупком. Производили инсуффляцию углекислого газа в предбрюшинное пространство под давлением 10-12 мм.рт.ст. Производили аппликационную анестезию 1% лидокаином брюшины и предбрюшинной клетчатки. Для инструментальной диссекции и выделения грыжевого мешка использовали биполярную коагуляцию и мягкий зажим. При необходимости выполняли инфильтративную анестезию лидокаином 1% болезненных анатомических областей. По завершению диссекции устанавливали полипропиленовый сетчатый имплантат размерами 10 x 15см без фиксации. В период с 2019 по 2020г нами было прооперировано 14 пациентов. Все 14 пациентов имели высокий операционно-анестезиологический риск, ASA IV, средний индекс коморбидности Charlson 5.0 [4.25,6.00]. В 12 (71,4%) случаях у пациентов наблюдались явления медикаментозной коагулопатии, в следствии длительного приема антикоагулянтов. В 1 (7,1%) случае противопоказанием к спинальной анестезии явилась анатомическая аномалия позвоночника, как проявление болезни Бехтерева. 1 (7,1%) пациент отказался от общей и регионарной анестезии.

Мужчин было 11 (78,6%), средний возраст составил 73,50 (64.00, 84.00) года. В 7 (50%) случаях паховая грыжа была правосторонняя. С прямой паховой грыжей были прооперированы 4 (28,6%) пациентов, у 7 (50%) была косая паховая грыжа, в 3 (21,4%) случаях наблюдалась бедренная грыжа. Интраоперационно оценивали болевые ощущения в различных анатомических структурах паховой области по шкале ВАШ. Результаты. Все 14 пациентов были успешно прооперированы по методике ТЕР. Конверсий доступа не было. Среднее время операции составило 62.50 (45.00, 80.00) минуты. В 3 (21,4%) случаях интраоперационно отмечено повреждение париетальной брюшины, что привело к развитию пневмоперитонеума и появлению абдоминальных болей. Во всех этих случаях местная анестезия была дополнена общей внутривенной анестезией (1 ампула фентанила) без ИВЛ. Во время операции выявлены безболезненные оперативные приёмы (0 баллов по шкале ВАШ): слепая диссекция пальцем прямой мышцы живота от заднего листка апоневроза, диссекция пространства Ретциус и Богро, обнажение связки Купера и зоны запирающего отверстия, удаление липомы семенного канатика. Болезненными оперативными приёмами (1 балл и выше по шкале ВАШ) потребовавшими дополнительной инфильтративной анестезии оказались: выделение грыжевого мешка из структуры семенного канатика у мужчин, выделение грыжевого мешка при прямой грыже. Также болевые ощущения вызывает пневмоперитонеум (3 балла и выше по шкале ВАШ), образующийся в случае повреждения париетальной брюшины и требующий дополнительной общей анестезии. Летальных исходов, послеоперационных осложнений не наблюдали. Среднее время госпитализации составило 3,00 (3.00, 3.00) суток. Средний период наблюдения за пациентами составил 7.50 (6.25, 8.00) месяцев. Рецидивов за время наблюдения не выявлено. Выводы. Выполнение ТЕР под местной анестезией возможно и безопасно у пациентов с высоким анестезиологическим риском и коагулопатией. Для достижения адекватного обезболивания необходимо выполнять дополнительную инфильтративную анестезию области семенного канатика и треугольника Гессельбаха перед их диссекцией.

345. Хирургическое лечение поздних осложнений COVID-19-ассоциированной пневмонии*Печетов А.А., Волчанский Д.А.*

Москва

ФГБУ "НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского"
МЗ РФ

Введение. С начала пандемии коронавирусной инфекции в 2020 году до настоящего момента во всем мире зарегистрировано более 400 млн. случаев заболевания. В Российской Федерации – более 12 млн. случаев. Хотя окончательные статистические результаты отсутствуют, по данным ряда исследователей осложненное течение COVID-19-пневмонии в виде формирования абсцессов и гангрены легкого может встречаться в 4% случаев. При этом смертность варьирует от 8% до 30%. Как правило, в литературе встречаются единичные клинические наблюдения лечения деструктивной пневмонии и бронхо-плевральной фистулы. В данном исследовании представлена серия клинических наблюдений хирургического лечения 4 пациентов с деструктивной пневмонией в исходе лечения SARS-CoV-2-инфекции. Материалы и методы. В период с июля 2020 г. по январь 2022 г. проведено лечение 4 пациентов с гнойно-деструктивной пневмонией, эмпиемой плевры и формированием бронхо-плеврального свища как исхода коронавирусной инфекции. Всем пациентам проведено обследование по единому протоколу. Этапное хирургическое лечение включало формирование боковой торакастомы с целью дальнейшей санации плевральной полости. При достижении регенераторной фазы раневого процесса следующим этапом выполняли торакомиопластику дефекта мышечным лоскутом на питающей сосудистой ножке. В послеоперационном периоде проведена оценка ближайших (до 30 суток) и отдаленных результатов лечения. Осложнения в послеоперационном периоде оценены в соответствии с классификацией Clavien-Dindo. Результаты. Результаты лечения прослежены в сроки от 4 недель до 19 месяцев после торакопластики. Возраст пациентов составил от 30 до 64 лет с медианой 48 (35; 61) года. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1. Все пациенты имели факторы риска тяжелого течения пневмонии. На фоне комплексного консервативного лечения с этапом дренирования плевральной полости у одного пациента удалось разрешить формирование множественных двусторонних абсцессов легких. Трём пациентам с

имеющейся эмпиемой плевры на фоне бронхо-плеврального свища с целью эффективной санации плевральной полости сформирована торакастома. У двух из трех пациентов отмечалось наличие бронхо-плевральной фистулы. Медианная продолжительность местного лечения составила 56 суток (33, 105). В качестве реконструктивно-пластического этапа выполнена торакомиопластика дефекта – 1 пациенту лоскутом передней зубчатой мышцы и 2 пациентам лоскутом широчайшей мышцы спины соответственно. Время операции составило от 110 до 190 минут с медианой 145 минут (110, 190). В раннем послеоперационном периоде осложнений, потребовавших повторного хирургического лечения, не зарегистрировано. За время наблюдения рецидива гнойно-септического процесса и летальных исходов не выявлено. Выводы. Этапное хирургическое лечение пациентов с деструктивной пневмонией в исходе SARS-CoV-2-инфекции, может быть эффективным методом лечения, позволяющим добиться полной реабилитации пациентов. Необходимы дальнейшие исследования с целью определения обоснованной тактики ведения данной категории больных

346. Индивидуальная оценка риска сердечно-сосудистых осложнений в бариатрической хирургии*Анисимова К.А., Василевский Д.И., Баландов С.Г., Хамид З.М., Берулава Е.Т.*

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Метаболическая хирургия существенно расширяет возможности лечения морбидного ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Бариатрические операции относят к операциям «промежуточного риска» по частоте развития инфаркта миокарда или смерти от сердечных причин. Риск периоперационных осложнений напрямую зависит от функциональной способности пациента до операции, а также от наличия сопутствующих заболеваний и их тяжести. Кроме этого, на прогноз оказывают влияние объем, сложность, длительность операции. Наиболее

подвержены возникновению сердечно-сосудистых осложнений пациенты с ишемической болезнью сердца. Особое внимание следует уделять пациентам с сопутствующим сахарным диабетом, т.к. у них чаще встречается безболевая ишемия миокарда. Полностью безболевая ишемия миокарда выявляется у 18—25% лиц с доказанным атеросклерозом коронарных артерий. Материалы и методы. В исследование включено 149 пациентов, из них 35 больных с ишемической болезнью сердца, находившихся на лечении в Центре хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Алгоритм обследования определялся индивидуально, с учётом жалоб, анамнеза и физикального обследования пациента. Такое обследование, как правило включало в себя: измерение артериального давления, при необходимости – суточное мониторирование; электрокардиографию, для исключения ишемических изменений, признаков перенесенного инфаркта миокарда, а также нарушений ритма; холтеровское мониторирование электрокардиографии, в случае необходимости выявления клинически значимых нарушений ритма и проводимости; доплер-эхокардиографию для оценки локальной кинетики миокарда; стресс-тест для исключения ишемической болезни сердца, при физической невозможности выполнения пациентом нагрузочной пробы выполнялась фармакологическая стресс-эхокардиография с добутамином. Также рассчитывался Индекс Lee, который представляет собой модифицированный индекс Goldman, и считается оптимальным инструментом оценки риска при некардиальных вмешательствах. После предоперационного обследования 35 пациентов с ишемической болезнью сердца: 5 пациентам установлен внутрижелудочный баллон, 23 пациентам была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка, 5 пациентам – лапароскопическое гастропунктирование по Ру, Полученные результаты. По результатам предоперационного обследования 35 пациентов с ишемической болезнью сердца у 3 пациентов была выявлена безболевая форма. В 5 случаях в ходе предоперационного обследования и подготовки потребовалось выполнение коронарной ангиографии. Двум пациентам была показана хирургическая реваскуляризация миокарда. Остальным пациентам проводилась медикаментозная терапия перед хирургическим вмешательством. Обсуждение. Индекс Lee?3 баллов в сочетании с низкой функциональной способностью пациента значительно повышает

прогноз развития сердечно-сосудистых осложнений бариатрических вмешательств. Выводы. Предоперационная стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений с использованием Индекса Lee, позволяет определить эффективный алгоритм обследования и безопасную стратегию лечения морбидного ожирения, что существенно снижает частоту осложнений бариатрических вмешательств. Рекомендации. Бариатрические операции у пациентов с морбидным ожирением и ишемической болезнью сердца должны проводиться с обязательным учётом степени риска сердечно-сосудистых осложнений на основании алгоритма с использованием индекса Lee в рамках мультидисциплинарного подхода.

347. Применение интегральной шкалы комплексной оценки риска злокачественности узловых образований щитовидной железы

Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Симонова М.С., Криволапов Д.С., Вшивцев Д.О.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ

Актуальность. Обследование и лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы (УОЩЖ) остается одной из сложных и актуальных проблем эндокринологии и эндокринной хирургии, что связано с высокой частотой их выявления и трудностями предоперационной морфологической верификации, требующими оптимизации и усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма. Цель исследования. Уточнить возможности интегральной шкалы комплексной лабораторно-инструментальной оценки риска злокачественности УОЩЖ, основанной на применении современных методов диагностики. Материал и методы. Основу исследования составили результаты комплексного обследования и хирургического лечения 65 больных УОЩЖ. Общепринятый лечебно-диагностический алгоритм был дополнен внедрением оригинальной шкалы комплексной оценки риска злокачественности УОЩЖ, основанной на пятибалльной системе (от 0 до 4, где «0» – отсутствие, а «4» – высокий риск

злокачественности) интерпретации результатов лабораторно-инструментальных исследований: УЗИ ЩЖ в рамках системы TIRADS; цитологического исследования пункционного материала в рамках системы Bethesda; оригинальной методики полуколичественного анализа результатов двухиндикаторной сцинтиграфии ЩЖ с Tc-99m-пертехнетатом и Tc-99m-технетрилом; оценки уровня экспрессии Galectin-3 и выявления мутации V600E гена BRAF в пункционном материале. Полученные результаты. УЗИ ЩЖ в рамках системы TIRADS позволило выявить признаки злокачественного роста у 42 (70%) больных: один признак (TIRADS 4a) – у 20 пациентов; 2 признака (TIRADS 4b) – у 11; 3 признака (TIRADS 4c) – у 5; 4-5 признаков (TIRADS 5) – у 6. С учетом риска злокачественности в оригинальной шкале 0 баллов присвоено категории TIRADS 2 (0%); 1 балл – TIRADS 3 (6,1%); 2 балла – TIRADS 4a (20%); 3 балла – TIRADS 4b и 4c (73-80%); 4 балла – TIRADS 5 (100%). Результаты сопоставления гистологического и цитологического исследования пункционного материала в рамках системы TBSRTC показали, что ВДРЩЖ подтвердился у 25 (96,1%) пациентов из 26 пациентов в VI категории, у 2 (66,7%) из 3 в V категории, у 4 (15,4%) из 26 в IV категории. Фолликулярные аденомы диагностированы у 2 пациентов в VI и V категориях и у 22 (84,6%) – в IV категории. У всех пациентов с «коллоидным зобом» (n=10) подтверждено наличие доброкачественного процесса. С учетом полученных данных 0 баллов присвоено Bethesda I; 1 – Bethesda II (0%); 2 – Bethesda IV (15,4%); 3 – Bethesda V (66,7); 4 – Bethesda VI (96,1%). Полуколичественная оценка результатов динамической двухиндикаторной сцинтиграфии с 99mTc-пертехнетатом и 99mTc-технетрилом позволила установить, что УОЩЖ с индексом вымывания более 40% соответствовали коллоидному зобу, от 40% до 20% – фолликулярным аденомам, менее 20% – папиллярным карциномам. Согласно значениям индекса вымывания 0 баллов присвоено при его значении >80%, 1 – 60-80%, 2 – 40-80%; 3 – 20-40%; 4 – <20%. Оценка уровня экспрессии Galectin-3 показала, что у больных ВДРЩЖ он находится в пределах от 47,6 до 89,9%, пациентов с фолликулярными аденомами – от 21,9 до 45,2%, коллоидным зобом – ниже 19,3%. В рамках оригинальной шкалы 0 баллов присвоено УОЩЖ при уровне Galectin-3 <20%, 1 – 20-40%; 2 – 40-60%; 3 – 60-80%; 4 – >80%. Выявление BRAF-мутации в пункционном материале опухолей соответствует 4 баллам оригинальной шкалы (риск злокачественности – 97,1%), в то время как ее отсутствие – 2 баллам (риск злокачественности – 25,8%). Комплексная оценка УОЩЖ с

использованием интегральной шкалы свидетельствует, что при количестве баллов от 0 до 5 риск злокачественности составил 2-3%, от 5 до 10 баллов – 3-25%, 10-15 баллов – 25-62%, 15-20 баллов – 62-95% (коэффициент ранговой корреляции Спирмена (?) равен 0,95 (p=0,0153). Выводы. Применение интегральной шкалы комплексной лабораторно-инструментальной оценки УОЩЖ позволяет с высокой точностью стратифицировать риск их злокачественности, тем самым максимально приблизить клинический диагноз к морфологическому и планировать адекватный объем и методику оперативного вмешательства.

348. Особенности работы монопрофильного стационара по лечению инфекционно-воспалительных заболеваний в условиях сложной эпидемиологической обстановки

Кожевников В.Б. (1,2), Хохлова И.М. (1), Орлов А.Г. (1)

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ "Городская больница № 14",
- 2) СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Актуальность. Высокая частота заболеваний хирургическими инфекциями во всем мире очевидна. Цифры разнятся, но их порядок достаточно высок. В России ежегодно регистрируется до 30-40% случаев гнойных заболеваний в структуре хирургической патологии. СПб ГБУЗ "Городская больница № 14" (далее - Больница) является монопрофильным учреждением, единственным в России по лечению инфекционно-воспалительных заболеваний и осложнений мягких тканей, осложненных форм синдрома диабетической стопы и критической ишемии нижних конечностей. Несмотря на активное развитие всех отраслей медицины, тенденция к уменьшению доли этих заболеваний в течение последних лет отсутствует. Данные статистики Больницы уверенно подтверждают этот факт, в том числе и на уровне современного мегаполиса – Санкт-Петербурга. Число пролеченных в Больнице пациентов в течение последних пяти лет составило: 2017 – 12 028, 2018 – 11 629, 2019 – 12 023, 2020 – 9 554, 2021 – 10

884. Сложный период, связанный с распространением во всем мире новой коронавирусной инфекции COVID-19, значительно повлиял на работу всех медицинских учреждений. Мы наблюдаем утяжеление заболеваний, развитие синдрома взаимного отягощения за счет комбинации вирусного и бактериального поражения тканей, значительный рост хирургических, эпидемиологических, организационных проблем, особенно у пациентов с высокой полиморбидностью. Пациенты Больницы — это пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, с терминальными стадиями окклюзионных и стенотических изменений артериальных сосудов, интоксикацией, явлениями энцефалопатии, снижением иммунитета, прогрессированием инфекционно-воспалительных заболеваний и осложнений. Данная категория пациентов очень сложна для наблюдения, диагностики и комплексного лечения, особенно в условиях непростой эпидемиологической ситуации. Цель. Оценить особенности входящего потока пациентов, поступающих в «чистый», по новой коронавирусной инфекции COVID-19, узкоспециализированный стационар по лечению хирургических инфекций в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки и результаты лечения с целью оптимизации оказания специализированной помощи. Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения пациентов в монопрофильном стационаре по лечению пациентов с хирургической инфекцией (в Больнице) в период 2017-2021 гг. Коечная емкость стационара составляет 301 койка, из них - 271 по профилю гнойная хирургия. Больница, являясь Городским центром по лечению хирургических инфекций и Городским центром спасения конечностей, работает в режиме скорой помощи круглосуточно семь дней в неделю. В условиях пандемии Больница осталась единственным в Санкт-Петербурге стационаром по лечению данной категории пациентов. Результаты. За 2021 год в Больнице пролечено 10 884 пациента с различными инфекционно-воспалительными заболеваниями и осложнениями. За последние 2 года (2020 и 2021) наблюдается уменьшение количества госпитализированных пациентов. Вряд ли можно предположить снижение уровня гнойных заболеваний в популяции или активную работу амбулаторного звена. Этот сложный период напрямую связан с неблагоприятной эпидемической обстановкой во всем мире и, соответственно, в Санкт-Петербурге. Вследствие перепрофилирования городских стационаров под прием «ковидных» пациентов, Больница осталась

единственным «чистым» стационаром, оказывающим помощь по профилю «гнойная хирургия». При этом, очень важно отметить, на фоне уменьшения госпитализации мы наблюдаем значительное утяжеление состояния поступающих пациентов. Это подтверждают показатели досуточной летальности, которые значительно возросли в этот сложный период в сравнении с 2017-2019 гг. 2017 – 0,4%, 2018 – 0,57%, 2019 – 0,54%, 2020 – 0,8%, 2021 - 1,1%. Показатели общей летальности пролеченных в Больнице пациентов имеют такую же тенденцию к росту. 2017 – 2,5%, 2018 – 2,6%, 2019 – 2,7%, 2020 – 4,3%, 2021 - 5,8%. Показатели летальности среди пациентов Больницы за прошлые годы, на фоне разработанной системы организационно-лечебных мероприятий, были стабилизированы. Однако эти цифры нельзя назвать низкими. Это обусловлено рядом особенностей пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Преобладание людей пожилого и старческого возраста, в том числе с наличием критической ишемии нижних конечностей, больные с синдромом диабетической стопы, требующие многочисленных этапных хирургических вмешательств, больные с трофическими нарушениями на фоне распространенного атеросклероза, сахарного диабета, страдающие наркоманией, гепатитом и ВИЧ-инфекцией, лица, страдающие алкоголизмом, без определенного места жительства, лежачие больные с тяжелой сопутствующей патологией, с осложнениями в виде формирования некрозов мягких тканей. Выводы. Сложная эпидемиологическая обстановка для «чистого», по новой коронавирусной инфекции COVID-19 стационара, реализовалась в значительном увеличении нагрузки на медицинский персонал и изменением контингента больных, характеризующихся крайней полиморбидностью. Значительное утяжеление общего состояния поступающих больных, связано, вероятнее всего, с поздней госпитализацией, обусловленной боязнью пациентов лечения в стационаре в условиях пандемии, а также ограничением доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе, плановой медицинской помощи, значительным перегрузом поликлиник. Возможным решением данной проблемы должна быть определенная реорганизация работы амбулаторного звена, мобилизация средств массовой информации по информированию населения в вопросах оказания полноценной и комплексной медицинской помощи в условиях эпидемии вирусной инфекции.

349. Робот da Vinci в лечении выпадений прямой кишки*Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Кашапова А.Р.,
Прокопьев М.В.*

Уфа

БГМУ

Актуальность. Пожилой возраст, недостаточность мышц тазового дна, высокая частота рецидивов, техническая сложность выполнения операции при выпадении прямой кишки, связанная с работой в малом тазу требует дальнейшего поиска решения данной проблемы. Лапароскопическая ректопексия с применением сетчатых имплантов стала золотым стандартом хирургического лечения выпадения прямой кишки. Внедрение роботической хирургии в колопроктологию открыло новые возможности для улучшения результатов хирургического лечения. Цель. Оценить преимущества и недостатки роботической ректопексии. Материал и методы. В университетской клинике БГМУ (г.Уфа) выполнено более 200 роботизированных колоректальных операций. Лапароскопическая робот-ассистированная ректопексия выполнена 9 пациентам с применением полипропиленовой сетки. Среди оперированных преобладали женщины (n=8, 88,9%), у трех из них в анамнезе была гистерэктомия. 7 пациентов были жители сельской местности. Средний возраст составил 57 лет, возраст колебался от 25 до 77 лет. У всех пациентов была различной степени выраженности недостаточность мышц анального сфинктера. В 3-х случаях (33,3%) имели место рецидивы после ранее выполненного хирургического лечения. В одном случае ранее выполнялась ректопексия из промежностного доступа, в двух других трансабдоминально, в одном случае с использованием сетки. Результаты. Операции были выполнены на роботе da Vinci Si, с применением 3 рук и одного 12 мм ассистентского порта. Использовался полипропиленовый крупнопористый сетчатый имплант. Сетка после расщепления ректовагинальной перегородки фиксировалась 6 швами к передней полуокружности прямой кишки и затем 3-я швами к мысу крестца с применением атравматичной нерезорбируемой полифиламентной нити. После чего тазовая брюшина ушивалась нитью V-loc с ликвидацией глубокого дугласового кармана. Среднее время выполнения вмешательства составило 87 минут. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Энтеральный прием

жидкой пищи начат в первые сутки, первый стул отмечен через 2,5 суток. Среднее время пребывания в стационаре составило 5 суток. Сроки наблюдения составили от 1 до 25 месяцев. В одном случае отмечен рецидив заболевания развившийся в течение месяца с момента операции вследствие чрезмерной физической нагрузки. Обсуждение. Использование моно- и биполярной коагуляции роботических инструментов без эссенциального тремора рук с 3d визуализацией операционного поля в ограниченном пространстве малого таза позволяет с предельной точностью и низким риском повреждения прямой кишки и других структур произвести качественную диссекцию тканей с минимальной кровопотерей и фиксацию импланта с получением отличного и хорошего результата. Выводы. Первый опыт выполнения роботических ректопексий показал их безопасность и выполнимость. Недостатком применения робота da Vinci в хирургическом лечении выпадений прямой кишки является его высокая стоимость, что должно измениться с появлением различных производителей роботов для хирургии. Дальнейшее накопление опыта позволит провести более глубокий анализ результатов лечения.

350. Обеспечение безопасности минимально инвазивной хирургии щитовидной и околощитовидных желез*Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А.,
Криволапов Д.С., Пришвин А.П., Вшивцев Д.О.,
Симонова М.С.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия имени
С. М. Кирова" МО РФ

Актуальность. С учетом развития минимально инвазивной хирургии щитовидной (ЩЖ) и околощитовидных желез (ОЩЖ), которая значительно отличается от существовавшего около века «стандарта» выполнения операций, на современном этапе необходимо определить показания и рекомендации к их применению, свести к минимуму периоперационные осложнения и обеспечить безопасность пациентов, повышая осведомленность хирургов и опыт использования

новых технологий. Цель исследования. Проанализировать результаты, эффективность, преимущества и недостатки, особенности технического сопровождения, методичность выполнения и критерии аргументированного отбора больных для различных минимально инвазивных операций в хирургии ЩЖ и ОЩЖ с позиций обеспечения их безопасности. Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 453 пациентов с заболеваниями ЩЖ, которые были разделены на ретроспективную (n=173) и проспективную (n=280) группы, а также 52 больных гиперпаратиреозом. Операции выполнены с использованием 4-х минимально инвазивных методик: неэндоскопической – Minimally Invasive Nonendoscopic Thyroidectomy/Parathyroidectomy (MIT/MIP, n=145/17), эндоскопически-ассистированной – Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy/Parathyroidectomy (MIVAT/MIVAP, n=180/32), и 2-х эндоскопических – Axillo-Bilateral-Breast Approach (ABBA, n=113) и Transoral Endoscopic Thyroidectomy/Parathyroidectomy Vestibular Approach (ТОЕТВА/ТОЕРВА, n=15/3). Результаты. Анализ результатов хирургического лечения больных ретроспективного исследования позволил установить, что интраоперационные осложнения (кровотечения) развились у 3 (1,7%) больных, прооперированных по методике ABBA и послужили причиной конверсии доступа, послеоперационные – у 10 (5,8%): транзиторный парез гортани – у 5 (2,9%); транзиторный гипопаратиреоз – у 2 (1,2%); гематома области операции – у 3 (1,7%). Критический анализ причин развития осложнений позволил установить их достоверные причинные факторы, исходя из которых были уточнены критерии отбора больных для различных минимально инвазивных вмешательств, показавшие свою клиническую эффективность. Разработка и реализация концепции безопасности хирургии ЩЖ и ОЩЖ у больных проспективного исследования, заключающейся в применении установленных критериев и методичности выполнения технических приемов оперативных вмешательств с дифференцированным использованием энергетических устройств, рутинным применением интраоперационного нейромониторинга, позволили избежать конверсии доступа на традиционный и развития интраоперационных осложнений, а также минимизировать число послеоперационных, которые носили транзиторный и функциональный характер и развились у 7 (2,5%) пациентов: функциональная дисфония – у 2 (0,7%), дисфагия – у 1 (0,4%), гипопаратиреоз – у 6 (2,1%). Доказана

эффективность и безопасность минимально инвазивных операций в лечении больных первичным гиперпаратиреозом, у которых достигнуто выздоровление при минимальном количестве транзиторных осложнений операции в виде пареза гортани (n=3). При этом эндоскопически-ассистированные операции показали себя как наиболее безопасные при незначительном увеличении их продолжительности. Проведенное исследование позволило установить преимущества минимально инвазивных операций на ЩЖ и ОЩЖ, такие как снижение частоты специфических послеоперационных осложнений, уменьшение степени выраженности болевого синдрома, снижение сроков пребывания больных в стационаре, улучшение косметического результата, а также повышение качества жизни больных в послеоперационном периоде. Заключение. Обеспечение безопасности минимально инвазивной хирургии ЩЖ и ОЩЖ достигается соблюдением основных критериев выбора персонализированной методики хирургического лечения, современным техническим сопровождением операций, а также методичностью их выполнения, что в совокупности обеспечивает выполнение обоснованных по объему и методике хирургических вмешательств, позволяет минимизировать частоту специфических осложнений и операционную травму.

351. Оценка нейрофизиологических параметров при атеросклеротическом поражении сонных и позвоночных артерий

Соляник Н.А. (1), Калинин Р.Е. (1), Сучков И.А. (1), Пшенников А.С. (1), Зорин Р.А. (1), Везенова И.В. (1)

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. При европейском населении 715 миллионов человек, около 1,4 миллиона инсультов происходит каждый год. Около 87 процентов инсультов являются ишемическими. Среди них атеросклероз сонных артерий занимает около 20 процентов. Большое значение имеет остаточный неврологический дефицит и методы его изучения.

Основным аспектом изучения нейрофизиологических параметров является оценка связи со степенью стеноза и изменением неврологической симптоматики. Материалы и методы. Обследованы 35 пациентов с гемодинамически значимым стенозом брахиоцефальных артерий, верифицированным на основании дуплексного сканирования. Разделение пациентов производилось методом кластерного анализа на основании выраженности неврологической симптоматики и степени стеноза. Сравнение показателей в группах проводилось методами непараметрической статистики, использовался критерий Манна-Уитни (U). При сравнении распределения пациентов по группам использовались таблицы 2x2, критерий хи-квадрат. Пациентам проводили спектральный анализ и анализ функции когерентности электроэнцефалограммы, регистрацию когнитивных вызванных потенциалов P300, исследование variability сердечного ритма (BCP). Отбор корреляций в группах проводился методом искусственных нейронных сетей. Результаты. Было выделено 2 группы пациентов. Группы были идентифицированы методом K-средних. В первую группу вошли 19 человек, во вторую - 16 человек. Группа 1 характеризовалась меньшей выраженностью неврологической симптоматики и стенозом на стороне поражения (NIHSS баллы 2 (Me); $p=0.001$); 2-я группа характеризовалась противоположными характеристиками (NIHSS баллы 10 (Me); $p=0.001$). %. Различия статистически значимы (хи-квадрат 4,8; $p = 0,028$). Мы создали искусственную нейронную сеть, которая распределяет испытуемых по этим группам на основе исследуемых нейрофизиологических параметров. Для оценки значимости показателей они были ранжированы в зависимости от чувствительности показателей (их влияния на решение задачи классификации) было выделено 3 группы показателей - 1 группа показателей. индикаторы с чувствительностью более 2; 2 группа индикаторов с чувствительностью от 1 до 2; Группа 3 - чувствительность меньше 1. В первой группе показателей характеристика когнитивного вызванного потенциала P300 имеет преобладание в 40%, второе место заняли показатели кросскорреляционной функции ЭЭГ (30%), затем спектральные характеристики ЭЭГ (20%) и BCP (10%). Показатели умеренной прогностической значимости, в 50% - характеристики BCP, 20% - показатели P300 и кросскорреляционной функции ЭЭГ, 10% - характеристики спектрального анализа. В 3-й группе параметров показатели спектрального анализа ЭЭГ,

P300, BCP были распределены относительно равномерно (около 30% каждый), 10% - характеристики когерентности. Таким образом, показатели когнитивного вызванного потенциала P300 являются наиболее значимыми при распределении испытуемых по группам с различной степенью исходного неврологического дефицита и степенью стеноза артерий. Обсуждение. Неврологические нарушения у пациентов с перенесенными ишемическими событиями являются определяющими в снижении качества жизни, социальной дезадаптации и инвалидности. В связи с этим важно определение нейрофизиологических параметров ассоциированных с развитием неврологических расстройств, что может влиять на выбор тактики послеоперационного ведения этих пациентов. Показатели когнитивного вызванного потенциала, отражающие нейрофизиологические связи, выстраиваемые между нейронами различными отделами мозга являются наиболее значимыми. Выводы. Метод искусственных нейронных сетей позволяет выделить наиболее значимые нейрофизиологические корреляты недостаточности неврологических функций, к которым в первую очередь относятся показатели когнитивного вызванного потенциала P300, что стоит рассмотреть, как предиктор развития неврологического дефицита связанный с поражением брахиоцефальных артерий.

352. Выбор метода профилактики тромботических осложнений у пациентов с заболеваниями желудка в сочетании с коморбидной патологией

*Кательницкий И.И., Немирович М.В.,
Простов И.И., Ливадная Е.М.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ МР

Актуальность. Несмотря на значительные достижения в профилактике и лечении венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается наиболее распространенной предотвратимой причиной больничной смертности. Предупреждение венозных тромбозов и тромбоэмболических

событий, как фармакологическими, так и оперативными методиками, не только позволяет улучшить результаты лечения хирургических пациентов с коморбидной патологией, а так же сократить число ВТЭО в данной группе пациентов. Материалы и методы. Проведен анализ 104 пациентов с доброкачественными заболеваниями желудка, которым требовалось проведение оперативного вмешательства в плановом порядке, имеющих в свою очередь II – III степень венозной недостаточности (4, 5 и 6 класс по классификации СЕАР). Данные пациенты помимо венозной недостаточности, на фоне основного заболевания, имели высокую степень коморбидности по сопутствующим патологиям, таким как ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, хроническое нарушение мозгового кровообращения, гипертоническая болезнь, ожирение II-IV степени. Все пациенты разделены на три сопоставимые группы. В первую группу вошли пациенты (35 человек), которым профилактика включала медикаментозную терапию ВТЭО (НМГ - эноксапарин) и механическую профилактику в виде компрессионной терапии. Во второй группе (34 пациента) профилактика ВТЭО была представлена эндовазальными вмешательствами в сочетании с медикаментозной профилактикой и госпитальным трикотажем. В третьей группе пациентов (35 человек) - в качестве профилактики развития венозных тромботических осложнений выполнялось комбинированное оперативное вмешательство. Суть оперативного вмешательства заключалась в выполнении кроссектомии с последующей антеградной эндовазальной коагуляцией ствола большой подкожной вены в сочетании с медикаментозной профилактикой и компрессионным трикотажем. Полученные результаты: у пациентов первой группы ВТЭО наблюдались в 7 случаях: два проксимальных тромбоза, четыре дистальных тромбоза и развитие одной ТЭЛА мелких ветвей. Соответственно, применяемая стандартная медикаментозная профилактика не позволяла исключить развитие осложнений. Во второй группе пациентов развитие тромботических наблюдалось в меньшем количестве случаев: четыре дистальных тромбоза, один проксимальный тромбоз. В третьей группе пациентов, с применением комбинации методов профилактики отмечено развитие четырех дистальных тромбозов. Отсутствие ТЭЛА во второй и третьей группе позволяет сделать вывод, что подход с применением оперативных методов коррекции венозной недостаточности, позволяет более эффективно проводить профилактику ВТЭО у

данных пациентов. Обсуждение. У пациентов с коморбидной патологией в сочетании с венозной недостаточностью высока вероятность развития тромботических осложнений, что в свою очередь приводит к повышению количества ВТЭО у данной группы пациентов. Для улучшения результатов лечения пациентов с заболеваниями желудка в сочетании с коморбидной патологией и хронической венозной недостаточностью необходимо применение оперативных методов профилактики, позволяющих сократить число ВТЭО и исключить развитие ТЭЛА. Выводы. У коморбидных пациентов с заболеваниями желудка, нуждающихся в выполнении оперативных вмешательств, с целью сокращения количества ВТЭО, необходим индивидуальный подбор метода профилактики, включающий не только антикоагулянтную терапию, но и оперативные методы профилактики, включающие коррекцию хронической венозной недостаточности.

353. Оптимизация сроков выполнения плановых лапароскопических операций у пациентов, перенесших воспалительное осложнение дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК)

Шаповальянц С.Г., Линденберг А.А., Болихов К.В., Андрейцев И.Л., Платонова Е.Н., Шулаев А.В. Соловьев Н.С.

Москва

ГБУЗ ГКБ 31 ДЗ г. Москвы

Актуальность. Плановая лапароскопическая хирургия после воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК) в настоящее время является стандартом. Однако выбору оптимальных сроков проведения хирургического этапа уделяется недостаточное внимание. Рекомендуемый интервал после купирования острого дивертикулита (ОД) составляет от 6 до 12 недель. Нам не удалось найти в литературе данных о рекомендуемых сроках операций после перенесенного эпизода острого воспалительного паракишечного инфильтрата (ОВПИ) или абсцесса. Цель исследования. Определение оптимальных сроков выполнения

плановых лапароскопических оперативных вмешательств у пациентов, перенесших острое воспалительное осложнение ДБ. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 81 пациента, перенесшего острое воспалительное осложнение ДБОК и в последующем оперированного в плановом порядке лапароскопически в стационаре ГБУЗ ГКБ 31 ДЗМ в период с января 2010 по декабрь 2021 года. В анализируемой группе мужчин - 19 (23,5%) и женщин - 62 (76,5%), возраст от 38 до 77 лет, средний возраст составил 58,3 лет. Характер перенесенного острого воспалительного осложнения: ОД - 43 (53,1%) пациента и ОВПИ – 30 (37,0%) больных, излеченные консервативно, а также паракишечный абсцесс, разрешённый путём дренирования под контролем УЗ – в 8 (9,9%) наблюдениях. Результаты. Плановые лапароскопические вмешательства выполнялись в сроки от 3 до 16 недель, когда клинические и УЗ данные свидетельствовали о разрешении воспалительного процесса. В зависимости от сроков проведения оперативных вмешательств пациенты разделены на 2 группы. Проанализированы интраоперационно выраженность местных тканевых воспалительных и рубцовых явлений, особенности течения послеоперационного периода (продолжительность, системные воспалительные проявления), необходимость конверсии, а также характер послеоперационных осложнений. В группе пациентов, перенесших ОД (N1=43), плановая операция выполнена у 11 (25,6%) пациентов в сроки от 3 до 8 недель, у 32 (74,4%) больных — от 8 до 12 недель. Среди пациентов, оперированных в интервале от 3 до 8 недель — в 2 (4,6%) наблюдениях выполнена конверсия доступа в связи с выраженными воспалительными изменениями, из которых в 1 случае выполнена передняя резекция прямой кишки с превентивной илеостомией, а у 2 больных (4,6%) отмечена несостоятельность анастомоза в послеоперационном периоде. В период от 8 до 12 недель — особенностей и осложнений отмечено не было. В группе пациентов, перенесших ОВПИ (N2=30), плановая операция выполнена у 18 (60,0%) пациентов в сроки от 3 до 8 недель, у 12 (40,0%) больных - от 8 до 12 недель. Среди пациентов, оперированных в период от 3 до 8 недель — в 2 случаях (6,6%) отмечена несостоятельность анастомоза, из которых в 1 наблюдении в послеоперационном периоде отмечена стриктура анастомоза, у 1 пациента (3,3%) в связи с сохраняющимся воспалительным инфильтратом объём операции расширен до передней резекции прямой кишки с илеостомией; в 2 наблюдениях (6,6%) потребовалась конверсия

доступа. Среди пациентов, оперированных в период от 8 до 12 недель - в 1 случае (3,3%) потребовалась конверсия доступа. В группе пациентов, перенесших паракишечный абсцесс (N3=8), плановая операция выполнялась у 4 (50,0%) пациентов в сроки от 3 до 12 недель, у 4 (50,0%) больных - от 12 до 16 недель. Среди 4 пациентов, оперированных в срок от 12 до 16 недель, осложнений не отмечалось, в 1 случае выполнена конверсия доступа. Среди пациентов, оперированных в период от 3 до 12 недель — в 2 случаях (25,0%) потребовалась конверсия доступа в связи с выраженными инфильтративными и рубцовыми изменениями, из которых в 1 случае (12,5%) выполнена операция по Гартману, а в 1 наблюдении (12,5%) - одномоментная резекция тонкой кишки. Выводы. Оптимальным сроком выполнения лапароскопического оперативного вмешательства в группе пациентов, перенесших ОД и ОВПИ явились сроки от 8 до 12 недель; в группе пациентов, перенесших паракишечный абсцесс - от 12 до 16 недель.

354. Спонтанный пневмомедиастинум у пациентов с COVID-19: диагностика и тактика при развитии синдрома утечки воздуха

Мяконький Р.В. (1), Каплунов К.О. (2),
Краюшкин С.И. (2)

Волгоград

1) Волгоградская областная клиническая больница № 3, 2) Волгоградский государственный медицинский университет

Инфильтрация воздухом клетчатки средостения, описываемая как спонтанный пневмомедиастинум или эмфизема средостения – аккумуляция воздуха в клетчатке вокруг средостенных структур. Пневмомедиастинум описываемый в литературе как спонтанный, редко сопровождается пневмонией. Поражение легких при COVID-19 не является пневмонией в классическом понимании, поскольку имеет место интерстициальное поражение (пневмонит) – альвеолярно-интерстициальный синдром. С момента начала распространения в России COVID-19, число пациентов с пневмомедиастинумом выросло до 2,4% от общего числа больных торакальных отделений, указанное

осложнение может иметь место при любых вариантах течения COVID-19, а сроки его возникновения составляют от 2 до 18 суток с медианой 14 суток с момента появления первых симптомов коронавирусной инфекции (А.А. Полянцев и соавт., 2021). Нами проведен анализ и оценка серии собственных наблюдений на базе ковидного госпиталя Волгоградской областной клинической больницы №3, в период с 25.03.2020г. по 31.12.2021г., когорту изучения составили 5233 пациента с положительным ПЦР тестом на COVID-19 и/или имевших признаки пневмонии, визуализированной посредством лучевой диагностики: рентгенографии (РГ) и/или компьютерной томографии (КТ). Согласно общепринятой «эмпирической» визуальной шкале, определяющей объем уплотненной легочной ткани в обоих легких, пациенты, включенные в выборку, имели объем поражения от РГ/КТ-2 до РГ/КТ-4. Пневмомедиастинум и/или пневмоторакс выявлены у 87 (1,6%) больных в возрасте от 52 до 93 лет, из них мужчин 29,9%, женщин – 70,1%. При этом эмфизема средостения выявлена у 43 больных (49,4%), сочетание пневмомедиастинума и пневмоторакса – у 44 (50,6%). Неблагоприятный исход заболевания отмечен у 78 больных (89,7%), в структуре общей летальности данная группа пациентов составила 22%. Развитие пневмомедиастинума и подкожной эмфиземы у пациентов с критическим (субтотальным и тотальным) объемом поражения легких имеет этиологические факторы: диффузное альвеолярное повреждение (пневмонит) и необходимость проведения высокопоточной кислородной донации. Это позволяет говорить о специфическом осложнении респираторной поддержки при тяжелом течении COVID-19. Практически каждый пятый погибший имел пневмомедиастинум, подкожную эмфизему и/или пневмоторакс, что позволяет рассмотреть возможность введения термина - альвеолярно-перфузионный интерстициальный пневмомедиастинум (АПИП). Лечение пациентов с COVID-19-ассоциированной пневмонией, осложнившейся эмфиземой средостения должно быть преимущественно консервативным. Тактическая логика для принятия решения в пользу оперативного лечения требует учета объема скопившегося воздуха в средостении, плевральной полости, подкожной клетчатке, прогрессирования дыхательной недостаточности, а также инфицирования мягких тканей средостения с развитием медиастинита. Основным инструментальным методом выявления синдрома утечки воздуха является лучевая диагностика (КТ, РГ), позволяющая визуализировать

топическое расположение воздуха, органов средостения и легких. Причем для максимальной информативности РГ должна всегда выполняться в двух проекциях – прямой и боковой. Таким образом, развитие пневмомедиастинума и подкожной эмфиземы должно рассматриваться как специфическое осложнение пневмонии, вызванной COVID-19. Лечение медиастинальной эмфиземы у больных с COVID-19 является преимущественно консервативным, показаниями к хирургическому лечению могут стать развитие напряженной эмфиземы средостения и манифестация медиастинита, а также наличие клинически значимого сопутствующего пневмоторакса вне зависимости от этиологии последнего. Достоверные статистические данные распространенности синдрома утечки воздуха среди пациентов с COVID-19 отсутствуют, неоднозначными являются и тактические лечебные подходы. Указанные обстоятельства требуют активизации научного поиска и наращивания статистической мощности в указанном направлении, что диктует необходимость сбора мультицентровых данных и создание соответствующего федерального реестра.

355. Оценка результатов ретромускулярной герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах

*Коптеев Н.Р. (1,2), Лодыгин А.В. (1,2),
Кащенко В.А. (1,2).*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА, 2) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Актуальность. На сегодняшний день основным направлением в хирургии послеоперационных вентральных грыж является малоинвазивный подход и реконструкция передней брюшной стенки с ненапряжной герниопластикой сетчатым имплантом. Вопрос «золотого стандарта» хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж остается предметом дискуссий из-за широкого спектра выполняемых хирургических техник. Согласно ряду исследований зарубежных и отечественных авторов лучшим

расположением сетчатого импланта является ретромускулярное (sublay) пространство. Герниопластика Rives-Stoppa с размещением сетчатого импланта ретромускулярно, предложенная в 1965 году, отвечает всем современным требованиям герниологии и характеризуется низкой частотой послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. В настоящее время данный метод герниопластики является фундаментом для развития современных и высокоэффективных малоинвазивных методик устранения послеоперационных вентральных грыж. Одной из последних инноваций является эндовидеохирургическое исполнение данной операции. В 2016 году Belyansky I. и соавт. описали эндовидеохирургический метод задней ретромускуляторной пластики (eTEP-RS - extended totally extraperitoneal River-Stoppa), реконструктивную технику восстановления белой линии живота с установкой сетчатого имплантата в ретромускулярное пространство с использованием приема «crossover». Безусловным достоинством данной методики является возможность совместить принцип Sublay с эндовидеохирургической техникой. Цель. Оценить ранние и отдаленные результаты открытой и эндовидеохирургической ретромускулярной герниопластики послеоперационных вентральных грыж. Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января 2019 года по июнь 2021 года на основании про- и ретроспективного анализа историй болезни и анкетирования пациентов. В исследование включено 49 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которые были разделены на 2 группы в зависимости от проведенной операции: I группа (n=26) - использована ретромускулярная герниопластика доступом eTEP RS, II группа (n=23) - открытая герниопластика Sublay. Результаты. Среднее время операции в I группе составило $167,3 \pm 59$ минут, во II - $100,8 \pm 46,7$ минут. Среднее время нахождения в стационаре после оперативного лечения доступом eTEP – $4,4 \pm 2,5$ дней, что значительно меньше, чем после операции Sublay – $5,7 \pm 2,2$ дней ($p=0,021$). Интенсивность боли по шкале ВАШ за первые 3-е суток была максимальной в группе пациентов с открытой герниопластикой ($p < 0,05$). Также образование сером значительно чаще отмечалось во II группе – 6 пациентов ($p=0,028$). В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялось анкетирование по EuroHSQoL (6-й, 12-й и 24-й месяц). Производилась оценка интенсивности болевого синдрома, тенденции к его хронизации, уровня функционального и

косметического дискомфорта. Согласно результатам опроса, медиана интенсивности и длительности болевого синдрома была значимо выше в группе с открытой герниопластикой Sublay ($p < 0,001$) в первые 6 месяцев после выписки. Медиана уровня хронической послеоперационной боли и ограничения активности через полгода равнялась 0 баллов в обеих группах. Результаты анкетирования пациентов показали, что в обеих группах после выполнения операции косметическая удовлетворенность пациентов существенно возросла, но после эндовидеохирургической герниопластики больные оценивают состояние достоверно лучше ($p = 0,038$). Рецидив наблюдался в одном случае в группе с открытой пластикой Sublay в трехлетнем периоде наблюдения. Выводы. Ретромускулярная герниопластика послеоперационных вентральных грыж с использованием eTEP доступа – современный и высокотехнологичный метод, позволяющий располагать сетчатый имплант в выгодном слое за счет эндоскопической диссекции, приводящий к уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде, восстановлению функциональных способностей пациента и меньшему количеству послеоперационных осложнений.

356. Внесфинктерное проведение лигатур при сложных свищах прямой кишки: ближайшие и отдаленные результаты

Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)

Чита

1) ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, 2) ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Чита"

Актуальность. В последние десятилетия в клинической практике при сложных свищах прямой кишки активно используются десятки способов операций, что связано не только с многообразием форм и вариантов течения этой патологии, но и с неудовлетворенностью хирургов результатами лечения: нарушения функции анального сфинктера встречается в 4-30% наблюдений, рецидивы свищей у 3-40% оперированных больных. Это диктует

необходимость разработок новых сфинктеросохраняющих вариантов операций при сложных и высоких параректальных свищах. Цель исследования. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты чрессфинктерного и внесфинктерного проведения латексных лигатур в ходе операций по поводу сложных прямокишечных свищей. Материалы и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование ближайших и отдаленных результатов длительно (более 2 лет) наблюдавшихся 40 больных с высокими транссфинктерными и экстрасфинктерными параректальными свищами II-IV степени сложности, оперированных в 2015-2020 годах в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Чита». Из них 18 пациентам со свищами II-III степени сложности выполнено классическое субтотальное иссечение свища с проведением латексной лигатуры вокруг 2-3 порций наружного сфинктера (I группа). Другим 22 больным (II группа) со свищами III-IV степени сложности выполнено субтотальное иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки поверх иссеченного внутреннего отверстия свища и проведением одной-двух латексных лигатур внесфинктерно через остатки свищевых ходов при подковообразных вариантах или через свищ и наложенную дополнительную контрапертуру, не касаясь наружного сфинктера. Все пациенты по 3-6 раз обследовались в ближайшие недели и месяцы и по 1-2 раза ежегодно в ходе регулярных профилактических осмотров в течение 2-6 лет диспансерного наблюдения. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ MS Excel. Результаты. В I группе из 18 больных проведенная лигатура сразу же выполняла «прорезающую» функцию, низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена у 11 (61,1%) пациентов, недержание газов и жидкого кала в первые недели наблюдалось у 7 (38,9%). В этой группе сроки стационарного лечения составили 12+2,9 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – 38+5,7 дней. В отдаленные сроки рецидив заболевания наступил у 3 (16,7%) в виде невысоких транссфинктерных свищей, все трое оперированы повторно, выполнены фистулэктомии с рассечением и восстановлением сфинктера, результаты благоприятные. Нарушение функции анального сфинктера в виде недержания газов наблюдалось у 6 (33,3%) и еще у 5 (27,8%) – эпизодическая инконтиненция. Выраженная рубцовая деформация перианальной зоны отмечена у 9 (50%). Во II группе из 22 больных проведенная лигатура первые 10-12

дней выполняла дренирующую функцию, после санации иссеченного свищевого хода и УЗИ-контроля, подтверждавшего отсутствие жидкостных скоплений, лигатуру переводили на «прорезающую» роль. Низведение остатков свищевого хода и заживление ран наступало к 6-10 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена лишь у 2 (9,1%) пациентов ($p=0,02$), транзитное, в течение первых недель, недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 3 (13,6%), ($p=0,03$). В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 11+2,4 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – 32+5,7 дней. В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено ($p<0,01$). В течение первого года легкая инконтиненция в виде недержания газов наблюдалась лишь у 2 (9,1%) ($p=0,02$) и еще у 3 (13,6%), ($p=0,03$) – редкая эпизодическая инконтиненция. Умеренная рубцовая деформация перианальной зоны отмечена у 4 (18,2%), ($p=0,02$). Заключение. Субтотальное иссечение свища с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры можно считать малотравматичной и физиологичной операцией, уменьшает частоту рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций перианальной зоны, заметно улучшает качество жизни и социализацию таких пациентов за счет сохранения функции анального сфинктера. Намного легче, быстрее и эффективнее протекает реабилитационный период. Такой вариант операции не только достоин широкого внедрения в клиническую практику, но и упоминания в национальных клинических рекомендациях.

357. Возможности биохимической диагностики степени острой энтеральной недостаточности в ургентной хирургии

Топчиев М.А. (1), Паршин Д.С. (1),
Мисриханов М.К. (1), Пятаков С.Н. (2),
Бадма-Горьев О.В. (3)

1) Астрахань, 2) Сочи, 3) Элиста

1) ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,
2) ГБУЗ ГБ №4, 3) БУ РК Кетченеровская РБ

Актуальность. Острая энтеральная недостаточность (ОЭН) является наиболее частым клиническим синдромом при ургентной хирургической патологии и перитоните. Частота ОЭН, по данным разных авторов, колеблется от 30 до 94%. Степень выраженности ОЭН диагностируется интраоперационно, а так же при помощи довольно дорогостоящих приборов, которые оценивают степень морфо-функциональной дисфункции тонкого кишечника. В настоящее время отсутствуют биохимические экспресс-тесты, позволяющие оценить степень ОЭН в предоперационном и послеоперационном периодах. Целью работы являлось оценить диагностическую значимость уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови и кишечном содержимом для оценки степени ОЭН. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 112 пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости осложненной перитонитом и ОЭН. При помощи метода иммуноферментного анализа определяли общую ЩФ, ее тонкокишечную изоформу (ТКЩФ) и их соотношение в сыворотке крови и кишечном содержимом. Исследования проводили до операции, на 1-3 сутки и 5-7 сутки. В последующем с целью сравнения степень ОЭН оценивали интраоперационно, вычислением энтерального морфо-функционального коэффициента, а так же показателей энтеральной доплеровской флоуметрии. Энтеральная лазерная доплеровская флоуметрия выполнялась аппаратом «Лазма МЦ-1» (Россия). С целью выявления и оценки тесноты связи между количественными показателями проведено вычисление коэффициента ранговой корреляции Спирмена, который позволяет проверить гетероскедастичность случайных ошибок регрессионной модели. С целью определения достоверности p различий между группами применялся критерий t Стьюдента и однофакторный дисперсионный анализ с вычислением критерия F Фишера. Статистически

значимыми считались различия при $p < 0,05$. Полученные результаты и обсуждение. При I степени ОЭН уровень ЩФ сыворотки крови составил $213 \pm 29,2$ Ед/л, в кишечном химусе - $38 \pm 9,2$ Ед/л; ТКЩФ - $1,18 \pm 0,74$ Ед/л и $1,24 \pm 0,19$ Ед/л, соотношение ТКЩФ/ЩФ $0,55 \pm 0,27\%$ и $3,26 \pm 0,27\%$ соответственно. При II степени показатель ЩФ в сыворотке был $295 \pm 28,4$ Ед/л, в химусе - $95 \pm 13,4$ Ед/л, значения ТКЩФ оказались $1,87 \pm 0,46$ Ед/л и $3,86 \pm 0,93$ Ед/л, а соотношение ТКЩФ/ЩФ составило $0,63 \pm 0,29\%$ и $4,06 \pm 0,29\%$ соответственно. При III степени общая ЩФ сыворотки оказалась $341 \pm 33,3$ Ед/л, в кишечном содержимом - $141 \pm 17,3$ Ед/л, значения ТКЩФ составили $2,29 \pm 0,53$ Ед/л и $4,31 \pm 1,49$ Ед/л, ТКЩФ/ЩФ было $0,67 \pm 0,15\%$ и $3,05 \pm 0,15\%$ соответственно. При соотношении полученных клиничко-инструментальных и биохимических данных, оказалось, что наиболее информативным биохимическим показателем являлось соотношение ТКЩФ/ЩФ. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена по данному показателю показал умеренную прямую корреляционную связь у больных с I и II ст. ОЭН ($r = 0,63$ при $p < 0,05$). В группе с III ст. ОЭН показатель ТКЩФ/ЩФ показал прямую корреляцию с высокой теснотой связи ($r = 0,71$ при $p < 0,05$). Выводы. Биохимический показатель ТКЩФ/ЩФ позволяет объективно оценить степень ОЭН у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости осложненными перитонитом. Рекомендации. Биохимический мониторинг соотношения ТКЩФ/ЩФ позволяет диагностировать степень ОЭН как в предоперационном так и в послеоперационном периодах, оценить эффективность терапии и внести своевременную коррекцию в лечение

358. Гематомы и тромбозы – самые частые хирургические осложнения ковидных пациентов

*Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Сулейманов Ш.А.,
Гереева З.К., Свелиманов З.А.*

Махачкала

Дагестанский Государственный медицинский
университет

Актуальность. Третий год, охваченные пандемией континенты нашей планеты несут весьма значимые людские и экономические потери. За этот период ковид унес около 6 млн человек в мире, примерно 400 тыс. в РФ и 4 000 в Дагестане. В последнее время отечественные и зарубежные ученые выявляют у 30-70% тяжелых ковидных больных коагулопатические сдвиги в сторону тромботизации сосудов и кровоизлияний (гематомы) в мягких тканях. Тромбы способны отрываться, мигрировать по сосудам и блокировать сосуды легочные, сердечные и головного мозг, вызывая тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), инфаркт миокарда, инсульт головного мозга. Исследователи объясняют такие фатальные осложнения тем, что коронавирус повреждает сосудистый эндотелий, что приводит к активации системы комплемента, повышает активность иммунной системы и запускает процесс тромбообразования. А длительный постельный режим сам по себе также создает риск тромбоза нижних конечностей. Проводимая в таких случаях массивная антикоагулянтная терапия нередко вызывают тяжелые гемorragии, в том числе развитие спонтанной обширной ретроперитонеальной гематомы, что нередко ухудшает прогноз заболевания. В связи с этим важнейшей задачей лечащего врача считают: проявление осторожности в отношении риска развития кровотечения, получающих антикоагулянтную терапию, улучшение точной диагностики, выбор оптимального метода лечения и наблюдение за состоянием пациента, изменениями его клинической симптоматики и лабораторных показателей. Цель исследования. Анализ коагулопатических осложнений по данным временно созданного отделения для приема ковидных пациентов с хирургической патологией. Материал и методы. В январе 2021г. по приказу Минздрава РД в ГБУ РД «ГКБ», Махачкалы Республиканское отделение хирургической инфекции (36 коек, в том числе 3 койки с централизованной подачей кислорода) было реперофилировано во временное отделение для

приема ковидных больных с хирургической патологией. Отделение поделено на две зоны: «красная зона» - для больных с подтвержденным диагнозом и «зеленая зона» – помещения для персонала, санитарные и технические помещения. Специализированная помощь в условиях отделения оказывали по следующим направлениям: абдоминальная хирургия, травматология, сосудистая хирургия, урология, хирургическая инфекция. Всего в отделении пролечились 420 пациентов. городских - 303, сельских - 117. Мужчин - 191, женщин – 229. Из них COVID (+) 180 человек, хирургических – 154. Каналы госпитализации: скорая помощь – 215, самотек – 108, по направлению поликлиники – 14, переводы из других учреждений - 99 человек. По возрастным показателям пациенты распределялись следующим образом: молодые (18-44 лет) -71 (18,8%); средний возраст (45-59) -147 (35,8%); пожилой возраст (60-74)- 145 (34%); старческий возраст (75-90) – 56 (12,8%) и долгожители (более 90 лет) – 1 (0,02%). Ими в отделении проведено всего 2307 к/дн, среднее пребывание больного в стационаре составило 11,6 к/д. Поступивших пациентов хирургического профиля условно разделили на следующие категории: пациенты с хирургической патологией в сочетании с новой коронавирусной инфекцией. Пациенты с хирургическими осложнениями, обусловленными COVID-19, или возникшими при лечении новой коронавирусной инфекции: тромбозы: артерий и вен конечностей и мезентеральных сосудов. Спонтанные гематомы: брюшной стенки, различных локализаций (брюшная и грудная стенка, конечности, селезенка); пневмотораксы, пневмомедиастинумы. Помимо клинико-лабораторных методов в диагностике осложнений широко применялись: R-графия, УЗИ, МРТ, МСКТ с контрастным усилением, ангиография, эндоскопия. Распределение ковидных больных по площади поражения: КТ0-17 (3,9%), КТ1-300 (68,8%), КТ2- 82 (18,8%), КТ3-27 (6,2%), КТ4-10 (2,3%). Хирургических больных - 154, оперировано больных - 102, количество операций - 114, хирургическая активность – 74%. В данной работе мы разбираем 67 случаев с хирургическими осложнениями на почве коагулопатических расстройств при лечении тяжелых форм Ковида – 19. Преимущественно осложнения были двух видов: тромбозов артериальных и венозных сосудов конечностей-26 и мезентеральных – 5. Всего 31 случаев. Более половины больных с тромботическими осложнениями были мужчины, с лишним весом или ожирением, две трети из них – старше 65 лет. Каждый второй страдал хроническим заболеванием сердца, гипертонией, у троих в анамнезе

перенесенный инфаркт. Результаты и обсуждение. Визуально кожа ноги с тромбированным сосудом становилась глянцевой, четко определялись застойный рисунок подкожных вен. Больная нога была холодна по сравнению с контрлатеральной. Беспокоили боли при ощупывании икроножной мышцы, они усиливались заметно при тыльном сгибании стопы. Из 17 венозных тромбозов в 11 случаях тромбы локализовались в глубоких венах бедра. Когда с помощью УЗДГ и МСКТ уточнили диагноз, больные подвергли следующим оперативным вмешательствам: тромбэктомия – 9, высокие ампутации нижних конечностей – 6, ангиография с реваскуляризацией – 10, эмболизация артерий при гематомах ягодичной области – 2, лапаротомии по поводу мезентерального тромбоза – 5. На 2-4 сутки тромбэктомии у 5 пациентов выявили ретромбоз. В тот же день всем им была проведена ретромбэктомия и только двум она оказалась удачной, своевременной. У 36 ковидных больных в процессе лечения вирусной патологии возникли различных размеров и локализации спонтанных кровотечений с образованием гематом. Они располагались на брюшной стенке – у 21 больных, в забрюшинном пространстве – у 8, в нижних конечностях – у 3, ягодичных областях – у 2 и по одной в молочной железе и селезенке. Их образование сопровождалось нарастанием у больных лейкоцитов крови, С-реактивного белка, сдвигами лейкоцитарной формулы влево. В то же время у пациентов значительно уменьшилось число тромбоцитов, уровень гемоглобина и гематокрита. Эти данные побудили нас выполнить УЗИ органов брюшной и грудной полостей и у двух пациентов забрюшинного пространства, у которых и был выявлен гематомы этой области. Всем им под наркозом вскрывали гематомы, проводили гемостаз, санировали и дренировали полости. Больным с забрюшинными гематомами произведена люмботомия, у трех предположительно источник кровотечения располагался на поверхности псоас мышцы. Путем грубого прошивания мышц с сосудами кровотечение остановлено. Из-за низкого гемоглобина (от 46 до 57 г/л) четверым больным перелита одноклассовая кровь, без осложнений. В дальнейшем признаки геморрагии у них не наблюдали. Умерло всего после операции – 30 пациентов (29,4%). Причины смерти: ТЭЛА – 12, септический шок – 11, ТОРДС – 5 СПОН – 1, геморрагический шок – 1. Они перенесли следующие оперативные вмешательства: вскрытие гематом передней брюшной стенки и забрюшинного пространства – 12; тромбэктомии из

артерий нижних конечностей – 7; высокие ампутации конечности – 6; лапаротомии по поводу мезентерального тромбоза – 5. Заключение. Наши исследования показывают, что пациенты с тяжелой инфекцией COVID-19 имеют большой риск развития тромбов в артериях и венах. При их массивном адекватном лечении возникает другая напасть – превалирование антисвертывающей системы над свертывающей и в результате во внутренних органах и тканях возникают гематомы и кровоизлияния. Оба эти фактора (тромбозы и кровотечения) нередко могут стать фатальными и ухудшить прогноз заболевания. В связи с этим клиницистам рекомендуются динамическое наблюдение за состоянием пациентов и постоянно мониторить их лабораторные сдвиги в особенности D-димера, являющегося предиктором летального исхода. У наших пациентов с летальными исходами средняя концентрация D-димера в плазме крови составляла от 2,03 до 2,11 мкг / млЗ, что в разы выше принятых за норму.

359. Практические решения профилактики воспалительных процессов промежностных микробно-контаминированных ран

Щерба С.Н. (1,2), Половинкин В.В. (1,2), Малышко В.В. (1), Щерба А.С. (1), Гостева А.Ю. (1)

Краснодар

1) ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ НИИ - Краевая клиническая больница №1.

Актуальность. Трансперинеальный доступ является, как правило, основным для лечения определённого ряда заболеваний промежностной сферы. Хирургические вмешательства, выполняемые через инцизию этой зоны, относят к разряду “загрязнённых”, представляющих угрозу возникновения вульнарных инфекционно-воспалительных процессов в раннем послеоперационном периоде, частота которых по данным разных авторов достигает 14-23%. Цель. Провести анализ эффективности применения двойного перекрёстного проточно-аспирационного дренирования промежностных ран в качестве способа профилактики вульнарных

послеоперационных инфекционно-воспалительных процессов (патент на изобретение № 2531541 от 26.08.2014). Материалы и методы. Исследование проспективное, сравнительное. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в колопроктологическом отделении ГБУЗ НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2016-2020 годах, из трансперинеального доступа по поводу ректовагинальных свищей. За указанный период накопились сведения о 74 больных. Согласно критерию включения (ушивание послеоперационных промежностных ран без дренирования или с оставлением в ране двух перекрёстно-расположенных дренажей) в исследовании участвовали 68 больных. Из наблюдения исключены шесть пациенток, которым в промежностную рану ставили только один проточный перфорированный дренаж в область подкожной клетчатки. Все больные женщины. Они были разделены на две репрезентативные группы основную и контрольную. Основная группа – 43 человека, контрольная – 25. Средний возраст в основной группе составил $52,4 \pm 3,7$ года; в контрольной - $56,3 \pm 2,9$ года. После стандартного дообследования и предоперационной подготовки пациенткам обеих групп, в плановом порядке, через трансперинеальный доступ под эпидуральной анестезией либо наркозом производилось разъединение ректовагинальной перегородки, иссечение ректовагинального свища, ушивание дефектов в кишке и во влагалище, передняя леваторопластика. Непосредственно перед окончательной обработкой раны антисептиками и наложением кожных швов, у больных обеих групп наблюдений брали раневое отделяемое с внутренних стенок промежностной для бактериологического исследования. 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. Статистическая обработка материала производилась с помощью программного обеспечения STATISTICA 6.1 (StatSoft, Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2007) в среде операционной системы Windows XP. Результаты и обсуждение. Проведённое бактериологическое исследование показало высокую степень микробной контаминации в ранах пациенток обеих групп наблюдений, достигающую 82-85%. Нагноения ран зафиксированы в обеих группах. В основной группе наблюдений гнойно-воспалительный процесс был единичным (2,3%),

локальным и располагался в подкожной клетчатке. Это нагноение было купировано консервативно, с использованием эффекта “гидравлической компрессии” антисептика, обязательно применяющегося в нашей методике при пролонгированном проточно-аспирационном дренировании. Кожные швы на ране удалось сохранить. Заживление завершилось первичным натяжением. В контрольной группе произошло пять (20%) нагноений ($t=2,1$; $p<0,05$). Четыре из них были поверхностными, одно – глубоким. Все промежностные раны пациенток контрольной группы, после снятия кожных швов заживали вторичным натяжением. Вывод. Анализ пятилетнего использования, разработанного и применяемого в нашей клинике способа двойного перекрёстного пролонгированного проточно-аспирационного дренирования микробно-контаминированных ран, достоверно подтверждает свою эффективность, до минимума снижая число вульнарных инфекционно-воспалительных осложнений и улучшая ближайшие результаты лечения проктологических больных.

360. Вмешательства на брюшной полости у пациентов в ранней фазе среднетяжелого острого панкреатита

Новиков С.В., Сталева К.В., Киселев В.В., Ярцев П.А.

г. Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Материалы и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в 2017-2021 годы пролечено 112 пациентов с острым панкреатитом средней тяжести, в соответствии с классификацией острого панкреатита Российского Общества Хирургов 2020 г. Минимально инвазивные вмешательства, в связи с абдоминальными осложнениями ранней фазы острого панкреатита, были выполнены 18 из них (16%). Мужчин было 11, женщин – 7. Средний возраст пациентов составил 43,8 лет. Алиментарный острый панкреатит имел место у 14 пациентов, билиарный – у 4 больных. Ультразвуковое исследование (УЗИ) было основным методом выявления жидкости в свободной брюшной полости и выполнялось всем пациентам при поступлении.

Пациенты разделены на две группы. Девяти пациентам первой группы выполнили экстренную видеолапароскопию в связи с подозрением на мезентериальный тромбоз, некроз стенки кишки, перфорацию полого органа. Девяти пациентам второй группы, с верифицированным диагнозом острого панкреатита, выполнили чрескожное дренирование брюшной полости под УЗИ. Показанием к дренированию было ухудшение функции органов и систем, увеличением объёма жидкости на фоне проведения эфферентных методов лечения, нарастание внутрибрюшного давления (ВБД), подозрение на инфицирование. Дренирование выполняли под УЗИ с ультразвуковым сканером «Esaote MyLab70». Для эвакуации жидкостных скоплений использовали катетеры типа pig-tail диаметром 9-12 Fr. Пациентам второй группы измеряли ВБД от двух раз в сутки методом непрямой манометрии по I.L.Kron. Измерения ВБД не выполняли пациентам первой группы до экстренной операции и верификации острого панкреатита. Других вмешательств в обеих группах больше не проводили. Результаты. В первой группе лапароскопию выполнили у 6 из 9 пациентов при поступлении по экстренным показаниям, у 3 – в течение следующих 48 часов. При видеолапароскопии у всех пациентов верифицирован острый панкреатит, исключена другая острая хирургическая патология, операция закончена дренированием брюшной полости. Средний срок пребывания в стационаре пациентов после лапароскопии составил 17 суток, в отделении реанимации – 4 суток. Во второй группе пациентов дренирование брюшной полости под УЗИ провели в среднем спустя 120 часов от начала заболевания, и через 36 часов пребывания в стационаре. Средний срок пребывания в стационаре составил 15 суток, в отделении реанимации – 8 суток. У всех пациентов до дренирования брюшной полости отмечали повышение ВБД в среднем до 20 мм.вод.ст. После чрескожного дренирования и эвакуации ферментативного выпота зафиксировали снижение ВБД в среднем на 27%, что улучшило показатели внешнего дыхания и снизило тяжесть эндогенной интоксикации. Инфицирования панкреонекроза при взятии посевов и в последующем в обеих группах выявлено не было. Выводы. 1. Пациенту с верифицированным диагнозом острого панкреатита и наличием ферментативного выпота, в первую очередь показано применение минимально инвазивных лапароскопических методов – пункция, дренирование под УЗИ. 2. При невозможности исключения иной острой хирургической патологии целесообразно применение лапароскопии. 3. Чрескожное дренирование брюшной полости под

УЗИ и лапароскопия не оказали влияния на частоту инфицирования панкреонекроза.

361. Хирургические вмешательства у пациентов в ранней фазе острого тяжелого панкреатита

Новиков С.В., Киселев В.В., Сталева К.В., Ярцев П.А.

г. Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Материалы и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2017 по 2021 год проходили лечение 198 пациентов с острым тяжелым панкреатитом. Местные осложнения, развившиеся в раннюю фазу заболевания, и, потребовавшие выполнения дренирующих вмешательств, имело место у 14 больных (7%). Мужчин было 11, женщин – 3. Средний возраст пациентов – 44,5 лет. Алиментарный генез острого панкреатита был у 12 пациентов, билиарный – у 2. Крупноочаговый панкреонекроз был верифицирован у 10 из 14 пациентов, мелкоочаговый – у 4. В структуре местных осложнений значимый объём ферментативного выпота был у 12 больных, из которых в двух наблюдениях, имело место сочетание с острым перипанкреатическим скоплением жидкости. Изолированное острое перипанкреатическое жидкостное скопление без гидроперитонеума было у 2 из 14 пациентов. Всем больным с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинной клетчатке были выполнены чрескожные дренирующие вмешательства под УЗИ. Показанием к дренированию было нарастание свободной жидкости по данным УЗИ, увеличение внутрибрюшного давления (ВБД), подозрение на инфицирование. Дренирование у тринадцати пациентов выполнили под УЗИ с ультразвуковым сканером «Esaote MyLab70». Для эвакуации жидкостных скоплений использовали катетеры типа pig-tail диаметром 9-12 Fr. В одном наблюдении панкреатогенного гидроперитонеума, в связи с невозможностью исключения острого нарушения мезентериального кровообращения, по экстренным показаниям была произведена диагностическая видеолапароскопия. Всем пациентам с тяжёлым панкреатитом измеряли ВБД методом непрямой манометрии по I.L.Kron не менее 2 раз в сутки.

Результаты. ВБД у 12 пациентов с панкреатогенным асцитом в среднем составило 30 мм. вод. ст., у 2 пациентов с острыми парапанкреатическими скоплениями – 25 см вод. ст. Дренажное брюшной полости осуществляли в среднем на 5,8 сутки заболевания, дренажное перипанкреатических жидкостных скоплений – на 7 сутки заболевания. После дренирования брюшной полости во всех наблюдениях отмечено снижение ВБД в среднем с 30 до 19 мм. вод. ст., а после дренирования забрюшинной клетчатки с 25 до 16 мм. вод. ст. Таким образом, дренирование брюшной полости и парапанкреатической клетчатки привело к снижению ВБД в среднем на 36%. После эвакуации острого перипанкреатического жидкостного скопления у двух пациентов был диагностирован наружный панкреатический свищ, в связи с чем было выполнено эндоскопическое ретроградное стентирование панкреатического протока с хорошим результатом в обоих наблюдениях. В результате экстренной видеолaparоскопии был верифицирован острый панкреатит и исключена другая острая хирургическая патология, дренирована брюшная полость. Бактериологическое исследование эвакуированного из брюшной полости и забрюшинного пространства экссудата констатировало отсутствие его инфицирования во всех 14 наблюдениях. Из четырнадцати пациентов, оперированных в ранней фазе тяжёлого острого панкреатита, четверо - умерли от ранней полиорганной недостаточности, трое - в дальнейшем от гнойно-септических осложнений. Средний срок пребывания в отделении реанимации составил 30,3 суток, всего в стационаре – 41,7 суток. Выводы. 1. В связи с локальными осложнениями в ранней фазе острого тяжёлого панкреатита чрескожные дренирующие вмешательства потребовались у 7% пациентов. 2. В ранней фазе острого тяжёлого панкреатита чрескожное дренирование под УЗИ явилось эффективным и безопасным методом эвакуации ферментативной жидкости из брюшной полости и из забрюшинной клетчатки. 3. Эвакуация панкреатогенного гидроперитонеума и острых перипанкреатических скоплений в ранней фазе острого тяжёлого панкреатита способствовала снижению ВБД в среднем на 36%.

362.Безопасность и эффективность алтеплазы при лечении проксимальных тромбозов глубоких вен

Суковатых Б.С. (1), Середицкий А.В. (2)

Курск, Орел

1) КГМУ, 2) БУЗ Орловская областная больница

Актуальность. Результаты лечения проксимальных тромбозов глубоких традиционной консервативной терапией остаются неудовлетворительными из-за развития у 50-70% больных посттромботической болезни. Цель:улучшить результаты лечения проксимальных тромбозов глубоких вен путем проведения регионарного катетерного тромболитика алтеплазой. Материалы и методы. Проведен анализ безопасности и эффективности лечения 40 больных с проксимальными тромбозами глубоких вен, разделённых на 2 статистически однородных группы по 20 человек в каждой. В первой группе проводили стандартную консервативную терапию, а во второй - регионарный тромболитис алтеплазой с введением препарата в тромбированные подколенную, бедренную и подвздошную вены. В обеих группах больные получали ривароксабан в течении 6 месяцев. Во время лечения регистрировали осложнения стандартной и эндоваскулярной терапии. Через 12 месяцев проводили контрольное ультразвуковое и клиническое обследование больных для выявления степени восстановления просвета глубоких вен и степени выраженности нарушения венозного оттока. Восстановление просвета вен оценивали следующим образом: менее 50% - минимальное, 50-99% - частичное, 100% - полное. Результаты. Малые по объёму геморрагические осложнения развились у 3(15%) в первой и у 4(20%)больных во второй группе. В первой группе полное восстановление просвета вен произошло у 5(25%), частичное – у 6(30%) минимальное – у 9(45%), а во второй группе соответственно – у 10(50%), 7(35%) и 3(15%)больных. В первой группе клинические проявления нарушения венозного оттока отсутствовали у 5 (25%),слабая степень нарушений обнаружена у 2(10%), средняя - у 4(20%),тяжелая - у 11(45%) пациентов. Во второй группе венозный отток не был нарушен у 10(50%). нарушения слабой степени выявлены у 5(25%), средней – у 2(10%),тяжелой - у 3(15%) больных. Обсуждение. Проведение тромболитика алтеплазой приводит к незначительному на 5% увеличению геморрагических осложнений с одновременным повышением в 2 раза эффективности лечения по сравнению со стандартной консервативной

терапии. Вывод. Основным способом лечения проксимальных тромбозов глубоких вен является регионарный катетерный тромболитический алтеплазой.

363. Опыт создания базы данных по паховым грыжам.

Чернявский С.С. (1), Смирнова А.В. (1), Баранов А.И. (2), Баженова Е.В. (1), Фаев А.А. (3)

Новокузнецк

1) ГБУЗ «НГКБ № 29 им. А.А. Луцка», 2) НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 3) ООО «Гранд Медика»

Актуальность создания единой учетной системы по лечению различных заболеваний не вызывает сомнений. Ведение базы данных оперированных больных требует от хирурга дополнительных усилий, времени и при отсутствии личной мотивации база данных «не работает». Цель работы. Создать «работающую» базу данных по лечению паховых грыж путем интегрирования базы данных в электронную историю болезни. Материалы и методы. Работа проведена на базе двух клиник города Новокузнецка - отделение общей хирургии НГКБ 29 и отделение хирургии Гранд Медика. В отделении общей хирургии работает электронная история болезни АМЕРИСТ, созданная ГАУЗ КОМИАЦ г. Кемерово. При заполнении обязательных полей в электронной истории болезни необходимые показатели группируются в базу данных в формате Excel. Для создания базы данных мы использовали следующие параметры: ФИО, номер телефона, оператор, длительность операции, вид герниопластики, размер и название сетки, фиксация сетки, размер пахового кольца, интраоперационные осложнения, вид анестезии, классификация грыжи по EHS, классификация осложнения по Clavien-Dindo, оценка коморбидности по шкале ASA и индексу Чарльсона. Для удобства обработки данных в таблице Excel выбранные параметры по возможности кодировались простыми числовыми показателями. Пример: первичная грыжа — 1, рецидивная грыжа — 2. Косая паховая грыжа - 1, прямая паховая грыжа — 2, комбинированная паховая грыжа - 3, слева - 1, справа - 2, двусторонняя

- 3, вид пластики — TAPP - 1, eTEP - 2, по Лихтенштейну — 3, вид сетки — линтекс эсфил - 1, Parietene - 2, размер пахового кольца <1,5см — 1, 1,5 — 3 см — 2, > 3см — 3, фиксация сетки да — 1, нет — 2, размер сетки — 10x15см — 1, 16x12см — 2, 6x11см — 3, вид анестезии ЭТН — 1, СМА — 2, МИА — 3. Результат. База данных ведется с 2019 г. всеми хирургами отделения. В базе данных за два года 333 пациента с паховыми грыжами. Вывод. При интегрировании базы данных с ведением электронной истории болезни возможно создание единого регистра по паховым грыжам.

364. Анализ результатов хирургического лечения пациентов сочетанием перфорации язвы и кровотечения

Абдулжалилов М.К. (1,2), Саиддибиров Ш.М. (2), Иманалиев М.Р. (1,2), Абдулжалилов А.М. (2)

Махачкала

1) ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет", 2) ГБУ "РКБСМП"

Актуальность. За последние годы наблюдается рост числа пациентов с перфоративной язвой, осложненной кровотечением как при госпитализации, а также в раннем послеоперационном периоде, чем и обусловлена актуальность решения данной проблемы. Материал и методы. В работе представлен анализ материалов хирургического лечения 92 пациентов с перфоративной язвой, осложненной кровотечением. Из них 88(95,7%) составили мужчины и 4(4,3%) женщин. По возрасту пациенты распределились следующим образом: в молодом возрасте всего 67(72,8%) пациентов, из них язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 45(67,2%), язвой желудка (ЯЖ) – 22(32,8%). В среднем возрасте 16(17,4%): с язвой ДПК – 7(43,8%), ЯЖ -9(56,3%). В пожилом и старческом возрасте по – 7(7,63%) пациентов с язвой ДПК. При госпитализации всем пациентам выполняли общеклинические и биохимические анализы крови, обзорную рентгенографию брюшной полости на наличие «свободного газа» под правым куполом диафрагмы и УЗИ органов брюшной полости. При этом «серп газа» под диафрагмой не был обнаружен у только

25(27,2%) пациентов. После выполнения ФГДС под правым куполом диафрагмы появлялся «серп», что позволяло уточнить диагноз перфоративной язвы. Низкие цифры гемоглобина при госпитализации были обнаружены у 34(37,6%) пациентов, что свидетельствовало о наличии у пациента сочетания двух осложнений: перфорации и кровотечения из язвы. Язвенный анамнез был выявлен только у 5(5,4%) пациентов. У них же был диагностирован дуоденостеноз. После предоперационной подготовки все пациенты были оперированы: 44(47,8%) из них выполнено ушивание перфоративной язвы (УПЯ) однорядными швами с перитонизацией сальником, 12(13,0%) – однорядными швами, 14(15,2%) – двухрядными швами, 14(15,2%) – по Опелю-Поликарпову, 8(8,7%) – по Неймарку. Полученные результаты. Послеоперационный период у 32(4,8%) пациентов доставленных позже 12 часов после начала заболевания в стадии перитонита протекал с явлениями паралитической кишечной непроходимости, что сопровождалось вздутием живота, задержкой газов и стула, которые купировались после консервативного лечения в течение 4-5 суток. Пациенты получали антибактериальную, инфузионную, антиоксидантную терапию, анальгетики, стимуляцию моторно-эвакуаторной функции ЖКТ. У 26(28,3%) пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдалось снижение гемоглобина, что свидетельствовало о кровотечении из ушитой или другой язвы: после УПЯ однорядными узловыми швами - в 14(25,0%) из 56, двухрядными узловыми швами - в 6(42,9%) из 14, по Опелю-Поликарпову – в 4(28,6%) из 14, по Неймарку в 2(25,0%) из 8. Обсуждение. Чаще всего послеоперационные кровотечения наблюдались при ушивании перфоративной язвы узловыми швами (12-46,2%), проникающими в просвет полого органа, а также в группе пациентов, не получавших в раннем послеоперационном периоде ингибиторы протонной помпы. Из них 5(41,7%) пациентов госпитализированы позже суток от начала заболевания. Выводы и рекомендации. 1. При ушивании перфоративной язвы у каждого третьего пациента после операции наблюдаются признаки кровотечения из ушитой или другой язвы. 2. Ушивание перфоративной язвы целесообразно выполнять однорядными не проникающими в просвет органа швами атравматическим рассасывающимся шовным материалом вне перифокального воспалительного инфильтрата. 3. В раннем послеоперационном периоде пациентам после ушивания перфоративной язвы показано назначение ингибиторов протонной помпы, а при

ушивании ее проникающими швами в условиях выраженной перифокальной воспалительной инфильтрации тканей и гемостатики. 4. После выписки из стационара пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением, проводить противорецидивное лечение и контрольное обследование желудка и двенадцатиперстной кишки с целью своевременной диагностики пилородуоденостеноза и рецидива язвы.

365. Причины конверсии при лапароскопическом ушивании перфоративной язвы

Абдулжалилов М.К. (1,2), Саиддибиров Ш.М. (2), Хамидов М.А. (1), Исаев Х.М-Р. (1), Нажмудинов З.З. (1), Абдулжалилов А.М. (2)

Махачкала

1) ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет", 2) ГБУ РД "РКБСМП"

Актуальность. Своевременная конверсия при ушивании перфоративной язвы позволяет сократить продолжительность операции и частоту послеоперационных осложнений, что немаловажно для пациентов пожилого и старческого возраста с высокой коморбидностью, анатомическими особенностями локализации перфорации, техническими сложностями вмешательства. Материал и методы. В работе представлен анализ технических сложностей лапароскопического ушивания перфоративной язвы у 38 пациентов. Среди них мужчин было 34(89,5%), женщин – 4(10,5%). Средний возраст пациентов составил 33,3±6,2. До суток после начала заболевания госпитализированы 28(73,7%), позже суток – 10(26,3%) пациентов. При госпитализации всем пациентам с подозрением на перфоративную язву выполняли обзорную рентгенографию живота стоя на «свободный газ», УЗИ органов брюшной полости, а при сомнениях в диагнозе выполняли ФГДС. Продолжительность лапароскопического ушивания язвы в среднем составила 79,3±9,8 мин, при наличии технических сложностей достигал в среднем до 122,9±11,6 мин (P< 0,05), а при открытой операции – 65,4±9,3 мин. Продолжительность операции у пациентов госпитализированных позже

суток от начала заболевания составил 111,7+10,6 минут ($P<0,05$), а показатель конверсии - 40,0%, что указывает на наличие технических сложностей вмешательства. При необходимости конверсии продолжительность ушивания перфоративной язвы увеличивался до 156,5 +11,4 мин ($P<0,05$). Полученные результаты. Причинами конверсии послужили прогнозируемые технические сложности предстоящего вмешательства: спаечный процесс в брюшной полости после предыдущей операции- 3 (11,1,0%), большой диаметр перфоративного отверстия (более 10мм) (18,5%) и перифокального воспалительного инфильтрат – 4(14,8%), распространенный фибринозно-гнойный перитонит – 3(11,1%), поздняя госпитализация – 4 (14,8%), пенетрация перфоративной язвы в окружающие органы– 2(7,4%), подозрение на малигнизацию язвы (в 2 случаях диагноз подтвердился) – 3(11,1%), локализация перфорации по малой кривизне желудка – 2(7,4%), прорезывание швов – 1(3,7%), каллезные изменения краев язвы – 1(3,7%) и перфорация язвы гастроэнтероанастомоза после резекции желудка – 1 (3,7%). В 12 случаях (44,4%) субоперационные технические сложности имели более двух разных сочетаний. Обсуждение. Продолжительность диагностической лапароскопии в среднем составил 21,5+2,8 мин. Продолжительность операции ушивания перфоративной язвы после конверсии составил 74,6 +7,7 мин+. Ушивание перфоративной язвы через мини-лапаротомный доступ в проекции перфорации, позволяющий улучшить доступ к операционному полю, позволило сократить продолжительность операции на 20,1%. Выводы и рекомендации. 1. На продолжительность операции и результаты хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой влияют сроки госпитализации, распространенность перитонита, наличие спаечного процесса после предыдущих операций, диаметр перфорации и плотность перифокальной воспалительной инфильтрации, локализация и пенетрация язвы в окружающие органы, подозрение на малигнизацию. 2. Причинами конверсии в 44,4% одновременно послужили несколько факторов. 3. Сочетанное применение лапароскопической техники и минилапаротомии в проекции язвы для его ушивания позволило сократить продолжительность операции, что немаловажно для пациентов пожилого и старческого возраста с высокой коморбидностью.

366. Анализ применения эндовидеохирургических методик лечения больных в условиях районной больницы

*Гецин Г.П., Сухов А.В., Дегтярев С.Б.,
Иваненко А.С., Ковалев А.В.*

Каменоломни

МБУЗ ЦРБ Октябрьского района Ростовской области

В МБУЗ ЦРБ Октябрьского района с апреля 2003 года активно развиваются эндовидеохирургические методики в лечении различных заболеваний. В этой статье мы проанализируем опыт применения эндовидеохирургических методик за период с 2018 г. по 2021 г. В хирургическом отделении за этот период выполнено 653 лапароскопические холецистэктомии, причем по поводу желчнокаменной болезни и хронического холецистита 487 пациента (87,8%). Остальные 166 (12,2%) пациента оперированы по поводу той или иной формы острого холецистита. Возраст пациентов с данной патологией варьировал от 17 до 87 лет. Женщин 493 (86%), мужчин 160 (14%). У 42 пациентов сопутствующей патологией являлась пупочная грыжа. У 12 пациентов в анамнезе уже были лапаротомии. У одной пациентки наблюдалось наличие одновременно хронического калькулезного холецистита и хронического аппендицита. У данной категории больных были выполнены симультанные оперативные вмешательства. Конверсия наблюдалась в 9 случаях, что составляет 1,37% от общего числа холецистэктомий, в подавляющем большинстве (8 случаев), при остром холецистите. Причиной конверсий в одном случае явилось наличие холецистодуоденального свища, в 2-х случаях - синдром Мириizzi. В остальных шести случаях – плотный инфильтрат в подпеченочном пространстве или выраженный спаечный процесс. Возникшие интраоперационные осложнения (кровотечения, перфорация желчного пузыря и прочие) были устранены лапароскопически во всех случаях. Послеоперационные осложнения при ЛХЭ наблюдались у 9 больных (0,7%), при традиционной холецистэктомии осложнения возникают у 4,5%. Больных. После традиционной холецистэктомии умерло 2 больных, летальность - 2,27%. После лапароскопических холецистэктомий летальных случаев не отмечено. Средние сроки пребывания в стационаре больных при традиционной холецистэктомии 11,8 койко/дня. После ЛХЭ - 5,2 койко/дня. Широкое распространение так же получила лапароскопическая аппендэктомия. За

этот же период выполнено 213 аппендэктомий, 189 (88,7%) из них лапароскопически. Лапароскопическая аппендэктомия постепенно становится рутинной операцией. Конверсии наблюдались в 11 случаях (5,82%). 7 случаев – периаппендикулярный инфильтрат. 2 случая – кровотечение из аппендикулярной артерии. В 2–х случаях возникшие трудности с выделением ретроперитонеально расположенного червеобразного отростка. Послеоперационные осложнения составили: после традиционных аппендэктомий 8 (3,75%). 7 из них – это нагноение п/о раны и 1 осложнение – кровотечение из аппендикулярной артерии. Умер после традиционной аппендэктомии – 1 (0,46%) - это пациент с диффузным перитонитом на фоне гангренозно-перфоративного аппендицита в возрасте 87 лет. После лапароскопических аппендэктомий осложнений 3 (1,4%) 1 случай – нагноение п/о раны, 1 повторное кровотечение из аппендикулярной артерии и 1 случай – несостоятельность культи червеобразного отростка. Летальных случаев нет. Активно используем лапароскопическое клипирование левой яичковой вены при варикоцеле. За отчетный период выполнено 23 операции. Осложнений и рецидивов нет. С приобретением необходимого лапароскопического инструментария получила свое развитие лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. За период с 2018 по 2021 гг. выполнено 67 таких операций, что составляет 27,3% от общего количества герниопластик. Из осложнений выявлен один рецидив паховой грыжи в раннем п/о периоде. Больной повторно прооперирован традиционным методом по Лихтенштейну. Исход благоприятный. Из других лапароскопических методик стандартно применяются в хирургической практике диагностические лапароскопии, торакокопии, артроскопии. Получила развитие субфасциальная диссекция перфорантных вен. Выводы: Внедрение эндовидеолапароскопических методик лечения находит все более широкое применение на уровне районных больниц, что сказывается на повышении качества лечения пациентов, делает для них более доступной получение высокотехнологичной медицинской помощи и дает снижение риска осложнений и летальных исходов, сокращение сроков пребывания в стационаре более чем в 2 раза и хороший косметический эффект

367.Эффективность применения коллагеназ различного происхождения для лечения ожогов и рубцов кожи

Пожарская Е.М. (1), Парамонов Б.А. (1), Сивак К.В. (2), Стосман К.И. (2), Скворцов Н.В. (1), Морозова А.О. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, 2) ФГБУ «НИИ гриппа имени А.А. Смородинцева» МЗ РФ

Актуальность. Ферменты с коллагенолитической активностью используются для очищения ран от тканевого детрита и для лечения рубцов кожи. Поиск новых источников получения ферментов и совершенствование медикаментозных рецептур является актуальной задачей хирургии. Цель исследования. Провести сравнительную оценку коллагеназ различного происхождения для применения в составе рецептур для местного лечения ожогов и рубцов кожи. Материал и методы. Проведены сравнительные исследования свойств коллагенолитических рецептур: из гепатопанкреаса камчатского краба («Ферменкол»); из желудочно-кишечного тракта африканского сома рода *Clare* («Кларидаза») и микробной (продуцент *Clostridium histolyticum* 468 – препарат «Коллализин»). Изучали параметры острой, подострой и хронической токсичности, тератогенное, мутагенное, эмбриотоксическое действие. Всего в опытах задействовано 58 особей кроликов, 200 особей крыс и около 300 особей мышей. Специфическую активность оценивали в опытах *in vitro* (тест с фотожелатиной; аминопептидазная активность с синтетическим субстратом «Acros»; коллагенолитическая активность по реакции с субстратом «BAPNA»; по динамике убывания коллагена в маркерных биоптатах рубцовой ткани), а также в опытах на животных. Некролитическую активность (способность растворять раневой детрит) оценивали по скорости очищения ожоговых ран у экспериментальных животных. Моделировали рубцы кожи у крыс, на которые наносили изучаемые рецептуры. Оценку «противорубцовой активности» проводили посредством измерения толщины эпидермиса и дермы ультразвуковым *DermaScan* (Дания) на частоте 20 МГц. Оценивали гистологическую структуру тканей в динамике. Полученные результаты и их обсуждение. Установлено, что «Ферменкол» и «Кларидаза» имеют близкие параметры токсичности и специфической

активности. Они относятся к малотоксичным (IV классу опасности) химических соединений. Токсические эффекты не развиваются при различных путях введения в дозах до 5000 мг/кг массы тела. Параметры общей протеолитической и коллагенолитической активности практически одинаковы и существенно (в 7 раз) превышают таковые препарата «Коллализин». Установлено, что «Ферменкол» и «Кларидаза» в диапазоне 0.1-1.0 мг/мл показывают дозозависимую эффективность по очистке ран от струпа (тканевого некроза). Коллагеназы благоприятно влияют на течение раневого процесса при ожогах и ранах, способствуют регрессии патологических рубцов кожи. Интенсивность разрушения избыточного коллагена в гипертрофических и келоидных рубцах имеет дозозависимый характер. Выводы. Применение растворов, содержащих 1 мг/мл коллагеназы, эффективно и безопасно, и может быть использовано для лечения пациентов в амбулаторных условиях.

368. Выбор метода хирургического лечения осложненного острого аппендицита

Малков И.С. (1), Мамедов Т.А. (2), Симурзин Е.А. (2), Халилов Х.М. (2), Закиров А.М. (2), Габитов И.М. (2), Сираждинов Г.З. (2),

Казань

1) КГМА, 2) ГАУЗ ГKB №7

Актуальность. Последние десятилетия были ознаменованы использованием в клинической практике разнообразных методов хирургического лечения острого осложненного аппендицита - от миниинвазивных (лапароскопическая аппендэктомия, дренирование аппендикулярных абсцессов под лучевым контролем) до открытых, включая многократные ревизии и санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните. Техника аппендэктомии, ее этапы и детали достаточно подробно изложены в соответствующих руководствах. Однако, общепринятый лигатурно-инвагинационный способ обработки культи аппендикса, может быть неприемлем в условиях инфильтративно-деструктивных изменениях в стенке слепой кишки и

основания аппендикса. Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения острого деструктивного аппендицита, осложненного тифлитом и периаппендикулярным абсцессом путем дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения. Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 150 пациентов с острым деструктивным аппендицитом, осложненным тифлитом и периаппендикулярным абсцессом, находившихся в отделении хирургии №2 ГАУЗ ГKB №7 г. Казани в возрасте от 17 до 78 лет. Периаппендикулярные абсцессы в зависимости от выраженности инфильтративно-спаечного процесса в органах и тканях, образующих стенки абсцесса подразделяли на 3 стадии. Стадия А - инфильтративные изменения умеренно выражены, отграничение гнойного экссудата происходило вследствие «слипчивого» процесса вокруг червеобразного отростка, ткани легко разъединялись. В таких случаях методом выбора являлась лапароскопическая аппендэктомия с дренированием малого таза, выполненная у 56 пациентов. Стадия В - выраженные инфильтративные изменения купола слепой кишки. Органы и ткани, образующие стенки абсцесса, хорошо дифференцировались. В этой стадии были выставлены показания к открытой аппендэктомии, выполненной у 84 пациентов. В виду выраженной инфильтрации купола слепой кишки во всех случаях использовался метод лигатурной аппендэктомии. При этом были выделены 2 группы больных. У 54 пациентов (группа сравнения) оперативное вмешательство завершали марлево-перчаточным дренированием ложа червеобразного отростка. Дренаж Пенроуза выводили через операционную рану. Дополнительно дренировали малый таз через контрапертуру трубчатым дренажем. У 30 пациентов основной группы после аппендэктомии подключали вак-систему с использованием аппарата Vivano и расходных материалов фирмы "Hartman", Германия (патент на изобретение РФ №2750481). Достоверных отличий между группами по возрасту, полу, срокам поступления в стационар выявлено не было. Стадия С - пальпируемый инфильтрат. При лучевых методах исследования (РКТ, УЗИ) определялись утолщенные и ригидные стенки абсцесса, который в 10 случаях дренировали под УЗ- контролем. Аппендэктомия не производилась. Полученные результаты. Комплексное лечение с использованием технологии локальной вакуум-ассистированной лапароскопии позволило улучшить общее состояние и местный статус у всех больных основной группы. Продолжительность вак-терапии

составляла 7 суток. Появление грануляций и сокращение размера раны отметили уже в первые 7 дней применения вак-терапии. Положительными аспектами вак-терапии являлись отсутствие необходимости частых перевязок, неприятных и болезненных ощущений в области раны. Благоприятное течение послеоперационного периода отразилось на сроках госпитализации, которые по сравнению с группой сравнения сократились в 1,8 раза. Вывод. Использование системы вакуумного дренирования при периаппендикулярных абсцессах стадии В, существенно упрощает уход за пациентом, снижает болевой и травмирующий фактор ежедневных перевязок и одновременно служит альтернативой открытых дренажей (трубчатых и марлево-перчаточных).

369. Анализ внутриплевральных хирургических осложнений при лечении новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2

Ступаченко О.Н. (1), Ступаченко Д.О. (1), Сидоренко Ю.А. (1), Вегнер Д.В. (2), Кутя А.А. (1), Катомин Д.А. (1)

Донецк, ДНР

1) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, 2) ГОУ ВПО «ДонНМУ им. М. Горького»

Актуальность. По данным литературы новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 сопровождающаяся выраженными деструктивными изменениями в легочной паренхиме, в 1% случаев приводит к развитию таких тяжелых внутриплевральных хирургических осложнений (ВХО), как пневмоторакс, эмпиема плевры, пневмомедиастинум; которые в большинстве случаев требуют ургентного хирургического лечения и усугубляют течение основного заболевания. Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 53 пациента у которых во время консервативного лечения SARS-CoV-2, развились внутригрудные хирургические осложнения. В связи с тяжелым течением пневмонии, обусловленной коронавирусной инфекцией, все пациенты исследуемой группы

получали высокие дозы непрямых антикоагулянтов и глюкокортикостероидов. Мужчин – 40 человек (75,5%), женщин – 13 человек (24,5%). Все пациенты разделены в две возрастные группы: I группа (28-59 лет) – 26 человек (49%), II группа (60-85 лет) – 27 человек (51%). У 34 человек (64,2%) коронавирусная инфекция подтверждена лабораторно. Результаты и их обсуждение. Наиболее информативными методами исследования для уточнения диагноза являлись рентгенография ОГП и КТ. Выявлены следующие хирургические осложнения: пневмоторакс – 27 случаев (50,9%), гидроторакс – 11 случаев (20,8%), эмпиема плевры – 8 случаев (17%), пневмомедиастинум – 5 случаев (9,4%), субпекторальная гематома - 1 случай (1,9%). Оперировано 38 пациентов (71,6%), во всех случаях выполнялось дренирование плевральной полости. Среди оперированных к I возрастной группе относится 21 человек (55,3%), ко II возрастной группе 17 человек (44,7%); лабораторно подтвержденная коронавирусная инфекция у 21 человека (55,3%). Так же среди оперированных, мужчин - 32 человека (84,2%), женщин – 6 человек (15,8%). Вышеописанные случаи являются совокупностью осложнений деструктивной коронавирусной пневмонии, и следствием проводимой патогенетической терапии, в части случаев с развитием гнойно-септических осложнений. И лишь интерстициальный газовый синдром проявляющийся пневмомедиастинумом и экссудативный плеврит не требовали хирургического вмешательства. Обширная субпекторальная гематома, возникшая в результате получения высокой дозы непрямых антикоагулянтов, так же не потребовавшая хирургического лечения. Выводы. По нашему мнению, использование высоких доз непрямых антикоагулянтов и кортикостероидов, имеет пагубное влияние на репаративные процессы в легочной ткани. ВХО требующие ургентного лечения в большей степени наблюдаются в I возрастной группе (28-59 лет), что свидетельствует о поражении наиболее трудоспособной прослойки населения. Среди оперированных подавляющее большинство представители мужского пола, что так же негативно сказывается на социально-экономических показателях государства в период пандемии SARS-CoV-2. Наиболее приемлемая тактика хирургического лечения внутригрудных осложнений при коронавирусной инфекции – малоинвазивная хирургия, ввиду тяжести состояния из-за выраженных деструктивных изменений легочной паренхимы, и как следствие, непереносимости пациентами полостной операции. Раннее применение активных аспирационных

систем низкого давления благоприятно влияет на прогноз дальнейшего выздоровления.

370. Госпитальные результаты легочной эндартерэктомии при различном уровне легочной гипертензии

Газизов В. В., Мершин К. В., Табакьян Е. А., Акчуринов Р. С.

Москва

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ

Актуальность. Дооперационный уровень легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) является одним из основных факторов риска плохого прогноза легочной эндартерэктомии (ЛЭЭ). Согласно литературным данным пограничным значением является уровень легочно-сосудистого сопротивления (ЛСС) равный 1000 дин * сек/см⁵. Цель. Изучить непосредственные результаты легочной эндартерэктомии у пациентов с разным уровнем легочной гипертензии. Материалы и методы. Проспективное исследование, в которое было включено 95 пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией. Всем была выполнена ЛЭЭ в условиях искусственного кровообращения (ИК) с применением полных остановок кровообращения, соответствующих глубине охлаждения тела пациента. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня исходного ЛСС. В 1 группу – вошло 55 пациентов с уровнем ЛСС менее 1000 дин * сек/см⁵, во 2 – 40 больных с ЛСС более 1000 дин * сек/см⁵. Результаты дооперационной диагностики пациентов 1 и 2 группы, соответственно: медиана возраста составила 53 года (44;63) и 55 лет (40;63), $p > 0,05$; мужчин было: 33 (60%) и 26 (65%), $p > 0,05$; уровень ФКНК - 3 (2,5; 3) и 3 (3; 4), $p > 0,05$; данные КПОС: СрДЛА – 45 мм рт.ст. (38,5; 50) и 58 мм рт.ст. (55; 65), $p > 0,05$; ЛСС – 790 дин * сек/см⁵ (641; 898) и 1260 дин (1159; 1500), $p > 0,05$; СВ – 3,9 л/мин (3,4; 4,5) и 3,2 л/мин (2,8; 3,6), $p > 0,05$. Результаты. По интраоперационным параметрам отличия касались только времени ИК, которое было меньше в 1 группе. Интраоперационные данные для 1 и 2 групп соотв.: время ИК – 257 мин (228; 288) и 274 мин (236; 300), $p > 0,05$; время пережатия аорты – 140 мин

(126; 154) и 146 мин (128; 167), $p > 0,05$; общее время циркуляторного ареста (ЦА) – 45 мин (35; 51) и 46 мин (29; 56), $p > 0,05$, среднее время ЦА – 16 мин (14; 18) и 15 мин (14; 18), $p > 0,05$. Послеоперационные результаты для 1 и 2 групп, соотв.: данные КПОС: СрДЛА – 24 мм рт.ст. (22; 28) и 28 мм рт.ст. (25; 30), $p > 0,05$; ЛСС – 215 дин * сек/см⁵ (188; 287) и 319 дин * сек/см⁵ (276; 366), $p > 0,05$; СВ – 5,2 л/мин (4,6; 5,7) и 4,6 л/мин (4,3; 6), $p > 0,05$. Отмечается статистически значимое улучшение гемодинамических параметров в обеих группах. Продолжительность ИВЛ - 20 ч (16; 30) и 23 (17; 61), $p > 0,05$, длительность нахождения в ОРИТ – 2 дня (2; 3) и 3 дня (2; 5), $p > 0,05$, в 1 и 2 группе, соответственно. Наиболее частыми осложнениями были: легочные (комбинированная точка: реперфузионный отек легких, кровохарканье, респираторная поддержка более 48 ч), неврологические (комбинированная точка: экстрапиримидное расстройство, делирий, параноидальные явления и шум в ушах) и развитие острого повреждения почек (ОПП). Частота развития легочных осложнений в 1 и 2 группе составила – 11 (21%) и 13 (32%), $p > 0,05$; неврологических – 6 (11%) и 4 (10%), $p > 0,05$, ОПП – 7 (13%) и 10 (25%), $p > 0,05$, соответственно. Госпитальная летальность составила 2 (5%) случая во второй группе пациентов. Вывод. Легочная эндартерэктомия значимо улучшает параметры легочной гемодинамики у пациентов обеих групп. Несмотря на то, что дооперационные различия по уровню СрДЛА и ЛСС между группами сохранились, течение раннего послеоперационного периода было одинаковым.

371. Сравнительный анализ методов оперативного лечения у пациентов с одиночной фолликулярной неоплазией щитовидной железы

Бликьян К.М., Лукьянов С.В., Лукьянов Н.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Большое количество операций на щитовидной железе (ЩЖ) проводят при наличии цитологического заключения «фолликулярная неоплазия» (ФН) или подозрение на ФН, риск злокачественности составляет 10-40%. Выбор

тактики лечения у пациентов с одиночной ФН до сих пор вызывает большое количество споров. Согласно клиническим рекомендациям, стандартом лечения при ФН является гемитиреоидэктомия (ГТ), однако, только у 20% пациентов при заключительном гистологическом исследовании выявляют злокачественный процесс. В связи с этим, все большее количество клиницистов в выборе тактики лечения у пациентов с ФН ЩЖ склоняются к соблюдению органосохраняющего принципа, в частности, к выполнению резекции пораженной доли ЩЖ. Цель исследования. Изучить результаты выполнения ГТ в сравнении с результатами резекции ЩЖ. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 376 больных, с цитологическим заключением ФН ЩЖ. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=261) – пациенты, которым была выполнена ГТЭ, 2 группа (n=115) – пациенты, которым выполнена резекция пораженной доли ЩЖ. При выполнении резекции пораженной доли ЩЖ соблюдались следующие принципы: 1) расположение опухоли в в/3 или н/3 доли ЩЖ; 2) объем опухоли составляет менее 50 % от объема пораженной доли ЩЖ; 3) согласие больного на повторную операцию, в случае наличия злокачественного процесса в удаленной опухоли ЩЖ по результатам заключительного гистологического исследования. Результаты. Во 2 группе пациентов операция длилась 44,2±6,0 мин, в 1 группе пациентов длительность оперативного вмешательства составила 65,0±4,1 мин (p<0,05). Во 2 группе пациентов выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ достоверно ниже, чем в 1 группе (p<0,05). Согласно данным УЗИ ЩЖ до и после оперативного вмешательства, отмечается достоверное уменьшение объема непораженной паренхимы ЩЖ до 57±4,1%, при том, что во 2 группе исследования удаляется до 3±2,1% непораженной ткани ЩЖ. В обеих исследуемых группах до проведения оперативного вмешательства пациенты находились в эутиреоидном состоянии. Через 1 год после операции, 246 (94,3%) пациентам 1 группы было необходимо назначение заместительной терапии препаратами Левотироксина натрия под контролем уровня ТТГ. Во 2 группе исследования заместительная терапия была назначена 14 (12,2%) пациентам. У исследуемых, где было сохранено более 65 % паренхимы ЩЖ в прооперированной доле, показатели ТТГ оставались в пределах нормы, что не требовало назначения дальнейшей заместительной терапии. Показатели качества жизни (КЖ) пациентов по опроснику SF-36 достоверно выше во 2 группе пациентов. «Ключевым фактором» в низких показателях КЖ у

пациентов 1 группы связано с назначением заместительной терапии после операции, что формирует у пациентов мысли о наличии заболевания в организме, а это, в свою очередь, приводит к снижению показателей многих шкал опросника (жизнеспособности, психоэмоционального фона, ролевого физического функционирования, социальной активности и общего здоровья). Выводы. Благодаря высокому уровню диагностики заболеваний ЩЖ, все большее количество пациентов с опухолью ЩЖ обращаются на ранних стадиях заболевания, когда опухоль занимает небольшую часть доли ЩЖ. У пациентов, где объем опухоли составляет менее 40 % от объема пораженной доли ЩЖ, целесообразно выполнение оперативного вмешательства в объеме резекции доли ЩЖ. Органосохраняющие операции на ЩЖ имеют огромное количество преимуществ в сравнении с традиционными ГТЭ, основными, из которых являются отсутствие необходимости в назначении заместительной терапии в послеоперационном периоде и повышение качества жизни у данной категории пациентов

372. Микробный пейзаж у пациентов с гангренами нижних конечностей на фоне облитерирующего заболевания сосудов нижних конечностей

Степанюк А.А., Степанюк А.Ф.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Некротическое поражение мягких тканей нижних конечностей на фоне облитерирующего поражения сосудистого русла является тяжелым, прогрессирующим заболеванием, сопровождающимся выраженной интоксикацией, поражением фасций, мышц и жировой клетчатки. Данная патология встречается в практике любого хирурга вне зависимости от специализации. Проблема, с которой сталкивается каждый хирург, это назначения рациональной антибиотикотерапии, которая невозможна без знания наиболее часто встречающейся микробной флоры при данной патологии, а также чувствительности микрофлоры к

антибактериальным препаратам. Материал и методы. На базе отделения гнойной хирургии УЗ «Могилевская городская больница СМП» за период 2019-2021 года было пролечено 115 пациентов с гангренами нижних конечностей на фоне облитерирующего поражения сосудистого русла. Из них женщин было 32(27,8%) пациента, мужчин - 83(72,2%). Возраст пациентов составил от 58 до 86 лет. При поступлении у всех пациентов брался мазок из зоны поражения, с последующим помещением в специальный питательный бульон, с направлением в бактериологический отдел клинико-диагностической лаборатории, находящейся на базе лечебного учреждения. Результат бактериологического исследования получали на 4-7 день после взятия. Полученные результаты: В результатах исследования преобладал золотистый стафилококк – у 86(74,8%) пациентов, у 14(12,2%) – стафилококк эпидермальный, у 13 (11,3%) – ассоциация микроорганизмов и у 2(1,8%) – не было роста микрофлоры. Наибольшая чувствительность к антибиотикам у золотистого стафилококка определялась к оксациллину, гентамицину, ванкомицину. В меньшей степени к доксициклину, линкомицину, клиндамицину, эритромицину. Наибольшая чувствительность к антибиотикам у эпидермального стафилококка – к оксациллину, гентамицину, ванкомицину. В меньшей степени к доксициклину, линкомицину. У ассоциации микроорганизмов наибольшая чувствительность - к амикацину, гентамицину, имипенему, в меньшей степени к оксациллину, цефалоспориновому ряду антибиотиков. Обсуждение. Назначение рациональной антибиотикотерапии позволяет снизить количество послеоперационных осложнений. Выводы и рекомендации. Наличие данных о микробном пейзаже у пациентов с гангреной нижней конечностей, а также чувствительность микробной флоры к антибиотикам позволяет на начальных этапах лечения назначить рациональную антибиотикотерапию, что позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить сроки нахождения пациента в стационаре.

373. Лечение стриктур гастроэнтероанастомоза после лапароскопического гастрошунтирования по Ру

Иванов Ю.В., Станкевич В.Р., Смирнов А.В., Панченков Д.Н., Злобин А.И., Данилина Е.С.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Частота стриктур гастроэнтероанастомоза (ГЭА) при гастрошунтировании составляет от 3 до 27%. Данное осложнение может развиваться либо в раннем послеоперационном периоде, либо в отдаленном (как правило, проявляется через 2 месяца, когда пациент переходит на твердую пищу). Тактика лечения данного осложнения в настоящее время не стандартизована. Материалы и методы. В ФНКЦ ФМБА России за период с 2019 по 2021 год выполнено 260 лапароскопических гастрошунтираний. ГЭА накладывался линейным аппаратным швом с ушиванием технологического отверстия ручным 2-хрядным швом в поперечном направлении к оси анастомоза. Стриктуру ГЭА подозревали при наличии дисфагии, тошноты и рвоты. Диагноз подтверждали при рентгенологическом исследовании с применением перорального водорастворимого контраста. В отдаленном периоде выполняли гастроскопию, критерием диагноза считали отсутствие проходимости для эндоскопа диаметром 10,5 мм. Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде стриктура ГЭА развилась у 6 больных (2,3%). Во всех наблюдениях данное осложнение было диагностировано на 1 сутки послеоперационного периода. Развитие стриктуры связывали с воспалительным отеком анастомоза и возможным формированием интрамуральной гематомы. Лечение было консервативным и заключалось в проведении инфузионной, спазмолитической, противоязвенной терапии, также вводили прокинетики и противорвотные препараты центрального действия. Во всех наблюдениях стриктура анастомоза разрешилась самостоятельно в срок от 4 до 6 суток. Проведение гастроскопии не потребовалось ни одному пациенту. При дальнейшем наблюдении за данными пациентами развития стриктуры в отдаленном периоде не отмечено. В отдаленном периоде стриктура ГЭА диагностирована у 5 больных (1,92%) в сроки от 28 до 74 дней после операции. Причинами стриктуры считали технические дефекты: некроз тканей в области

анастомоза с дальнейшим воспалением, замедленной эпителизацией и фиброзом; ишемизация тканей вследствие избыточного натяжения нитей. Во всех наблюдениях стриктура была проходима для проводника, что позволило выполнить эндоскопическое вмешательство. В 3 наблюдениях при исходном диаметре анастомоза свыше 3-4 мм выполняли баллонную дилатацию. При меньшем диаметре стриктуры у 2 больных выполняли бужирование. Целевым показателем считали диаметр ГЭА 12 мм, что достигалось в ходе 2-5 сеансов с интервалами между ними от 2 до 4 нед.. Все пациенты наблюдались в условиях стационара минимум сутки после выполнения эндоскопического вмешательства. У одного пациента в ходе бужирования стриктуры возникла перфорация, что потребовало выполнения хирургического вмешательства в объеме резекции анастомоза с формированием нового ГЭА по Ру. Развития других осложнений не отмечено. У всех наблюдаемых больных достигнуты целевые показатели диаметра ГЭА в 12 мм и более. Все пациенты в течение не менее 2 месяцев получали противоязвенную терапию ингибиторами протонной помпы. Рецидив стриктуры не развился ни у одного пациента (сроки наблюдения от 6 до 32 месяцев). Выводы. Стриктура ГЭА в раннем послеоперационном периоде в большинстве случаев разрешается на фоне медикаментозной терапии и в последующем не рецидивирует. При возникновении стриктур ГЭА в отдаленном периоде высокоэффективны эндоскопическая баллонная дилатация либо бужирование. При достижении целевого показателя диаметра ГЭА не менее 12 мм в ходе нескольких сеансов возможно добиться стойкого удовлетворительного результата.

374. Сравнительный анализ лапароскопического и открытого оперативного лечения паховой грыжи в клинике БГМУ с оценкой изменений микроциркуляции в зоне герниопластики при помощи реографии

Юсупов И.Н., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р.

Уфа

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

Актуальность. Паховая грыжа является распространенной патологией среди хирургических заболеваний и единственным методом ее лечения является хирургическое вмешательство. Примерно 75% всех грыж брюшной стенки относятся к этой категории. Паховая герниопластика по Лихтенштейну является одной из наиболее часто выполняемых операций. Но в последнее время операция TAPP (трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика) получает все большее распространение. При этом имеются некоторые различия в ведении пациентов при этих видах вмешательств, а также особенности восстановления микроциркуляции тканей в зоне герниопластики, а следовательно, характере и времени протекания послеоперационного воспаления и сроках реабилитации. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ таких показателей как: продолжительность операции, виды применяемой анестезии, время пребывания пациента в стационаре и послеоперационных осложнений при этих видах вмешательств, а также оценка состояния микроциркуляции в тканях зоны герниопластики с помощью медицинского реографа-преобразователя 4РГ-2М до операции и на 1-е, 5-е, 14-е сутки после операции. В качестве критерия была принята величина амплитуды реографической волны, выраженной в мм. Лапароскопический метод пластики (TAPP) применяется в клинике реже открытого метода (79 пациентов за 2 года против 187 человек, прооперированных методом Лихтенштейна за 1 год). Операция выполнялась при герниопластике по Лихтенштейну под спинальной анестезией, а при TAPP вмешательство проводилось под наркозом. Результаты и обсуждение. До операции реометрические показатели в обеих группах были идентичны: по Лихтенштейну - $14,08 \pm 0,45$, а при TAPP - $14,16 \pm 0,53$ ($X_2=1,26$ $p>0,05$). В первые сутки после операции показатель амплитуды реограммы при TAPP равный $12,91 \pm 0,39$ мм достоверно ($p<0,05$)

превышает значение $10,97 \pm 0,33$ мм при пластике по Лихтенштейну. На 5-е сутки отмечается положительная динамика в обоих случаях, причем при ТАРР, в отличие от открытой методики, показатель реографии $13,72 \pm 0,51$ мм приблизился к дооперационному значению $14,16 \pm 0,53$ мм. На 14 сутки определяется восстановление микроциркуляторных свойств тканей до начальных значений в обеих группах (по Лихтенштейну - $13,89 \pm 0,44$, при ТАРР - $14,13 \pm 0,51$). Среднее время операции при этих двух методиках достоверно отличалось: $64,78 \pm 7,73$ мин (при ТАРР) и $56,39 \pm 5,25$ мин (по Лихтенштейну) ($p < 0,01$). Сроки пребывания пациента в стационаре с первичной односторонней паховой грыжей при применении ТАРР - $4,60 \pm 0,31$ дней и при использовании методики Лихтенштейна - $4,85 \pm 0,21$ дней достоверного отличия не имели ($p > 0,5$). Однако полноценная активизация больных после операции ТАРР происходила уже на следующие сутки после операции, а при открытой методике - на 2-3 сутки. В послеоперационном периоде у одного пациента после пластики по Лихтенштейну возникло осложнение - гематома передней брюшной стенки, потребовавшая повторного оперативного лечения. Во всех остальных случаях осложнений не отмечено. Выводы и рекомендации. Основным преимуществом ТАРР является полное отсутствие гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений ввиду малоинвазивности данного метода. Однако в качестве недостатков лапароскопического метода следует упомянуть более длительное, хоть и не критическое, время операции и необходимость применения общего обезболивания. Реография как безопасный и доступный метод исследования может успешно применяться для оценки состояния микроциркуляции в тканях зоны вмешательства. При этом нарушение ее в случаях выполнения ТАРР минимально, что ведет к более быстрому возврату показателей реометрии к начальным цифрам, чем при открытой операции. А это обеспечивает раннюю реабилитацию пациентов после грыжесечения.

375. Закрытая интубация желудочно-кишечного тракта в комплексе лечебных мероприятий при лечении больных распространенным гнойным перитонитом

*Тимербулатов М.В., Мехтиев Н.М., Аитова Л.Р.,
Гришина Е.Е., Ирнараров Ф.Р., Субхангулов З.М.,
Фатхуллин А.С., Семашкова В.В.*

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение больных распространенным гнойным перитонитом является одной из актуальнейших проблем в хирургии, прежде всего в связи с сохраняющейся высокой летальностью. Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 269 больных с распространенным гнойным перитонитом, из них 135 больных составили контрольную группу, которым проводился традиционный способ лечения. Летальность контрольной группы больных составила 25,2% (34 больных). Нами определены показания закрытой интубации желудочно-кишечного тракта, с помощью которой можно проводить промывание желудочно-кишечного тракта и сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии. В основную группу вошли 134 пациента, которым проводился комплекс лечебных мероприятий, включающий закрытую интубацию желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде больным проводились сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии, перед которыми просвет зондов промывался раствором глюкозы 5%. Сеансы проводились каждые 2 часа в течении 20-30 минут под низким давлением. Критерии эффективности сравниваемых комплексов лечебных мероприятий: сроки восстановления моторики кишечника, сравнительный анализ уровня белка в отделяемом из брюшной полости, сравнительный анализ уровня микробной обсемененности в отделяемом из брюшной полости, сравнительный анализ ЛИИ, количество релапаротомии, сроки лечения и уровень летальности. Полученные результаты. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что у больных основной группы купирование инфекционно-воспалительных процессов в брюшной полости и эндогенной интоксикации происходит в 2 раза быстрее, чем у больных в контрольной группе. Восстановление моторики кишечника у больных основной группы

происходит на 2-3 сутки, а у больных контрольной на 3-5 сутки. У больных основной группы по сравнению с больными контрольной группы явления полиорганной недостаточности купировались в первые сутки послеоперационного периода. Летальность в основной группе составила 11,2% (15 больных). У больных основной группы посевы отделяемого из брюшной полости на 3-5 сутки были отрицательными, а у больных контрольной группы в эти сроки держались еще ниже критического уровня. Обсуждение. Проводимые сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии в комплексе лечебных мероприятий позволяют в ранние сроки послеоперационного периода, на 2-3 сутки, устранить микробную обсемененность, восстановить моторику кишечника и купировать гипоксию тканей органов брюшной полости, что позволяет сократить сроки лечения и летальность. Выводы: 1) Разработанный нами комплекс лечебных мероприятий, включающий сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии, позволяет в ранние сроки послеоперационного периода сократить сроки восстановления моторики, устранить микробный фактор, сократить количество нагноения ран, количество релапаротомии, снизить сроки лечения и уровень летальности с 25,2% до 11,2%. 2) Средний срок нахождения интубационных трубок в тонкой кишке 5,5 суток, в толстой кишке 3 суток. Рекомендации: 1. Интубацию тонкой кишки проводили одно- и двух-просветными зондами длиной 2,5-3,5 м, диаметром 6-7 мм. Интубацию толстой кишки проводили зондами длиной 2 м, диаметром 12 мм, 2. Перед сеансами интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии просвет зондов промывается раствором глюкозы 5%. Из источника кислорода под низким давлением подается кислород в просвет тонкой кишки в течении 20-30 минут, через специальный дренаж в брюшную полость подается кислород и создается давление 5-10 мм.рт.ст.

376. Хирургическое лечение варикозных кровотечений у больных циррозом печени на этапе ожидания трансплантации

Коробка В.Л., Шаповалов А.М.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность. Около 90% больных циррозом печени (ЦП) спустя 10 лет после выставления диагноза имеют портальную гипертензию (ПГ), следствием которой становятся варикозная трансформация вен и кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). ВРВП – основная причина смерти 80% больных в листе ожидания трансплантации печени (ЛОТП). Высокая смертность пациентов на этапе ожидания трансплантации требует не только четкую организацию медицинской помощи, но и активную хирургическую тактику. Целью работы стала попытка повысить выживаемость больных ЦП, имеющих ВРВП и кровотечения из ВРВП, на этапе ожидания трансплантации печени. Материалы и методы. 347 больных ЦП из ЛОТП в 59,4% случаев (206) имеющих одним из осложнений кровотечения из ВРВП. Рецидивные кровотечения – 133 пациента (38,3%), из них у 23 человек от 2 до 14 эпизодов. Методом эндоскопии обследованы все пациенты с рецидивными кровотечениями: ВРВП 1 ст. – 11 (8,3%), 2 ст. – 32 (24,1%), 3 ст. – 49 (36,8%), 4 ст. – 41 (30,8%). Для профилактики рецидива варикозных кровотечений в различное время нахождения пациентов в ЛО выполняли эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП – 53, TIPS – 20, азиго-портальное разобщение (АПР) по оригинальной методике (селективная проксимальная ваготомия, резекция пищевода-желудочного перехода и кардиального отдела желудка, формирование эзофагогастроанастомоза на передней стенке желудка и создание арелфлюксной кардии) – 43. Лечение больных хирургическим способом было обосновано результатами эндосонографии (ЭУС), позволившей исследовать переднюю стенку желудка в области кардии и средней трети его тела, оценить максимальную плотность венозной сосудистой сети (ПВСС) в этих зонах, определить более выгодную позицию для выполнения АПР. В 38 случаях (88,4%) операцию провели в плановом порядке, у 5 человек (11,6%) – на высоте кровотечения. В число этих пациентов вошли и те, у кого ранее были выполнены ЭЛ (11) и TIPS (4). Наряду с хирургическими методами все пациенты получали неселективные β -блокаторы. Результаты.

По данным ЭУС установлены средние показатели плотности венозной сосудистой сети (ПВСС) кардии и средней трети тела желудка (соответственно $51,95 \pm 11,93\%$ и $29,38 \pm 5,65\%$ ($p < 0,05$)). Показатель ПВСС желудка изменчив и зависит от степени ВРВ пищевода, однако средняя треть передней стенки желудка, в сравнении с его кардиальным отделом, имеет меньшую венозную плотность (формирование эзофагогастроанастомоза на передней стенке желудка осуществляли в этой зоне). Ретроспективный анализ применения различных методов лечения и профилактики кровотечений из ВРВП показал, что после ЭЛ кровотечения рецидивировали в 69,8% случаев (37/53), умерло от кровотечения 49,1% (26/53); после TIPS имели рецидивы кровотечений 45,0% (9/20), умерло от кровотечения 35,0% (7/20); после оригинального АПР кровотечения рецидивировали в 9,3% случаев (4/43), умерло от кровотечения 2,3% (1/43). Таким образом, несмотря на консервативное лечение и хирургические методы профилактики кровотечений из ВРВП, в ЛОТП от кровотечений умерло 27,1% больных (36/133). Из оставшихся живыми 94 пациентов (в 3 случаях смерть наступила вследствие декомпенсации ЦП) в итоге перенесли ТП 12,8% больных (17/133). Выводы. Активная хирургическая тактика, в частности применение АПР, у больных ЦП, имеющих рецидивы варикозных кровотечений весьма оправдана, так как позволяет большинству пациентов сохранить жизнь и тем самым дать шанс дожидаться трансплантации печени.

377. Совершенствование эпидемиологической безопасности медицинской помощи на основе компьютерных технологий в рамках регистра политравмы

*Земляной А.Б. (1), Зубрицкий В.Ф. (1),
Баландин Д.Л. (2)*

Москва

1) МИНО МГУПП, 2) АО «Е-Паблш»

В Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года сформулирована необходимость совершенствование мер профилактики инфекций,

связанных с оказанием медицинской помощи. Одним из таких направлений является внедрение информационных технологий в совершенствование мер борьбы и профилактики ИСМП. В рамках реализации Стратегии разрабатывается автоматизированная система сбора данных и учета ИСМП в структуре Регистра Политравмы, включающая: • сбор данных по политравме в травмцентрах Российской Федерации • сбор данных ИСМП в травмцентрах Российской Федерации • сложный анализ (корреляционный анализ/факторный анализ/кластерный анализ); • создание регистра политравмы и ИСМП в травмцентрах России; • формирование рекомендаций и образовательных программ на основе статистических алгоритмов и методов BigData. Данная автоматизированная система позволит решить ряд задач: • упрощение и сокращение времени ввода данных: данные вводятся из компьютера и/или любого мобильного устройства, при этом исключается многократный ввод данных, производится проверка корректности уже на этапе ввода; • данные автоматически агрегируются на уровне отделения/больницы/региона/РФ. Отчётные формы и графики формируются автоматически; • данные накапливаются в течении заданных периодов и сопоставляются между собой, что делает затруднительной фальсификацию; • в ретроспективе данные можно сравнивать по годам, регионам, лечебным заведениям, по заболеваемости, используя статистические алгоритмы и методы BigData. Интеграция информационной системы с электронной историей болезни позволит разработать значимость факторов рисков инфекционных осложнений политравмы для каждого отдельного травмцентра. Автоматизированная система сбора данных и учета ИСМП позволит принимать важные управленческие решения на основе оперативного анализа, а также контролировать результаты таких решений. Создаст принципиально новый алгоритм и методику достижения целевых показателей по снижению частоты политравмы и ИСМП.

378. Перспективы применения ферро-магнитных коллоидов для местной остановки кровотечений*Парамонов Б.А., Скворцов Н.В., Морозова А.О.,
Пожарская Е.М.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени
С.М.Кирова

Актуальность. Остановка кровотечений является одной из наиболее актуальных проблем хирургии. Путь ее решения лежит в применении аппаратных методик и препаратов, обладающих гемостатическим действием. Целями исследования являются: разработать гемостатический препарат местного применения на основе ферро-магнитных коллоидов, а также оценить его безопасность и специфическую активность. Материал и методы. В опытах на 3-х видах животных (мыши, крысы и кролики) проводили доклиническую оценку токсических свойств препарата при различных путях введения (per os, per rectum, внутривенно, подкожно и на рану). Производили оценку специфической (кровоостанавливающей) активности в опытах на крысах, кроликах, свиньях и баранах. Выполняли морфологические исследования, включая трансмиссивную и растровую электронную микроскопию. Изучали фармакокинетику и фармакодинамику препарата с использованием методов инфракрасной, атомно-адсорбционной и рамановской спектроскопии. Исследовали «поведение» ферро-магнитных коллоидов и их влияние на клетки крови в переменном магнитном поле в диапазоне частот 30-330 Гц при плотности магнитного потока от 0,5 до 2 гаусс. Полученные результаты и обсуждение. Разработаны состав и технология синтеза препарата «Феррокол» на основе ферро-магнитных коллоидов из малотоксичных химических соединений. Была показана крайне низкая токсичность при всех способах введения. Так, при введении препарата в желудок гибель животных вообще не наступает при любых дозах. То же самое касается кожного применения и нанесения на рану. При введении в брюшную полость среднесмертельная доза (LD50) составила 2754,23 мг/кг веса животного, что позволяет отнести его к малотоксичным веществам. Исследования показали отсутствие мутагенного, канцерогенного, тератогенного, эмбриотоксического и прочих отрицательных последствий при применении препарата. Среди побочных эффектов при хронических экспериментах отмечено повышение уровня

гемоглобина, что связано с утилизацией организмом железа. Препарат обладает высокой специфической (кровоостанавливающей) активностью, которая реализуется в широком диапазоне pH. Показана возможность применения препарата для остановки кровотечений гастродуоденальных кровотечений, а также из паренхиматозных органов. Проведенные гистологические исследования показали отсутствие повреждающего действия на ткани организма. В модельных экспериментах показана возможность усиления гемостатического эффекта «Феррокола» посредством ряда физических факторов (постоянного и переменного магнитного поля). При действии переменного магнитного поля эффект усиления гемостатического эффекта отмечен в диапазоне частот от 30 до 330 Гц (наиболее выраженное - 50-80 Гц.) при плотности магнитного потока около 1,0 гаусс. Выводы. Препараты на основе ферро-магнитных коллоидов могут применяться для локальной остановки кровотечений. Воздействие физических факторов (постоянного и переменного магнитного поля) усиливает кровоостанавливающую эффективность препарата. После завершения официальных испытаний и регистрации препарат «Феррокол» может использоваться в хирургической практике.

379. Влияние субоптимальных результатов интраоперационной ультразвуковой флоуметрии на клинические и ангиографические результаты хирургического лечения ИБС*Мукимов. Ш.Д., Андреев А.В., Зайковский. В.Ю.,
Васильев В.П., Ширяев А.А., Акчуринов. Р.С.*

Москва

Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр
кардиологии» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Введение. Диффузное поражение коронарных артерий (КА) с вовлечением дистального русла и сужением диаметра менее 1,5 мм создает технические сложности для коронарного шунтирования (КШ). В отдельных исследованиях

продемонстрировано негативное влияние тяжелого коронарного атеросклероза на параметры гемодинамики по шунту во время операции, полученные при интраоперационной ультразвуковой флоуметрии (ИУФ). Влияние худших результатов ИУФ на клинические и ангиографические результаты у больных с диффузным поражением КА не изучено и является целью настоящего исследования. Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование, включено 146 пациентов, которым проведено КШ при диффузном поражении КА в период с 01.2018 по 01.2020 гг. Всем пациентам выполнено плановое оперативное вмешательство с использованием микрохирургической техники и проведением ИУФ. В качестве оптимальных показателей флоуметрии использованы значения потока по шунту (MGF) ≥ 20 мл/мин для аутовен и ≥ 15 мл/мин для аутоартерий, а также критерий пульсативного индекса (PI) < 5 ед. и процент диастолической составляющей (DF) $\geq 50\%$. Состояние шунта расценивалось как оптимальное при достижении целевых значений для трех упомянутых параметров. Все пациенты разделены на две группы: в 1 группу вошли пациенты с оптимальными параметрами флоуметрии ко всем шунтам ($n=118$), 2 группу формировали пациенты с субоптимальными значениями флоуметрии, как минимум, одного из шунтов ($n=28$). Результаты. Большинство исследуемых – мужчины, средний возраст которых составил 62 года. Основные исходные характеристики были сопоставимы, за исключением сахарного диабета, который встречался достоверно чаще в группе больных с субоптимальными параметрами флоуметрии (22,0% против 42,9%, $p=0,024$). Частота рецидива стенокардии в изучаемых группах составила 9,5% ($n=11$) и 22,2% ($n=6$), соответственно для групп. У больных с субоптимальными значениями флоуметрии частота развития рецидива стенокардии через 1 год была выше в 2,7 раз (ОШ=2,7; 95% ДИ 0,9-8,2, $p=0,065$) без достижения статистически значимых различий. Другие изучаемые клинические исходы – инфаркт миокарда (1,7% против 3,7%, $p=0,469$) и повторная реваскуляризация (6,0% против 7,4%, $p=0,678$) не различались. В 1 группе отмечено 2 летальных исхода с диагнозом острая сердечно-сосудистая недостаточность, во 2 группе летальных исходов не зарегистрировано. У 14 больных с возвратом стенокардии в среднем через 1 год после операции выполнена шунтография, визуализировано 62 шунта (14 из них аутоартериальные). Частота окклюзии шунтов составила 21% ($n=13$). Вероятность окклюзии шунта при его субоптимальной функции была выше практически в 5 раз (ОШ=4,8, 95% ДИ 1,0-

22,8, $p=0,037$). Заключение. Сахарный диабет и диффузное поражение КА ассоциируются с худшими результатам флоуметрии по коронарным шунтам. Субоптимальные значения флоуметрии, как минимум одного из шунтов, увеличивают риск рецидива стенокардии в несколько раз. Субоптимальная функция шунта сопровождается 5-кратным повышением риска окклюзии через 1 год после операции.

380. Применение трековых мембран для лечения ожогов и ран.

*Пармонов Б.А. (1), Чмырев И.В. (1),
Андреев Д.Ю. (1), Ястребов П.В. (1),
Щеголев Д.В. (2), Апель П.В. (2), Нечаев А.Н. (2),
Дмитриев Н.С. (2)*

1) Санкт-Петербург, 2) Дубна

1) ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2) Лаборатория ядерных реакций имени Г.Н. Флерова Объединенного института ядерных исследований

Совершенствование методов и средств лечения ожогов и ран является актуальным для хирургии. Перспективным является использование т.н. «трековых мембран» (ТМ) в качестве раневых покрытий. Такие мембраны изготавливаются из полимерных плёнок различной толщины (12-25 микрон) посредством бомбардировки их высокоэнергетическими ионами (аргон, криптон), пробивающими плёнку насквозь. В местах прохождения ионов образуются сквозные каналы (треки) субмикронного размера, непроницаемые для микроорганизмов, но обеспечивающий влаго- и газообмен на должном уровне. Раневое покрытие «Фолидерм» на основе полиэтилентерефталата (после ребрендинга - «Флеров-ТМ»), ранее применялось для лечения поверхностных ожогов и т.н. «донорских» ран. По своей сути данное покрытие является «микробным фильтром», и, одновременно, своеобразным «протезом» рогового слоя эпидермиса, обеспечивающего интенсивность влагопотерь на уровне $2,5 \pm 10,5$ г/м² час⁻¹ в диапазоне внешних температур от +1°C до +45°C. Целями исследования являются: разработка серии раневых покрытий на основе трековых

мембран для лечения различных типов ран и трофических язв. Материалы. Проведены сравнительные исследования свойств трековых мембран с различными параметрами объемной пористости и способами обработки поверхности. Изучали свойства ТМ с порами различной формы («цилиндр», «конус», «песочные часы», «галстукообразные», «сигарообразные»); диаметром (от 0,18 до 0,45 мкм) и плотностью пор (от 0,7?10⁷ до 3,2?10⁸ пор на 1 см²). Для модификации поверхности ТМ использовали: коллаген, растворы ?-цепей коллагена; хитозан; дибутирилохитин; антибактериальные пептиды (пентодифенин); нанокластеры серебра и оксид титана. На мембранах культивировали кожи (кератиноциты и фибробласты) и сложные клеточные композиции. В опытах на животных применяли ТМ для лечения ран различного генеза. Результаты и их обсуждение. Определены оптимальные параметры раневых покрытий для ожогов, ран и трофических язв. Установлено, что культивирование клеток (и последующая трансплантация на раны) лучшим образом происходит на ТМ с т.н. «развитым рельефом» поверхности. Нанесение нанокластеров серебра и оксида титана придает ТМ антибактериальные свойства в отношении широкого спектра микроорганизмов. Напыление антибактериального пептида пентодифенина в дозе 5нг/см² обеспечивает подавление патогенной микрофлоры в ранах. Модификация поверхности трековой мембраны дибутирилхитином, позволяет создать многокомпонентные раневые покрытия с разносторонними эффектами. Раневые покрытия на основе трековых мембран не имеют зарубежных аналогов.

381.О первых публикациях опыта местного лечения ожогов на страницах русских медицинских изданий в первой трети XIX века

Соколов В.А., Бутрин Я.Л.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Начало регулярных клинических и научных публикаций по проблеме «Ожоги» неразрывно

связано с историей создания и выпуска медицинских газет и журналов на территории Российской империи. Первым, кто поднял вопрос о целесообразности начать выпуск медицинского издания для врачей страны на русском языке стал в 1763 г. президент Медицинской коллегии барон Александр Иванович Черкасов. Однако лишь через 29 лет, в 1792 г., благодаря усилиям профессора патологии и терапии Санкт-Петербургского Главного врачебного училища Фридриха (Фёдор Карлович) Удена вышел из печати первый номер «Санкт-Петербургских врачебных ведомостей». В 1808 г. свет увидел «Медико-физический журнал, или Труды высочайше утвержденного при Московском Императорском университете Общества соревнования врачебных и физических наук». Издатель – московский университет. Еще через три года, в 1811 г., Императорская Медико-хирургическая академия в Санкт-Петербурге приступила к изданию «Всеобщего журнала врачебной науки». Через 10 лет, в 1821 г. общество практикующих врачей Санкт-Петербурга напечатало первый номер трудов на немецком языке «Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft practischer Aertzte zu St. Petersburg» (Разнообразные труды из области медицины от общества практикующих врачей Санкт-Петербурга). В силу различных причин продолжительность выпуска и число номеров вышеупомянутых изданий было ограниченным. Публикаций по проблеме «Ожоги» авторам представленной работы на их страницах найти не удалось. Ситуация изменилась в 1823 г. когда по инициативе директора Медицинского департамента Военного министерства, главного военно-медицинского инспектора армии, президента Медико-хирургической академии Якова Васильевича Виллие (Вилье) в России начал издаваться Военно-медицинский журнал. Необходимость его выпуска была обусловлена следующими факторами: недостатком военных врачей, которых сразу после выпуска направляли на службу в строевые части, где они не имели возможности для совершенствования своего профессионального мастерства. Поэтому журнал планировался как источник новых знаний по актуальным для того времени вопросам медицины, в том числе и по такому разделу хирургии как ожоги. И уже в первом номере за 1826 г. в нем публикуется статья Штаб-лекаря надворного советника Борзенкова «Опасность и польза при наружном употреблении Дурмана». В ней автор описывает случай успешного применения листьев Дурмана (лат. Dat?ra) – род растений семейства Паслёновые (Solanaeae) для лечения ожога горячей жидкостью

нижних конечностей. В журнале размещались работы не только отечественных врачей. Редакция внимательно следила и за трудами их зарубежных коллег, переводила их на русский язык и размещала реферативные сообщения на своих страницах. Например, в 1831 г. в третьем номере опубликовали краткий перевод статьи из *Gazette medicale* (1830) об опыте американского доктора Андерсона лечения ожога «хлопчатой бумагой». Аналогичные публикации в первой трети XIX, можно найти и на страницах медицинских газет. Например, в «Друг здравия, народно-врачебная газета» в № 15 за 1836 г. есть сообщение о применении доктором Hintze раствора сулемы в качестве препарата для местного лечения ожоговой раны, а в № 21 за тот же год работу Штаб-лекаря Зейдера из Вышнего Волочка о целесообразности погружения ожоговых ран в емкость с теплой водой.

382. Лечение ожогов в клиниках ленинградских высших медицинских заведений в 1920-1930-х гг.

Соколов В.А., Бутрин Я.Л.

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Санкт-ПВ 1920-1930-х гг. лечение обожженных в Ленинграде осуществляли в хирургических отделениях многопрофильных больниц и в травматологических пунктах. Кроме того, активно использовался коечный фонд хирургических кафедр 1-го и 2-го Ленинградских медицинс

Середина XIX века оказалась богатой политическими, экономическими, и общественными изменениями в жизни Российской империи и стран Европы (революции 1848 г., Крымская война, отмена крепостного права, введение земских и городских учреждений, принятие нового университетского устава (1863 г.) и т.д.). Они привели к появлению земской медицины, дали импульс развитию науки, в том числе и медицины. Одной из актуальных научных проблем стала разработка новых и совершенствование имеющихся методов лечения ожогов. Так, по данным ординатора Обуховской больницы Санкт-Петербурга Г.Ф. Фреммерта на 1883 г. «...в литературе можно найти около полусотни статей, имеющих целью ввести новые способы лечения

ожогов...». Автор работы не только тщательно отслеживал текущую медицинскую периодику. Он стал одним из первых отечественных исследователей, кто приступил к детальному изучению статистики ожогов. По его данным в то время имелось лишь одно сообщение из Соединенных Штатов Америки, из *Boston City Hospital* (1875). В нем очень коротко указали: «... из 204 ожогов, наблюдавшихся за 11 лет, ... 111 было у лиц женского пола. Ожоги распределялись равномерно в возрастном периоде от 10 до 17 лет. Большая часть причинена горячей жидкостью. Наиболее тяжелое течение (2/3 окончившихся смертью) представляли ожоги керосином». Минимальный объем информации, использование образных выражений «большая часть, равномерно, наиболее тяжелое течение и т.д.» не позволяли читателю сделать конкретные выводы. Результаты проведенного Г.Ф. Фреммертом исследования позволили получить гораздо большее число статистических данных. Их опубликовали в четырех номерах газеты «ВРАЧ», в 1883 г.: № 29, 30, 31, 32. Полученный материал достаточно детально для второй половины XIX века отражал ситуацию с ожоговым травматизмом в Санкт-Петербурге. В последующие годы его дополнили в ходе выполненных и защищенных также в Императорской Военно-медицинской академии диссертационных исследований: В.П. Загорянского-Киселя «Травматическія поврежденія среди гражданского населения С-Петербурга с 1884 по 1895 г. Статистическій матеріал къ вопросу о поданіи помощи пострадавшимъ въ несчастныхъ случаяхъ» [8] и М.Н. Обезьянинова «Травматическія поврежденія и ожоги на судахъ русскаго флота. Сатистическій матерьяль для морской гигиены» (1899). Труды русских врачей по целому ряду количественных параметров значительно превосходили зарубежную работу. Так, период сбора материала находился в интервале 9–12 лет, количество клинических наблюдений – от 1125 до 6530, а число исследуемых факторов – 8–14. В результате удалось собрать статистические данные об абсолютном числе ожогов; достаточно детально изучить статистику ожогов и их место в структуре бытового травматизма, определить наиболее неблагоприятные для получения ожоговой травмы временные факторы дня и года, исследовать обстоятельства получения травмы и этиологию ожогов, распределить обожженных по полу, возрасту, профессии, оценить эффективность оказания медицинской помощи в стационаре и т.д. Результаты выполненных работ позволили с математической точностью вывести «... зависимость ожогов от тех или других особенностей семейной и

общественной жизни». Кроме того, полученные данные были необходимы для изыскания ... предохранительных и санитарных мер».

383.О местном лечении ожогов с использованием растительных препаратов и гомеопатических средств в России в XIX веке.

Соколов В.А., Бутрин Я.Л.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Одним из факторов, который влиял на результаты лечения ожогов в XIX веке, являлся выбор средств для местного лечения. Во времена становления химии как науки, зарождения химического производства, появления первых научных работ по клинической фармакологии - основными субстратами для изготовления лекарственных препаратов являлись растения и травы, ингредиенты животного происхождения. Накопленный со временем огромный опыт клинической и народной медицины постепенно стал изучаться и систематизироваться. В 1786 г. в России был издан, переведенный на русский язык Алексеем Протасовым, труд Христиана Пекена «Домашний лечебник или Простый способ лечения». В 1817 г. русские исследователи подготовили к печати и опубликовали трехтомное издание И.И. Кашинского «Русский лечебный травник: Содержащий описание отечественных врачебных растений, качествами своими заменяющих иноземных, : В трех частях. / В пользу соотечественников изданный: доктором медицины и хирургии, Императорской Медико-хирургической академии корреспондентом и кавалером: Иваном Кашинским». В качестве предисловия автор опубликовал выписку из протокола Императорской Медико-хирургической академии от 4/18 марта 1816 г. за подписью Я.В. Виллие с отзывом о книге и выписки из трудов известных медиков О.О. Ремана, Ф.Г. Эвеста и О.К. Каменецкого об употреблении народных средств в медицине. В первом томе опубликована информация о 26 растениях, которые в разном виде (листья, присыпки, отвары и т.д.) можно использовать для лечения ожогов. А 3 часть содержала изображения уже 202 растений,

рекомендованных автором к использованию в лечебных целях. Для рассматриваемого исторического периода работа представляла несомненный интерес для практикующих врачей и лиц, не имевших специального образования, но оказывающих медицинскую помощь людям. В XIX веке большую популярность приобрела гомеопатия в качестве альтернативного вида медицины. Для популяризации опыта и методик лечения в России был издан ряд трудов зарубежных специалистов. В качестве примера можно привести перевод В. Дириккером (со 2 изд.) и последующее ее и публикацию на русском языке в 1857 г. книги Клотара Морица Миллера «Домашний гомеопатический лечебник, или Наставление к пользованию обыкновенных болезней гомеопатическими средствами за отсутствием и до прибытия врача». Как указывалось в предисловии, целью книги являлось: «...дать возможность лицам, совершенно незнакомым с медициной, оказывать помощь себе и ближним во всех тех случаях, где по тем или иным причинам какая бы то ни была другая медицинская помощь является для них недоступной». Лечебник в сжатом и доступном изложении, без всяких специальных терминов, давал описание признаков болезней и указание наиболее подходящих для них гомеопатических лекарств. А среди рассматриваемых нозологических форм монография содержала информацию по лечению ожогов и отморожений. Книга оказалась востребованной на российском рынке и ее в последующем переиздали еще 5 раз – в 1860, 1865, 1870, 1876, 1882 годах.

384.Хирургическое лечение больных с хроническим запором

Борота А.В., Плахотников И.А., Аль Ямани Н.Д., Кухто А.П., Колодяжный М.А.

Донецк

ГОО ВПО "Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького"

Актуальность. Хронический запор (ХЗ) является одним из наиболее распространенных диагнозов, устанавливаемых в амбулаторных клиниках, и считается частой причиной для направления к

гастроэнтерологам и колоректальным хирургам. Не смотря на историю хирургического лечения ХЗ, которая восходит к XX веку, на данный момент не разработаны единая стратегия и тактика лечения, нет проработанных четких клинических критериев, и, что немало важно, основательных показаний к лечению хирургическим путём, невозможен выбор объема хирургического вмешательства. Цель работы. Улучшение ближайших и отдаленных клинических результатов лечения пациентов с различными формами хронического запора (ХЗ) на фоне мегадолихоколон, долихосигмы и синдрома Пайра, путем совершенствования выбора оптимального объема и способа хирургического лечения. Материалы и методы. За период с 2010 по 2021 годы в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» на базе колопроктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения проходило лечение 124 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 83 пациентам (66,9%). Женщин 69 (83,1%), мужчин 14 (16,8%). Средний возраст - 39,6 лет. Субкомпенсированная стадия отмечалась у 31 (37,3%), стадия декомпенсации – у 52 (62,6%) пациентов. Длительность болезни по времени составляла от 2 до 20 лет, в среднем 5-7 лет. В анамнезе частота стула от 1-2 раза в 7-10 суток. По объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: резекция сигмовидной кишки – 1; левосторонняя гемиколэктомия – 3; субтотальная колэктомия – 79; в том числе: лапароскопически ассистированная субтотальная колэктомия – 12; монопортовая лапароскопически ассистированная субтотальная колэктомия – 5; лапароскопическая субтотальная колэктомия по NOSE10 – 1. Виды сформированных анастомозов: трансверзоректальный – 4, илео-ректальный – 76 на уровне ректосигмоидного отдела прямой кишки с сохранением верхней прямокишечной артерии. Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у 5-и (6,1%) пациентов развились ранние послеоперационные осложнения: спаечная кишечная непроходимость – 2; обострение хронического энтерита – 3, которое после операции корригировалось консервативным лечением, 2 пациента были повторно оперированы, выполнен висцеролиз. Из 83, прооперированных нами, хорошие результаты лечения отмечены у 67 (63,7%) прооперированных пациентов. Наличие самостоятельного стула и спустя 11-14 койко-дней, частота стула при выписке стала 2-3 раз в сутки, и отсутствие болевого синдрома у всех 67 пациентов,

исход операции оценен как благоприятный. У 15-ти (18,0%) пациентов, которым были выполнены лапароскопические операции, можно сделать заключение о том, что у данных больных наблюдалось: существенное снижение травматичности, сокращение восстановительного периода после операции (2-3 суток) и отсутствие болезненных ощущений, отсутствие косметического дефекта (послеоперационных рубцов). У 7-и (8,4%) пациентов, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Все пациенты отмечали значительное уменьшение болевого синдрома, улучшение общего самочувствия, спустя 11-14 койко-дней, частота стула при выписке стала 3-4 раз в сутки. У 9-ти (10,8%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта, т.е. неудовлетворительно. Летальных исходов не было. Выводы. Субтотальная колэктомия с формированием илео-ректального анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в лечении хронического медленно-транзитного запора. Основной причиной неудач в хирургии хронического копростоза является неправильный выбор объема резекции ободочной кишки. Видеоэндоскопические технологии при хирургическом лечении хронического копростоза являются высокоэффективными и перспективными.

385. Дифференциальный подход в определении способа оперативного вмешательства при паховых грыжах

Чугуевский В.М., Тамбиев М.Д., Абдуллаев А.Г., Грясов В.И.

Ессентуки

Ессентукская городская клиническая больница.

Актуальность. Современная герниология позволяет использовать ряд различных технологий в лечении паховых грыж. Применение того или иного метода оперативного вмешательства зависит от технических возможностей, стадии заболевания и коморбидного фона. В каждом отдельном случае определение метода герниопластики является задачей требующей учета всех указанных факторов.

Цель работы. Проведя оценку результатов применения ТЕР, ТАРР и пластики по Лихтенштейну определить выбор наиболее оптимального варианта герниопластики при паховой грыже. Материалы и методы. Мы располагаем опытом выполнения 685 оперативных вмешательств при паховых грыжах. Всем пациентам выполнялись клинические тесты, выполнение УЗИ органов малого таза и паховых областей. При этом проводилась оценка степени расширения паховых колец, наличие патологии органов малого таза. Оценка размеров грыжевого выпячивания проводилась по классификации Nyhus (1993). У 76 (11,09%) пациентов выполнена ТАРР, 261 (38,1%) выполнена ТЕР и герниопластика по методу Лихтенштейна у 348 (50,8%). У всех пациентов использовали эндопротезы фирмы Линтекс, при лапароскопической герниопластике 10x15 см без дополнительной фиксации, при пластике по Лихтенштейну 6 x 11см. Результаты и обсуждение: больным которым выполнена ТАРР грыжа (II типа) выявлена у 34 (46,6%), (III B) – 24 (32,8%), прямая паховая грыжа (IIIA) - 15 (20,5%). У пациентов которым выполнена ТЕР грыжа (II типа) диагностирована у 166 (76,8%), III A 28 (12,9%) и у 22 (10,2 %) III B. Среди больных которым произведена пластика по Лихтенштейну (II типа) у 68 (19,7%), прямая паховая грыжа (IIIA) - 46 (13,3%), (IIIB-IV) - 230 (66,8%). Выраженные заболевания сердечно-сосудистой системы и легких имелись у 262 (76,1%). Серомы семенного канатика при лапароскопических операциях выявлены в 12 (4,1%) случаях, у 7 потребовалось пункционное лечение. Рецидив заболевания в указанные сроки 1 после ТЕР при IIIA. Заключение. При выявлении II; III AB типах грыжи и отсутствии противопоказаний к общему обезболиванию показано выполнение лапароскопической герниопластики. Выбор метода лапароскопической герниопластики зависит от опыта и возможности оперирующего хирурга. Сроки восстановления и потребность в анальгетиках в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения ТЕР и ТАРР не имеют существенных отличий. Наличие грубых рубцов в зоне предполагаемом герниопластики, рецидивный характер процесса(ранее выполненная операция по Лихтенштейну или ТЕР) более целесообразно выполнение ТАРР. Грыжи относимые к IIIB типу со значительным ослаблением задней стенки, наличие у пациента выраженных заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, являющихся противопоказанием к эндотрахеальному наркозу целесообразно проведение пластики по методу Лихтенштейна.

386.Резекции печени с применением трансплантационных технологий: когда, кому и как?

*Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В.,
Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Чурсин Д.В.,
Субхонов Х.А., Расповов Д.С.*

Москва

ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России»

В Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России в период с 2008 по 2021 г. было выполнено 2388 резекций печени, из них оперированы 408 пациентов (17,1%) с паразитарными, первичными и вторичными новообразованиями печени с инвазией магистральных сосудов печени (воротная вена, печеночная артерия, печеночные вены, ретрогепатический сегмент нижней полой вены, правое предсердие), что исключало возможность выполнения радикальных резекций печени без сосудистой резекции и реконструкции. Реконструкцию магистральных сосудов, при невозможности выполнения аутопластики, производили с помощью синтетических PTFE-кондуитов. На основании опыта 408 резекций печени с резекцией и реконструкцией магистральных сосудов, вида и количества реконструируемых сосудов, использованной техники при резекции и реконструкции магистральных сосудов, а также технической сложности выполнения оперативных вмешательств все хирургические вмешательства были систематизированы на 4 градации. К I градации отнесен 271 пациент, которым были выполнены резекции печени с резекцией и реконструкцией одного сосуда афферентного или эфферентного кровотока печени, либо нижней полой вены. Ко II градации отнесены 53 пациента, которым были выполнены резекции печени с мультиваскулярной резекцией и реконструкцией 2-х и более сосудов афферентного, эфферентного кровотока печени и/или нижней полой вены. К III градации отнесены 52 пациента, которым были выполнены нормотермические резекции печени с резекцией и реконструкцией сосудов афферентного, эфферентного кровотока печени и/или нижней полой вены в условиях тотальной сосудистой изоляции печени. К IV градации отнесены 30 пациентов, которым были выполнены гипотермические варианты резекций и консервации печени (in vivo, ex vivo) с резекцией и реконструкцией сосудов афферентного,

эфферентного кровотока печени и/или нижней полой вены. Общая частота послеоперационных осложнений у больных после резекции печени с применением трансплантационных технологий при Grade I составила 24,3%, при Grade II – 25,8%, при Grade III – 54,2%, при Grade IV – 60,4%. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являлись пострезекционная печеночная недостаточность (ISGLS, 2011), билиарные осложнения (ISGLS, 2011), внутрибрюшные кровотечения, инфекционные и раневые осложнения. Госпитальная летальность при Grade I составила 2,9%, при Grade II – 3,8%, при Grade III – 7,7%, при Grade IV – 16,7%. Послеоперационный койко-день после резекций печени Grade I составил 10 (8-16) койко-дней, после резекций печени Grade II – 12 (10-18) койко-дней, после резекций печени Grade III – 17 (12-38) койко-дней, после резекций печени Grade IV – 22 (14-44) койко-дней. Заключение. К трансплантационным технологиям в хирургии печени следует относить резекции печени, дополненные сосудистым реконструктивным компонентом путей афферентного и эфферентного кровоснабжения печени, а также нижней полой вены, в том числе с применением тотальной сосудистой изоляции печени в условиях нормо- или гипотермии. Трансплантационные технологии являются важной опцией современной хирургической гепатологии, позволяют существенно увеличить резектабельность с удовлетворительными непосредственными результатами, повлиять на выживаемость пациентов с очаговыми образованиями печени, а их применение может быть признано в качестве важной новой хирургической стратегии в лечении первичных или вторичных злокачественных новообразований печени, а также погранично-резектабельного альвеококкоза печени. Освоение трансплантационных технологий необходимо начинать последовательно с вмешательств I градации с постепенным увеличением их технической сложности и освоением различных тактико-технических приемов с последующим возможным освоением вмешательств II градации сложности, а резекции печени с применением трансплантационных технологий III, IV градации сложности следует выполнять исключительно в высокопоточковых специализированных центрах, обладающих активной программой трансплантации печени.

387. Рентгенохирургические методы в ведении паллиативных больных с воротной холангиокарциномой

Мусатов А.Б., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В.

Москва

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

Введение. В большинстве случаев причиной смерти пациентов с нерезектабельной воротной холангиокарциномой (ВХК) является печеночная недостаточность вследствие механической желтухи и билиарных септических осложнений. В связи с этим своевременная билиарная декомпрессия в сочетании с адекватной лекарственной терапией является залогом увеличения продолжительности жизни. Цель. Оценить эффективность рентгенохирургического лечения пациентов с нерезектабельной с ВХК. Материалы и методы. С 2014 по 2021 года в МКНЦ им А.С. Логинова на лечении находилось 122 пациента с нерезектабельной ВХК, осложненной механической желтухой. Средний уровень билирубина составил 188 ± 21 мкмоль/л (от 64,7 до 682 мкмоль/л). До билиарной декомпрессии определяли «целевую» долю по данным КТ, МРТ. Билиарная декомпрессия выполнялась посредством антеградного супрапапиллярного наружно-внутреннего дренирования без нарушения целостности и функции папиллы. Осуществлялось дренирование не менее 50% функционирующей паренхимы печени, что позволяло снизить уровень билирубина до значений, при которых возможно дальнейшее проведение химиотерапевтического лечения. Всем пациентам после формирования канала выполнялась внутрисветовая щипцевая и браш-биопсия для гистологической верификации диагноза. Замена дренажей производилась каждые 2,5-3 мес. Результаты. Для нормализации биохимических показателей 20 пациентам (16,3%) потребовалось установка только одного дренажа, 58 пациентам (47,5%) – двух дренажей, 44 (36%) – 3-х и более дренажей. Средние сроки снижения уровня билирубина до референсных значений составили $20,5 \pm 8,3$ дней (от 1 до 82). Информативность внутрисветовой антеградной биопсии составила 82,8%. В дальнейшем полихимиотерапия (ПХТ) проводилась 95 (77,8%) пациентов с медианой выживаемости 16 мес. Из-за отсутствия морфологической верификации 21 пациент так и не получил ПХТ, при этом медиана выживаемости составила 8 мес ($p=0,013$). Заключение. Рентгенохирургические методы

ведения пациентов с нерезектабельной ВХК позволяют достигнуть адекватной билиарной декомпрессии и морфологической верификации диагноза, что обеспечивает своевременное назначение ПХТ и увеличивает медиану выживаемости в два раза.

**388. Снижение степени выраженности
операционной травмы в раннем
послеоперационном периоде у пациентов с
опухолями толстой кишки методом
предоперационной иммунокомпенсирующей
подготовки**

Плисс М.М., Акимов В.П.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Рак ободочной кишки (РОК) остается третьей по частоте причиной смерти среди онкологических больных в России основным методом лечения этого заболевания является хирургический. Несмотря на широкое внедрение эндовидеохирургических методов оперативного доступа, в ряде случаев, открытый доступ является единственно возможным. Остается актуальным поиск методов снижения неблагоприятных последствий патофизиологического ответа возникающего в ходе оперативного доступа. Цель. Улучшение течения раннего послеоперационного периода у пациентов с опухолями ободочной кишки. Материалы и методы. Объекты данного исследования больные раком ободочной кишки обоего пола оперированных в плановом порядке с использованием эндовидеохирургической и традиционной методики хирургического доступа. Пациенты, госпитализированные в стационар предварительно рандомизируются в 4 группы. Возраст участников исследования варьировал от 41 до 86 лет (средний возраст 68,9 10,8 лет). Преобладали пациенты в возрасте 61-70 лет 29 человек (36,7%), пациентов трудоспособного возраста (до 60 лет) было 14 (17,7%), 71-80 лет 22 человека (27,8%), старше 80 лет 16 (20,3%). Среди прооперированных было 35 мужчин (44,3%) и 44 женщины (55,7%). В 38% (N=30) случаев опухоль

локализовалась в правых отделах ободочной кишки, в 36,7% (N=29) в левых отделах, в 25,3% (N=20) в области поперечно-ободочной кишки. Первая группа - лапаротомный доступ (N=20), вторая группа лапаротомный доступ + предоперационная иммунокомпенсирующая терапия на амбулаторно этапе препаратом Мелатонин 3 мг в течение 1 недели (N=20), третья группа лапароскопический доступ (N=20), четвертая группа лапароскопический доступ + предоперационная иммунокомпенсирующая терапия на амбулаторно этапе препаратом Мелатонин 3 мг в течение 1 недели (N=20). Предметом исследования являются клинические показатели эффективности лечения в послеоперационном периоде и анализ изменения про-и противо- воспалительных У пациентов в предоперационном и послеоперационном периоде (на 1, 3, 5 и 7 дни после операции) проводится забор периферической венозной крови для последующего иммунологического исследования. Иммуноферментное определение IL-1b, IL-2, IL-6, IL-10 проводится иммуноферментным способом методом массивов с предварительной калибровкой по контрольным эталонным кюветам. Обсуждение. Продолжительность назначения обезболивающих препаратов после операции составляла от 1 до 6 дней. При открытом доступе анальгетики назначались в среднем дольше, чем при лапароскопическом (таблица 3). Так, в контрольной группе при открытом доступе 5 пациентам (22,7%) введение обезболивающих препаратов требовались только в течение 1 послеоперационных суток, 11 (50%) в течение 2 суток, 5 (22,7%) в течение 3 и 1 пациенту (4,6%) до 6 суток после операции. При лапароскопическом доступе 9 пациентам (50%, что в 2,2 раза больше, чем при открытом доступе, $p < 0,01$) анальгетики потребовались в течение 1 суток после операции, 8 (44,4%) в течение двух суток, 1 (5,6%, что в 4,1 раза меньше, чем при открытом доступе, $p < 0,01$) в течение трех суток. Использование мелатонина в предоперационном периоде способствовало снижению выраженности болевых ощущений после операции. Продолжительность назначения анальгетиков удалось снизить при открытом доступе в 2 раза ($p = 0,014$), а при лапароскопическом в 1,5 раза ($p = 0,12$). Таким образом, предоперационная иммунокомпенсирующая терапия мелатонином в предоперационном периоде способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода и сокращению сроков стационарного лечения пациентов. Корреляционный анализ показал наличие связи средней степени между продолжительностью пребывания пациентов в

отделении реанимации и в стационаре в целом и предоперационной иммуностимулирующей терапией мелатонином ($G=0,37$, $p=0,004$ и $G=0,45$, $p=0,00009$ соответственно). В то же время выбор оперативного доступа играет еще более значительную роль в необходимости лечения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии ($G=0,58$, $p=0,000004$) и хирургическом стационаре ($G=0,67$, $p=0,000000$). Пациенты старческого возраста находились в отделении реанимации и интенсивной терапии более длительно ($R=0,19$, $p=0,04$), однако на продолжительность общего койко-дня не влияли ни возраст, ни пол, ни степень дифференцировки опухоли и ее локализация, ни наличие поражения регионарного лимфатического аппарата. Корреляционный анализ выявил более значимую связь скорости восстановления функции кишечника с применением мелатонина, чем с видом доступа. Установлено, что с возрастом замедляется скорость восстановления перистальтики кишечника ($R=0,24$, $p=0,036$) и восстановления кишечного транзита ($R=0,24$, $p=0,035$). Не выявлено зависимости функции кишечника от локализации, формы опухоли и поражения лимфоузлов. Выводы. Подтверждена эффективность оригинальной методики предоперационной терапии мелатонином, позволяющая существенно улучшить течение послеоперационного периода у больных с РОК. Показано что разработанная оригинальная методика способна эффективно улучшить ближайшие клинические результаты при открытом способе операций при колоректальном раке и приблизить их к результатам лапароскопической методики.

389. Н.И. Пирогов и В.И. Разумовский: начало и развитие хирургии щитовидной железы в России (1847–1935)

Романчишен А. Ф., Вабалайте К. В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Жизнь и деятельность двух великих российских хирургов, заложивших основы отечественной медицины, охватывает почти полтора столетия: Н.И.

Пирогова – с 1810 по 1881 г., В.И. Разумовского – с 1857 по 1935 г. Их труды на поприще хирургии хорошо известны. Однако достижения в области хирургического лечения больных тиреоидной патологией изучены недостаточно. В течение многих лет мы интересуемся этой стороной их хирургической деятельности. В докладе представлены некоторые результаты наших исследований. Родоначальником хирургии щитовидной железы (ЩЖ) в России считаем Н.И. Пирогова. Он описал хирургическую анатомию ЩЖ, симптомы заболеваний ЩЖ, доступы к ЩЖ и способы профилактики послеоперационных осложнений. Операции на ЩЖ в 1-й половине XIX в. были чрезвычайно опасными для пациентов из-за выраженного кровотечения и отсутствия адекватных способов гемостаза и обезболивания. В связи с чем подобные операции в Европе одно время были запрещены. Детально изучив хирургическую анатомию ЩЖ, влияние общей анестезии и усовершенствовав хирургический инструментарий, в 1847 г. Н.И. Пирогов первым в мире во Владикавказе выполнил успешную операцию на ЩЖ под наркозом. В последующем он успешно прооперировал 5 женщин по поводу болезней ЩЖ. Последователем Н.И. Пирогова стал В.И. Разумовский, который обобщил опыт Н.И. Пирогова и других хирургов (включая лауреата Нобелевской премии, швейцарского хирурга Т. Kocher) в монографии на тему «Повреждения и заболевания щитовидной железы» (1903). В.И. Разумовский поддержал начала, заложенные Н.И. Пироговым: анатомический подход, проведение операций под общей анестезией, профилактика послеоперационных осложнений. Инновационными для того времени и актуальными в наше время остаются предложенные и реализованные В.И. Разумовским этапы предоперационной подготовки, включавшие ларингоскопию и морфологическую верификацию диагноза (пункционная и инцизионная биопсия). В.И. Разумовский настаивал на выполнении адекватного объема резекции ЩЖ, избегая как инъекционных неэффективных методик, так и чрезмерных резекций по объему с последующим тяжелым гипотиреозом. Внимательно относился к профилактике повреждения возвратных гортанных нервов и наблюдения за больными в раннем послеоперационном периоде. При выявлении кровотечения применялась тактика, аналогичная современной: ревизия послеоперационной раны и тщательный гемостаз. Первым в мире В.И. Разумовский предложил классификацию рака ЩЖ, выделив: (1) мозговик (медуллярный рак), (2) аденокарциному и (3) саркому (анapластическая

карцинома). Это было первое описание медуллярного и анапластического рака ЩЖ. В.И. Разумовский считал, что удалять злокачественную опухоль и метастазы необходимо единым блоком, что соответствует современным онкологическим стандартам. Таким образом, анализ достижений Н.И. Пирогова и В.И. Разумовского в области хирургии ЩЖ позволяет, во-первых, считать В.И. Разумовского прямым продолжателем Н.И. Пирогова в этом направлении хирургии, а во-вторых, отнести этих двух российских хирургов к родоначальникам хирургии ЩЖ и эндокринной хирургии в России.

390.Современные реалии послеоперационных тромбозов инфраингвинальных шунтов

Гаврилов В.Ю., Чижова К.А., Зеленина Т.С., Галицкий Д.А., Аббасов П.И., Иванов М.А.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Реваскуляризация при периферическом атеросклерозе становится все более разнообразной: используются эндоваскулярные методики, гибридные и открытые. До сих пор шунтирование сохраняет позиции «золотого» стандарта лечения, но невозможно назвать инфраингвинальные шунтирующие вмешательства минимально инвазивными в связи с риском многочисленных осложнений, к которым в полной мере относятся тромбозы оперированного сегмента. Особенно это касается современных условий, когда соотношение предрасполагающих факторов тромбообразования изменилось, в т.ч. в связи с пандемией COVID-19. Целью настоящего исследования явилось изучение обстоятельств риска тромбозов инфраингвинальных шунтов в современных условиях. Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 100 пациентами, которым осуществлялось бедренно-подколенное

аутовенозное шунтирование. У 10 больных в раннем послеоперационном периоде (первые 30 суток) развился тромбоз оперированного сегмента. В 90 наблюдениях указанное осложнение зарегистрировано не было (контроль). В клинических группах проспективно регистрировали и ретроспективно анализировали обстоятельства риска тромбообразования (влияние коморбидных состояний, медикаментов, метаболических нарушений). В отдаленные сроки (до 5 лет после операции) регистрировалась первичная проходимость оперированного сегмента. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета анализа данных Statistica 10. Количественные признаки были представлены в следующем виде: среднее значение \pm стандартное отклонение. Описание качественных признаков осуществлялось в виде относительных частот и выражали в процентах. Достоверность распределения качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 . Различия между группами считаются достоверными при $p < 0,05$. Результаты. По итогам проведенного исследования было выявлено, что сахарный диабет даже в стадии декомпенсации, хроническая болезнь почек и абдоминальное ожирение не являются обстоятельством риска тромбоза после шунтирующих операций. С другой стороны, увеличение пульсового артериального давления в послеоперационном периоде оказывает защитное воздействие, предотвращая тромбоз шунта (в группе с тромбозами оно составило $52 \pm 10,3$; ДИ $45,6-58,4$ VS $60,4 \pm 16,4$; ДИ $57-63,8$ мм.рт.ст. в группе без тромбозов). Компоненты дислипидемии (низкие значения ЛПВП) негативно сказываются на риске тромбоза бедренно-подколенных шунтов ($1,2 \pm 0,2$; ДИ $1-1,4$ VS $2,2 \pm 0,4$; ДИ $2-2,4$ ммоль/л в основной и контрольной группе соответственно). Хроническая сердечная недостаточность III ФК достоверно влияет на частоту тромбозов оперированного сегмента (в группе с тромбозами 10% VS 0% в группе без тромбозов). По данным настоящего исследования экстренные операции заканчивались тромбозами оперированного сегмента почти в четыре раза чаще, чем плановые (в группе с тромбозами 20% VS $5,6\%$ в группе без тромбозов). Нередко к тромбозу предрасполагает перенесенное в периоперационном периоде кровотечение (10% тромбозов на фоне кровопотери VS $1,09\%$ без неё). При наблюдении в течение 5 лет за пациентами основной группы, которым выполнялось решунтирование, проходимость оперированного сегмента составила 0% (тогда как в контроле она достигала 75%). Обсуждение. Метаболические нарушения являются значимым

фактором риска периоперационных тромбозов. Схожие результаты получены и в настоящем исследовании. Дополнительными обстоятельством риска тромбообразования следует считать низкий сердечный выброс и периоперационную кровопотерю. Выводы. Дислипидемия, хроническая сердечная недостаточность, экстренный характер вмешательства и периоперационное кровотечение являются предикторами тромбозов оперированного сегмента особенно в современное время на фоне тромбогеморрагических осложнений после перенесенного COVID-19. Решунтирование при тромбозе шунтов позволяет снизить число ампутиаций в ранние сроки.

391. Миниинвазивное лечение параколярных абсцессов при остром дивертикулите

Левчук А.Л. (1), Абдуллаев А.Э. (2)

1) Москва, 2) Владимир

1) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 2) ГКБ СМП

Введение. Острый дивертикулит возникает примерно у 4% пациентов с дивертикулами толстой кишки, причем у 30—40% из них приобретает рецидивирующий характер. Летальность при лечении осложненного дивертикулита достигает 9,78—10,6%, при плановом лечении 0,5—1,93%, общее количество послеоперационных осложнений 32%. Новые научные данные о течении болезни, привели к изменению тактики лечения дивертикулита. Неосложненные формы дивертикулита должны лечиться консервативно, а осложненные-оперативно. При обследовании пациентов с дивертикулярной болезнью ведущую роль играют: обзорная рентгенография органов брюшной полости, ФКС, ирригография по Кнотту, КТ, УЗИ, МРТ. Цель исследования. Изучить информативность УЗИ исследования у больных с параколярным абсцессом, оценить лечебно-диагностическую эффективность миниинвазивного лечения абсцессов брюшной полости и малого таза. **Материалы и методы.** Пролечено 85 больных, лечившихся в ГКБ СМП г.Владимира с 2016-2021 г,

перенесших миниинвазивное пункционное дренирование параколярных абсцессов, возникших как осложнение дивертикулита толстой кишки под УЗИ и РТВ наведением. По полу больные разделились: мужчин было 63 (74,1%), женщин 22 (25,8%), средний возраст 56±1,3 года. В диагностическую программу входили: общеклинические исследования, УЗИ брюшной полости, малого таза, у женщин трансвагинальное УЗИ, КТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением, и МРТ малого таза. У 72 (84,7%) пациентов параколярный абсцесс подтвержден на МСКТ. У 12 (14,1%) пациентов выполнено трансвагинальное, а у 25 (29,4%) трансректальное УЗИ. В 18 (21,1%) случаях диагноз был верифицирован на МРТ малого таза. При диагностике параколярного абсцесса мы воздерживались от инвазивных методов обследования, ввиду опасности прорыва абсцесса в брюшную полость или образования свища. Параколярный абсцесс был выявлен с помощью УЗИ. В полость абсцесса под УЗИ и РТВ наведением устанавливали одиночный самофиксирующийся дренаж pig tail Fr 8. Полость промывали антисептиками. Осуществляли контроль за объемом образования, адекватностью стояния дренажа, наличием или отсутствием связи с кишкой, а также оценивали состояние перифокальных тканей. Осложнений и летальных исходов не было. **Результаты и обсуждение.** Дивертикулит у 65 (76,4%) больных привел к развитию параколита, с образованием у 40 (47%) внутрибрюшных и у 25 (29,4%) забрюшинных инфильтратов. У 75 (88,2%) сформировались внутрибрюшные, а в 10 (11,7%) забрюшинные абсцессы. УЗИ диагностика, позволяла произвести разметку и определить направление пункционного канала для адекватного дренирования гнойника. По локализации абсцесса больные разделились: параколярные 43 (50,5%), абсцесс малого таза - 25 (29,4%), межкишечный абсцесс - 7 (8,2%), забрюшинный - 10 (11,7%). Дренирование выполнено в 85 случаях. В 69 (81,1%) случаях выполнено трансабдоминальное дренирование, у 10 (11,7%) - трансректально, трансвагинально - у 6 (7%) больных. У 23 (27%) пациентов при абсцессографии выявлен сброс контрастного вещества в полость кишки. С целью динамического контроля эффективности малоинвазивного лечения параколярного абсцесса нами применялись УЗИ и КТ. При уменьшении объема абсцесса, уменьшались в объеме и инфильтративные изменения прилежащих к кишке тканей. На основании этого сделан вывод, что предиктором выздоровления пациентов является не только уменьшение объема

абсцесса, но и купирование параколярного инфильтрата. Выводы. Любой параколярный абсцесс является показанием к его миниинвазивному дренированию. Методика миниинвазивного дренирования внутрибрюшного и забрюшинного абсцесса рассматривалась как возможный «мост» к плановой хирургии ДБТК, с возможностью избежать обструктивной резекции. УЗИ обладает высокой чувствительностью и специфичностью при ДБТК. Это позволяет использовать его не только как метод первичного исследования и миниинвазивного дренирования гнойника, но и как способ объективизации за динамикой состояния пораженного участка толстой кишки после миниинвазивного дренирования параколярного абсцесса.

392. Наш опыт лечения артериальных тромбозов после перенесённой COVID-19 инфекции.

*Простов И.И., Кательницкий И.И., Косовцев Е.В.,
Удовенко И.А., Ливадная Е.С., Калинин Д.С.*

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский
университет

Актуальность и цель. У пациентов с новой коронавирусной инфекцией развиваются тромботические осложнения в различных венозных и артериальных бассейнах. В литературе достаточно сообщений о механизмах и течении венозных тромбозов. Однако частота артериальных тромбозов может достигать 25%. Точный механизм артериального тромбоза неизвестен: может быть вызван инвазией эндотелиальных клеток через рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2), повреждением эндотелия в результате воспаления или даже тромбоемболами. Вследствие произошедшего тромбоза у пациента возникает ишемия нижних конечностей. Предлагаемые мероприятия обычно включают антикоагулянтную терапию у пациентов в активной фазе инфекции и также используется тромбэктомия (эндоваскулярная и открытая). Несмотря на антитромботическую терапию, существует высокий риск ретромбоза, учитывая стойкое повреждение эндотелия вирусом. Материал и

методы. За время пандемии COVID-19 в отделении сосудистой хирургии находились на лечении 27 пациентов с артериальным тромбозом и явлениями подострой ишемии нижних конечностей. У 23 (85%) пациентов ранее выполнялись реконструктивные операции на артериях нижних конечностей, у 4 (15%) больных не отмечено в анамнезе данных о предшествующих заболеваниях артерий. При этом отмечено, что поражались артериальные сегменты ниже паховой связки. У 25 (92%) пациентов имелся сопутствующий сахарный диабет. Результаты. Для восстановления кровотока во всех случаях применялась система механической тромбэктомии Rotarex. Далее по показаниям выполнялась транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) и/или стентирование. У 24 (89%) больных удалось успешно восстановить кровоток и купировать явления ишемии. В 3 (11%) случаях развившиеся некробиотические изменения на конечности потребовали выполнения ампутации: у 2 (7,4%) пациентов ниже колена и у 1 (3,7%) пациента на бедре, от прогрессирования септических явлений этот пациент умер. Под нашим наблюдением в течение от 3 до 6 месяцев находилось 23 пациента. По данным ультразвукового исследования отмечался прирост ЛПИ у всех больных. Повторные вмешательства потребовались у 4 пациентов, выполнены ТЛБАП. Выводы. На фоне новой коронавирусной инфекции у пациентов возникают артериальные тромбозы с явлениями подострой ишемии. Возможными предикторами можно считать ранее выявленные изменения в инфраингвинальных артериях, сопутствующий сахарный диабет. Использование механической тромбэктомии позволяет эффективно купировать явления ишемии.

393. Хирургическая тактика при лечении малых аневризм брюшного отдела аорты

*Гилемханов А.Р., Плечев В.В., Ишметов В.Ш.,
Плечева Д.В., Ягудин Т.А.*

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский
государственный медицинский университет»
Минздрава России.

Актуальность. Аневризмы брюшной аорты могут длительное время протекать без выраженных серьезных симптомов. Разрыв аневризмы аорты приводит к массивному кровотечению, которое часто заканчивается летальным исходом

Материалы и методы. С 2013 года на базе Клиники БГМУ были выявлены и внесены в регистр 133 пациента с диагнозом АБА. Создана шкала оценки риска (ШОР) для определения тактики ведения и лечения пациентов с АБА, на основании критериев разрыва. Критерии разделены на 2 группы: большие и малые. К большим критериям отнесены диаметр аневризмы более 5,0 см, диссекция, рост диаметра аневризмы, симптомность аневризмы. Малые критерии – d от 4,0 до 5,0 см; внутрисосудистый тромб; саккулярный индекс более 0,65; показатель жесткости аорты < 12м/с; не корригируемая диастолическая гипертензия. В шкале использована бальная система, так каждый большой критерий соответствует 5 баллам, каждый малый критерий от 1 до 3 баллов. Максимальное количество баллов -5 и более, является критерием для планового оперативного лечения с высоким риском разрыва аорты. 2-4 балла – решение о тактике ведения принимается лечащим врачом, со средним риском разрыва аорты. 0-1 консервативное лечение пациента. У 13 больных диаметр менее 4,0 см. В ходе наблюдения за период исследования у 5 пациентов из 13 были выявлены малые критерии и более 2 баллов по ШОР разрыва АБА, эти пациента перешли в группу со средним риском разрыва АБА. Таким образом в исследование вошли 125 пациентов. У 49 пациентов при первичном обследовании по ШОР выявлено 5 и более баллов, они были направлены на плановое оперативное лечение - резекция аневризмы с протезированием и EVAR. 69 пациентов имели средний риск по шкале риск разрыва АБА от 2 до 4 баллов по различным критериям. Сравнительный анализ между активной хирургической тактикой и выжидательной тактикой ведения пациентов с малыми АБА и со средним риском разрыва по шкале, проводился разделением больных на две подгруппы. В 1

подгруппу вошли 29 пациентов с выжидательной тактикой. Во 2 подгруппе - 40 пациентов оперировались в плановом порядке. Проведен анализ этих подгрупп в зависимости от критериев риска разрыва, сопутствующих заболеваний, пола, возраста, наличия атеросклероза АНК. Результаты. Период наблюдения $5,1 \pm 1,7$ лет. У всех больных размеры аневризмы увеличились до 5 см и более. Выявлено увеличение количества больных с ХОБЛ, ИБС, АГ. Увеличился средний возраст на $5,1 \pm 1,9$ года в 1 группе. Вследствие выявленных противопоказаний к плановому оперативному лечению 10 пациентам, было отказано и они выбыли из подгруппы с выжидательной тактикой ведения. У 2 пациентов было диагностировано расслоение брюшного отдела аорты. Следующим этапом среди больных с аневризмой брюшной аорты, которым было выполнено хирургическое лечение в зависимости от примененной тактики ведения был проведен анализ. В первой группе осталось 23 пациента. Подгруппы проанализированы в зависимости от симптомности заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, пола и возраста. В 1 подгруппе был достоверно выше возраст пациентов. Выжидательная тактика привела к увеличению количества пациентов с выраженной сопутствующей патологией в данной подгруппе (ХОБЛ, ИБС, АГ, аритмии, ХБП) по сравнению с подгруппой с активной хирургической тактикой. К моменту оперативного лечения более высокий хирургический риск имели пациенты из 1 подгруппы. Обсуждение. Существующие критерии отбора пациентов с аневризмой брюшной аорты на хирургическое вмешательство не удовлетворяют клиническую медицину и не отражают патогенетические аспекты. Вывод. Разработанная нами шкала с использованием больших и малых критериев риска разрыва аневризмы брюшной аорты коррелирует с общеизвестными показаниями для оперативного лечения, но является более объективной и чувствительной. Рекомендации. Активная хирургическая тактика при применении шкалы оценки риска значительно снижает уровни хирургического риска.

**394. Ближайшие результаты
панкреатодуоденальной резекции с
применением модифицированного
панкреатогастроанастомоза Bassi**

*Лищишин В.Я., Барышев А.Г., Петровский А.Н.,
Лищенко А.Н., Артёмова Н.А., Белова В.Е.,
Попов А.Ю.*

г. Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт
Краснодарская краевая клиническая больница №1
им. проф. Очаповского С.В.»

Актуальность. На сегодняшний день ни одна методика формирования анастомоза с культей поджелудочной железы не позволяет исключить развитие послеоперационного панкреонекроза и клинически значимого панкреатического свища, который является наиболее грозным осложнением послеоперационного периода после вмешательств на поджелудочной железе. По заключению международной исследовательской группы по хирургии поджелудочной железы (ISGPS) ни один из технических вариантов панкреатоэнтероанастомоза или панкреатогастроанастомоза не превосходит другой. Рандомизированные исследования и мета-анализы, сравнивающие ПГА с ПЕА, дают противоречивые результаты. Цель. Оценить ближайшие результаты открытых и минимально инвазивных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) с применением модифицированного панкреатогастроанастомоза по Bassi (without anterior gastrotomy pancreatogastroanastomosis, wag-PGA) в сравнении с открытыми ПДР с панкреатогастроанастомозом по Bassi. Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 50 пациентов со злокачественными новообразованиями периампулярной зоны, которым была выполнена ПДР открытым и минимально инвазивными способами (лапароскопическим и робот-ассистированным способами) с включением ремнанта поджелудочной железы в желудок. Показаниями к выполнению панкреатогастроанастомоза являлось наличие риск-ассоциированной поджелудочной железы с коэффициентом плотности более единицы, рассчитанный на основании шкалы Хаунсфилда. Все операции выполнялись одной командой хирургов, как открытым способом, так и с применением лапароскопических и робот-ассистированных технологий со стандартной лимфодиссекцией, без выполнения сосудистых резекций. Разработанный

панкреатогастроанастомоз (wag-PGA) при открытых ПДР сформирован у 20 пациентов; при лапароскопической и робот-ассистированной методике ПДР wag-PGA был сформирован у 30 больных; главным преимуществом предложенного соустья является возможность выполнения однорядного непрерывного шва из негидролизующегося шовного материала. В качестве контрольной группы выступали случаи с открытой ПДР с формированием ПГА по методике Bassi - n=60. При оценке результатов операций учитывали: продолжительность операции, объем кровопотери, частоту возникновения панкреатических свищей (POPF) типов В и С, количества повторных вмешательств, госпитальную послеоперационную летальность. Результаты. Продолжительность открытой ПДР с формированием анастомоза по Bassi оказалась большей, чем при аналогичном вмешательстве с формированием wag-PGA и составила в среднем 348±80 мин., против 285±65 мин., преимущественно за счет основного этапа операции. Собственно, время формирования wag-PGA составляло 15±4 мин., в отличие от ПГА по Bassi, время которого составило 25±14 мин. (p>0,05) при открытой ПДР; среднее время при минимально инвазивной операции формирования wag-PGA составило 25±18 мин. Достоверных различий по времени формирования wag-PGA при робот-ассистированной и лапароскопической ПДР выявлено не было. Wag-PGA способ был единственно осуществимым при видеоэндоскопической операции. Кровопотеря при открытых операциях с wag-PGA составила 250,5±166,2ml, с ПГА по Bassi 320,1±172,8; при минимально инвазивных с wag-PGA 170,7±134,4ml; частота формирования POPF тип С в контрольной группе превалировал, по сравнению с группой открытых wag-PGA, в отличие от формирования POPF тип В достоверно не отличавшихся по частоте в этих группах. POPF тип С не отмечены в группе малоинвазивных ПДР с wag-PG, частота POPF тип В достоверно неотличима. Госпитальная летальность в группе открытых wag-PGA составила 1 (5%), в минимально инвазивной группе летальности не отмечено. Заключение. Методика формирования панкреатогастроанастомоза wag-PGA применима в случаях с риск-ассоциированным ремнантом ПЖ и необходимости включения последнего в желудок. Достоверное улучшение результатов при wag-PGA в открытых ПДР, в сравнении с методикой Bassi позволяет рассматривать новый способ, как полноценный альтернативный метод при панкреатодуоденальных резекциях, а простая методика формирования, актуальна при

лапароскопических и робот-ассистированных операций.

395. Анализ непосредственных и ближайших результатов лечения ранений сердца: опыт одного травмоцентра

Потемкин В.Д. (1), Кизявка М.И. (2), Рева В.А. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ВМедА им. С.М. Кирова,
- 2) Городская больница №15

Актуальность. Ранения сердца (РС) по-прежнему остаются одной из актуальных проблем современной хирургии повреждений. Несмотря на относительно невысокую встречаемость в общей структуре травм мирного времени (на уровне 1-5%), летальность может достигать 50-70%. Целью нашего исследования явился анализ опыта клиники военно-полевой хирургии в лечении раненных в сердце, выявление эпидемиологии повреждений, причин летальных исходов, а также оптимизация путей оказания помощи этой категории раненых. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ базы данных клиники военно-полевой хирургии за период наиболее активного поступления раненых и пострадавших с 1990 по 2013 гг (с 2014 г. началось значимое снижение числа раненых вообще и раненных в сердце в частности). В исследуемую выборку вошли раненые и пострадавшие, имевшие по данным медицинской документации повреждение сердца и/или перикарда. Результаты. За указанный период в клинике была оказана помощь 195 раненым и пострадавшим (93% – мужчины, возраст 34±5) с повреждением сердца (в среднем 8 раненых и пострадавших в год): с колото-резаными ранениями – 82,7%, с огнестрельными – 8,5%, осколочными – 0,7%. 8,1% пришелся на закрытые повреждения сердца или сочетание ранения и закрытой травмы. 86% пациентов были доставлены в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. Треть раненых доставлена в терминальном состоянии. В ходе диагностики учитывали локализацию раны груди (в ? случаев рана располагалась в зоне Грекова, в 15% - в правой половине груди), клинические признаки тампонады сердца (имела место в 42% случаев на

момент поступления). Кроме стандартного протокола УЗИ (широко внедренного только в начале 2010-х) дополнительная диагностика заключалась в фенестрации перикарда (26%) или пункции перикарда (8%). Дополнительным критерием диагностики служило продолжающееся внутрисердечное кровоотечение – по данным торакоцентеза. Из структур сердца наиболее часто имело место повреждение правого (23,5%) и левого (20,5%) желудочка. Реже встречались повреждения правого (7,2%) и левого (1,8%) предсердия. Изолированные повреждения (ранения и разрывы в результате тяжелой травмы груди) перикарда встретились в 27,1% случаев. Стандартным методом лечения являлась торакотомия (в 87% случаев – передне-боковая торакотомия), перикардиотомия и ушивание РС. Общая летальность составила 29%. При этом из поврежденных структур сердца наибольшая летальность зафиксирована для случаев ранения правого (26%) и левого (20%) желудочка. Единственный случай ранения внутригрудного отдела нижней полой вены закончился летальным исходом. 2 из 3 раненых, имеющих множественное ранение (левый и правый желудочек) сердца, скончались. Летальность при тампонаде сердца составила 46%. 11 пострадавших с политравмой и сочетанной травмой груди и повреждением перикарда также скончались в ближайшем послеоперационном периоде. Средний койко-день у выживших пациентов составил 19±5 дней. Обсуждение. Данные по эпидемиологии повреждений в целом соответствуют опубликованным ранее данным зарубежных авторов: как по частоте повреждений структур сердца, так и по цифрам летальности. Несмотря на то, что торакотомия и ушивание РС является «золотым стандартом» лечения, за последнее десятилетие произошел существенный прорыв в области диагностики РС, состоящий в главенствующей роли ультразвуковых методов в определении признаков наличия жидкости в полости перикарда, что привело к снижению числа напрасных диагностических операций, таких как фенестрация перикарда, диагностическая торакоскопия. Выводы и рекомендации. Диагностика и лечение РС остается одной из актуальных проблем неотложной хирургии с высокими цифрами летальности. На смену диагностическим методам пункции и фенестрации перикарда приходит ультразвуковая диагностика. Тем не менее, торакотомия, перикардиотомия и ушивание раны сердца по-прежнему являются единственно возможными способами спасения жизни раненых при РС.

396. Генетические аспекты выбора объема оперативного лечения у больных с токсическими формами зоба

Макаров И.В., Галкин Р.А., Романов Р.М.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Ввиду широкой распространенности заболеваний ЩЖ, а это, по данным популяционных исследований, до трети всего населения, врачи-эндокринологи и эндокринные хирурги, довольно часто встречаются с необходимостью медикаментозной коррекции гипотиреоза. Современным стандартом заместительной терапии является терапия L-тироксина (L-T4). До 15% пациентов, получающих заместительную терапию L-4, предъявляют жалобы, указывающие на необходимость коррекции дозы. В настоящее время в литературе имеются данные о связи полиморфизма белков переносчиков и фармакокинетики экзогенного L-T4. Одним из однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) SLCO1B1 является с.521T>C, который приводит к замене валина на аланин в 174 положении аминокислотной последовательности (Val174Ala) белка. Материалы и методы. Работа проводилась на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Данное исследование основано на исследовании частоты полиморфизма Val174Ala в гене SLCO1B1 у 35 пациентов с токсическими формами зоба (ТФЗ), получающих L-T4 в качестве заместительной терапии послеоперационного гипотиреоза. Выявление полиморфизма проводилось с использованием набора реагентов «SNP-экспресс» методом ПЦР в режиме реального времени. Возраст пациентов составил от 23 до 68 лет, из них 8 мужчин и 27 женщин. Полученные результаты. При исследовании выявлены следующие генотипы: гомозиготы TT (дикий тип), гетерозиготы СТ. Гомозигот по мутантному типу CC в исследуемой группе выявлено не было. Генотип SLCO1B1 выявлен в следующем распределении: - Нормогомозиготы/дикий тип (TT) – 24 пациента (68,6%); - Гетерозиготы (СТ) – 11 пациентов (31,4%). Все пациенты после тиреоидэктомии получали заместительную терапию L-T4 в дозе от 75 до 125 мкг в сутки. При этом выявлено, что пациенты носители нормогомозиготного (TT) генотипа получали от 100

до 150 мкг L-T4 в сутки. Пациенты носители мутантного гетерозиготного СТ генотипов чаще получали 75 мкг/сут. Обсуждение. Отмечается взаимосвязь между суточной дозировкой экзогенного L-T4 и полиморфизмом SLCO1B1. Наличие в генотипе С аллели чаще указывает на более длительный период выведения препарата, что в свою очередь должно обуславливать коррекцию дозы L-T4. Фармакокинетика экзогенного левотироксина у таких пациентов замедлена и возможность получения побочных эффектов заместительной терапии увеличивается в несколько раз. Поэтому, при выявлении полиморфизма Val174Ala необходимо отдавать предпочтение выполнению субтотальной резекции щитовидной железы (СРЩЖ). Выводы. 1. При назначении заместительной гормональной терапии L-T4 необходимо учитывать не только клинико-анамнестические данные, но и результаты генетического исследования полиморфизма SLCO1B1. 2. При определении полиморфизма Val174Ala у 31,4% пациентов отмечается мутация в гене SLCO1B1. 3. При выявлении полиморфизма Val174Ala необходимо отдавать предпочтение выполнению СРЩЖ, требующей небольшой коррекции заместительной терапии L-T4 или ее отсутствие. 4. Комплексный подход к назначению экзогенного L-T4 с учетом наличия или отсутствия полиморфизмом SLCO1B1 обеспечивает персонализированную терапию каждого пациента. Рекомендации. При выявлении мутаций в гене SLCO1B1 (генотип СТ, CC) у пациентов с ТФЗ предпочтительнее выполнять СРЩЖ. Это обусловлено важностью предупреждения нежелательных лекарственных реакций, как со стороны сердечно-сосудистой системы (мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь, тиреотоксическое сердце), так и со стороны других органов и систем, в том числе, и собственно различных аллергических реакций, что в конечном итоге влияет на качество жизни таких пациентов.

397. Этапное лечение пациентов с тяжелыми гастро-дуоденальными кровотечениями.*Попов А.Ю., Петровский А.Н., Бондаренко Ю.С.,
Быков М.И., Рябин Н.С., Барышев А.Г.*

Краснодар

ГБУЗ "Научно-исследовательский институт
Краснодарская краевая клиническая больница №1
имени профессора С.В. Очаповского"

Кровопотеря, аналогичная таковой при политравме, может происходить у пациентов при осложнённом течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и является главной причиной летальности пациентов с гастродуоденальной патологией. И если при тяжелой сочетанной травме последние 20-30 лет с успехом используется тактика «damage control», то при тяжелых гастро-дуоденальных кровотечениях хирурги зачастую используют весь спектр методик, подходов и лечебных манипуляций, имеющихся в распоряжении на данный момент в каждой конкретной клинике. Сюда относятся консервативные методы, эндоскопические вмешательства, рентгенхирургическая эмболизация питающих сосудов и, собственно, оперативное (чаще «открытое») вмешательство, определение объема, которого, – как правило, – является предпочтением оперирующего хирурга. Ретроспективно проведен анализ 124 историй болезни пациентов, оперированных в нашей клинике за последние 5 лет (2016-2021 гг.) по поводу массивного гастро-дуоденального кровотечения неопухолевой этиологии. Критерием включения в исследование был объем кровопотери более 1,5 л (анамнестически – со слов родственников пациента либо со слов медперсонала) либо уровень гемоглобина ниже 70 г/л на момент принятия решения об оперативном вмешательстве. Оценка состояния больных проводилась по шкале Рокалла (Rockall risk scoring system (RRSS)) и критериям Глазго-Блэтчфорд (Glasgow-Blatchford score (GBS)), которые изначально были предложены как оценочные шкалы тяжести состояния пациентов именно при гастродуоденальных кровотечениях. Из 124 пациентов у 43 имело место кровотечение на фоне варикозного расширения вен пищевода и/или желудка на фоне цирроза печени различной этиологии (RRSS=3,2±0,8, GBS=9,5±2,0). Кровотечение было остановлено путем установки зонда Блэкмора; в «холодном периоде» 35 пациентам выполнено эндоскопическое

лигирование варикозно расширенных вен; 7 пациентам лигирование оказалось не показано (ВРБП 1 степени); у 1 пациентки (RRSS=5, GBS=13), выполнена лапаротомия, прошивание варикозно расширенных вен желудка. У 4 пациентов (RRSS=2,75±1,0, GBS=10,75±1,0) при эндоскопическом исследовании как источник кровотечения был установлен разрыв слизистой кардио-эзофагеального перехода (синдром Мэллори-Вейса). Проведение аргон-плазменной коагуляции и обкалывание разрыва 0,01% р-ром адреналина позволило остановить кровотечение и стабилизировать больного в дальнейшем консервативной терапией. У 77 пациентов имелось язвенное кровотечение (RRSS=5,4±1,0 GBS=13,9±1,6); в 56 случаях удалось выполнить эндоскопический и/или рентгенхирургический гемостаз; что в свою очередь дало возможность провести минимальную консервативную терапию и выполнить оперативное вмешательство при относительно стабильном состоянии пациента (его гемодинамики, показателях «красной» крови и гемостаза). В 21 случае пациенты оперированы на высоте кровотечения (RRSS=6,0±0,7, GBS=14,6±1,2); 15-ти (1-я группа) выполнено одномоментное вмешательство (гемостаз и реконструкция), в 6-ти случаях (2 группа) проведено этапное вмешательство. Из 1-ой группы у 2 пациентов послеоперационный период протекал без осложнений; у 13-ти были отмечены осложнения как со стороны зоны оперативного вмешательства, так и внебрюшинной локализации (ОПН, пневмония, церебральная недостаточность), из них в 10 случаях были выполнены повторные вмешательства; 6 пациентов скончались. Во второй группе повторное вмешательство было выполнено всем (как запланированная релапаротомия для реконструктивного этапа), у 1 пациента отмечена послеоперационная пневмония, летальности в группе отмечено не было. Анализ собственного опыта лечения пациентов с тяжелыми гастро-дуоденальными кровотечениями дает все основания считать, что стратегия этапного хирургического контроля, т.е. концепция «damage control surgery» при оказании помощи этой группе больных имеет значительные преимущества, так как позволяет снизить частоту возникновения послеоперационных осложнений и летальность.

398. Лапароскопические методики коррекции портальной гипертензии различного генеза*Михин С.В., Бебуришвили А.Г., Кондаков В.И., Китаева А.В., Рясков Л.А., Строганова Е.П.*

Волгоград

ВолГМУ

Актуальность. Неудовлетворенность результатами различных методов оперативного лечения пациентов с портальной гипертензией (ПГ) обуславливает поиск новых технологий хирургической коррекции у данной когорты больных. Цель. Анализ результатов лапароскопического лечения ПГ путем выполнения разобщающих операций, сопряженных с различными по объему способами девакуляризации желудка и селезенки. Материалы и методы. С 2007 по 2021 гг. в Клинике №1 ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России находились на лечении 328 пациентов с ПГ, из которых печеночную форму ПГ (цирроз печени) имели 286 (87,2%), 42 (12,8%) - внепеченочную форму ПГ. Лапароскопические способы коррекции ПГ применили у 107 (32,6%) больных. Группу 1 составили 98 (34,3%) пациентов с печеночным блоком; группу 2 – 9 больных с внепеченочной ПГ. Число мужчин в 1 группе - 54 (55,1%), женщин - 44 (44,9%), во 2 группе мужчин - 5, женщин - 4. Средний возраст в 1 группе - 50,8 лет, во 2 группе - 37,9 лет. Степень варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) оценивали по А.Г. Шерцингеру. У 8 (8,2%) пациентов 1 группы ВРВП I степени, у 27 (27,6%) пациентов - II степени, у 63 (64,2%) - III степени. Во 2 группе ВРВП I степени регистрировали у 2 больных, II степени - у 2, III степени - у 5. В группе 1 в 40 (40,9%) наблюдениях выполнили изолированное клипирование венечной вены желудка (КВВЖ), в 46 (46,9%) КВВЖ дополнили лапароскопической обработкой варикозно расширенных вен по большой кривизне, в 12 (12,2%) – девакуляризацию желудка по обеим кривизнам дополнили клипированием селезеночной артерии (КСА). Всем пациентам из группы 2 выполнили девакуляризацию желудка по большой и малой кривизне. Продолжительность операционного времени в обеих группах составила 48,4±13,2 минут. Результаты и обсуждение. Наличие технических сложностей в виде умеренно выраженных ожирения (n=5) и послеоперационного спаечного процесса, в основном в мезо- и гипогастрии (n=12), не оказало негативного влияния на результат лечения. Необходимость проведения общего

обезболивания (эндотрахеальный наркоз) и наложение карбоксиперитонеума под давлением до 14 мм рт.ст. также не явились триггерами роста показателей послеоперационных осложнений и летальности. Кровопотеря составила 50-150 мл, что не потребовало ни в одном из случаев проведения интраоперационной гемотрансфузии. У всех наблюдаемых пациентов в раннем послеоперационном периоде жизнеугрожающих состояний не регистрировали, болевой синдром не был выражен, назначение наркотических анальгетиков не потребовалось. Полную эрадикацию ВРВП и/или желудка удалось достигнуть у 24 (22,4%), существенную редукцию - у 71 (66,4%) больного. Ситуация без изменений наблюдалась в 12 (11,2%) случаях. Негативные результаты в основном относятся к периоду освоения методики. Градацию осложнений в раннем послеоперационном периоде проводили в соответствии с системой Clavien-Dindo (1992). У 12 (11,2%) пациентов наблюдали осложнения степени I: незначительные проявления геморрагического синдрома в ранах (n=8), кратковременное (в течение 1-3 суток) истечение асцитической жидкости в незначительном (25-100 мл) объеме (n=4). Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Выводы. Лапароскопические методики коррекции ПГ являются эффективным способом хирургического лечения больных ЦП и ВПГ. Выбор объема оперативного вмешательства зависел от анатомических характеристик и степени выраженности ВРВП и/или желудка.

399. Нутритивная поддержка в лечении пациентов с тяжелым острым холангитом*Осипов А.В., Луфт В.М., Сергеева А.М.*

Санкт-Петербург

СПБ ГУ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Актуальность. Изменение подходов к оказанию медицинской помощи больным с острым холангитом существенно улучшило результаты лечения в последние десятилетия. При этом, в структуре принципов терапии заболеваний печени

и желчных протоков недостаточное внимание уделяется вопросу нутритивной поддержки. Цель. Улучшение непосредственных результатов лечения и качества жизни пациентов с острым холангитом. Нутритивная поддержка должна проводиться с лечебной целью в период повышенной потребности организма в энергетическом и пластическом обеспечении. Особенно этот вид терапии эффективен у больных, находящихся в тяжелом и критическом состоянии. К доказанным эффектам нутритивной поддержки следует отнести удовлетворение потребностей организма в макро и микронутриентах, восстановление азотистого баланса, снижение частоты раневых инфекций, сокращение длительности пребывания в ОРИТ, повышение качества жизни. Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты лечения 152 больных с острым холангитом тяжелой степени. Все пациенты госпитализировались в реанимационные отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2014 по 2021 г. Тяжесть холангита определялась согласно рекомендациям Токийских протоколов (2013, 2018). Средний возраст составил 65,3±29,5 лет, мужчин было 67 (44,1%), женщин – 85(55,9%). Нутритивный статус пациентов оценивали на основании показателей антропометрии (индекс массы тела), абсолютного числа лимфоцитов, уровней общего белка, альбумина, трансферрина и азота мочевины. В большинстве случаев прибегали к расчетной калориметрии, в 12 случаях непрямо калориметрию проводили при помощи метабологафа. Эффективность нутритивной программы оценивали по динамике нутритивного статуса с момента поступления до выписки из стационара. Результаты. В течение комплексной интенсивной терапии острого холангита наряду с неотложной билиарной декомпрессией и антибиотикотерапией больные в условиях реанимационного отделения получали смешанную нутритивную поддержку с постепенным доминированием энтерального компонента. При этом из-за тяжести лактат-ацидоза у 34 (22,4%) больных от парентерального компонента отказывались. Использовалось преимущественно зондовая схема энтеральной нутритивной поддержки. К моменту перевода пациентов в хирургическое отделение, все выжившие пациенты находились на энтеральном питании. Средняя продолжительность комбинированной нутриционной поддержки составила 11,6±4,4 суток. Дополнительно использовался режим сипинга в среднем в 7,3±2,2 суток в условиях общепрофильных отделений для обеспечения потребности в энергии и нутриентах в период

активной реабилитации пациентов. У всех больных исследуемой группы определялся субкомпенсированный или декомпенсированный нутритивный статус. Уровень общего белка составлял 54,±6,9 г/л, альбумина — 30,9±4,5 г/л, азота мочевины — 14,5 ±9,1 г в сутки. Индекс массы тела больных составлял 24,3±6,1, что указывало на краткосрочность заболевания. Несмотря на условную компенсацию уровня белка и альбумина, у большинства пациентов имелась скрытая белковая недостаточность на фоне сохраняющегося катаболизма вследствие тяжелого острого холангита. У больных с отрицательным азотистым балансом использовали специальные высокобелковые смеси. По данным расчетной калориметрии по формуле Харриса—Бенедикта средний расход энергии составлял 29,6±7,2 ккал/кг. На 3-7 сутки пребывания пациентов в общепрофильном отделении повторно оценивали нутритивный статус. На фоне комплексной поддержки у 106 (69,7%) больных отмечалась устойчивая стабилизация нутритивного статуса: индекс массы тела составлял 23,7±6,6, общий белок — 59,0±5,1 г/л; альбумин — 35,6±4,1 г/л, уровень азота мочевины снизился до 8.4±3,9 г/сут. Вывод. Адекватная нутритивная поддержка — значимый компонент эффективной схемы лечения острого холангита тяжелой степени. Схему энтеральной или парентеральной метаболической терапии необходимо строить с учетом обеспечения энергозатрат и тяжести основного заболевания.

400.Преимущества применения лапароскопической хирургии единого доступа в лечении заболеваний ободочной кишки

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Колодяжный М.А., Аль Ямани Н.Д.

Донецк

ГОО ВПО "Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького"

Актуальность. Лапароскопический доступ является вариантом выбора в хирургическом лечении как опухолевой, так и неопухолевой патологии ободочной кишки. Данные литературы подтверждают целесообразность ее применения и

отображают явные преимущества. Однако, для удаления резецируемого препарата необходим разрез на передней брюшной стенке, что в свою очередь может привести к болевому синдрому ввиду травмы, осложнениям, ассоциированным с послеоперационной раной. Лапароскопическая хирургия единого доступа направлена на минимизацию травмы и улучшение результатов лечения. Цель. Проанализировать результаты лечения пациентов к которым был применен единый лапароскопический доступ, оценить преимущества данного метода. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 37 пациентов, которым была выполнена резекция ободочной кишки с помощью единого лапароскопического доступа. Изначально в клинике единый доступ осуществлялся через монопортовое устройство, что имело технические трудности, такие как: недостаточная триангуляция, конфликтом инструментов, что ограничивало свободу движений хирурга и увеличивало время операции. Наша клиника модифицировала монопортовый доступ. Он подразумевает установку трех портов по срединной линии с расстоянием между каждым портом 3,5 см, что соответствует размеру монопортового устройства. Два порта устанавливаются над или под пупком, в зависимости от конституции пациента и локализации патологического процесса. После завершения этапа мобилизации две верхние или нижние троакарные раны соединяются разрезом для извлечения препарата и формирования анастомоза. Через троакарную рану третьего порта заводится дренаж в брюшную полость. Таким доступом 19 пациентов оперированы по поводу опухолевой патологии ободочной кишки, 8 пациентов по поводу дивертикулеза ободочной кишки, 3 по поводу болезни Крона, 3 по поводу хронического колостазы, 3 по поводу доброкачественных новообразований, которые было невозможно удалить эндоскопически. Резекция сигмовидной кишки была выполнена 15 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия - 8, правосторонняя гемиколонэктомия - 7, субтотальная колонэктомия - 3, резекция илеоцекального угла - 2, колотомия, полипэктомия - 2 пациентам. Результаты. Болевой синдром, оцениваемый по шкале NRS после операции, а также на 1-е, 2-е и 3-е сутки был меньше, чем при стандартном лапароскопическом доступе. Также была меньше частота применения наркотических анальгетиков. Средняя длина послеоперационной раны 4,1 см, что было значительно меньше, чем при стандартной лапароскопии. Среднее время

пребывания в стационаре составило 7,6 дней. Не было выявлено осложнений со стороны послеоперационной раны как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде. Выводы. Применение лапароскопической хирургии единого доступа позволяет улучшить результаты лечения пациентов с опухолевой и неопухолевой патологией ободочной кишки, а именно: снизить болевой синдром, ускорить реабилитацию, снизить длительность пребывания пациентов в стационаре, получить более приемлемый косметический эффект и снизить риск осложнений со стороны послеоперационной раны.

401. Факторы риска рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Хитарьян А.Г., Бондаренко И.В., Андреев Е.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет»

Актуальность. При острых желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) из верхних отделов пищеварительного тракта летальность варьирует от 5,0% до 19,0%, при тяжелых, рецидивирующих ЖКК достигает 40,0%. При рецидиве ЖКК от 35,0% до 55,0% пациентов выполняется экстренная операция с общей летальностью 20,0%, достигающей 55,0% при полиморбидности (ПМ) (Ступин В.А., с соавт. 2013; Багдасаров В.В., с соавт. 2016; Малков И.С., с соавт. 2016; Тарасов Е.Е., с соавт. 2019; Loffroy R., et al. 2019). Для прогнозирования рецидива ЖКК применяются шкала Blatchford при первичном осмотре и шкала Rockall после проведения эндоскопического исследования. Актуальным является изучение прогностической значимости шкал Blatchford, Rockall и других доступных критериев. Цель исследования. Определить значимость предикторов рецидива не варикозного ЖКК из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 401 пациента в отделении хирургии МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростов-на-Дону» с 2014 по 2018 г.г.. Критерии включения в исследование: МКБ 10 – K25.0, K25.4, K26.0, K26.4 и согласие пациента.

Критерий исключения: не соответствующий заключительный диагноз, портальная гипертензия, синдром Маллори-Вейсса, симптоматические язвы. Статистическая обработка. Сформирована база данных Microsoft Excel 2017, анализ Statistica 10. При сравнении абсолютных значений использовали t- и U-критерий. Сравнение относительных значений проводилось по угловому преобразованию. Уровень значимости 5,0% ($p < 0,05$). Информативность предикторов рецидива ЖКК определяли по чувствительности (Ч) и специфичности (С) критерия, достоверности положительных (ДПР) и отрицательных (ДОР) результатов, а так же общей доле правильных заключений (ОДПЗ). Полученные результаты и обсуждение. Группы сформированы по признаку «рецидив ЖКК»: нет рецидива – 87,53% (351), рецидив – 12,47% (50). В группе пациентов без рецидива ЖКК F1a установлено у 2,56% (9), эндоскопический гемостаз (ЭГ) эффективен у 97,15% (341). При рецидиве ЖКК F1a установлено в 40,0% (20), ЭГ был эффективен в 36,0% (18). У 92,77% (372) пациентов был установлен один источник ЖКК, связи с риском рецидива ЖКК не установлено. В группе с рецидивом ЖКК источник ЖКК в бассейне левой желудочной артерии локализовался на 9,0% чаще, в бассейне желудочно-двенадцатиперстной артерии на 9,45% чаще, чем у пациентов без рецидива. Предиктором рецидива ЖКК является 13 баллов по шкале Blatchford. Риск рецидива выше у пациентов с известными из анамнеза язвами, содержанием общего бела плазме ? 55 г/л, АЧТВ ? 45 сек.. Кроме тромбоцитопении предиктором рецидива ЖКК является число тромбоцитов ? 350 x 109/л. Предикторами высокого риска рецидива ЖКК являются «тяжелое ЖКК» и «ЖКК F1a» (Ч – 0,40-0,82; С – 0,77-0,97; ДПР – 0,33-0,69; ДОР – 0,92-0,97; ОДПЗ – 0,77-0,90). К предикторам умеренной прогностической значимости рецидива ЖКК относятся ПМ, длительный анамнез язвы, оценка по шкале Rockall ? 8 баллов, систолическое давление ? 100 мм рт. ст. на момент госпитализации, ЧСС ? 100 уд./мин., общий белок ? 55 г/л, мочевины ? 10,0 ммоль/л, АЧТВ ? 45 сек., HGB ? 100 г/л, тромбоциты ? 350 x 1012/л (Ч – 0,16 - 0,64; С – 0,7 - 0,93; ДПР – 0,22 - 0,35; ДОР – 0,89 - 0,95; ОДПЗ – 0,69 - 0,83). Выводы и рекомендации. У пациентов без рецидива ЖКК ЭГ является окончательными в 97,15%, при рецидиве ЖКК ЭГ эффективен в 36,0%. Источники рецидивирующего ЖКК чаще локализируются в бассейнах сосудов доступных селективной эмболизации. Предикторами раннего рецидива ЖКК и показанием для динамического эндоскопического исследования в течение первых суток являются: «тяжелое ЖКК», объективные

показания для гемотрансфузии, факт повторной гемотрансфузии, возраст ? 70 лет, ПМ, длительный прием антикоагулянтов, длительный анамнез язвенной болезни, содержание общего белка плазмы крови ? 55 г/л, АЧТВ > 45 сек., число тромбоцитов ? 350 x 109/л., а также АЧТВ более чем в 1,5 раза превышающее норму, фибриноген ? 1,5 г/л, тромбоциты ? 120?109/л.

402. Первый опыт выполнения робот-ассистированных операций с использованием роботизированной системы «Senhance» в абдоминальной хирургии

Хитарьян А.Г., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н., Ковалёв С.А., Кисляков В.Н., Межуниц А.В., Мельников Д.А., Головина А.А.

Ростов-на-Дону

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»
г. Ростов-на-Дону"

Актуальность. С 1999 года робот-ассистированные оперативные вмешательства всё шире используются в практике многих хирургических клиник. Первой широко известной в мире стала роботизированная система «да Винчи» («da Vinci»), американской компании «Intuitive Surgical». В декабре 2020 года Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) выдала бессрочное регистрационное удостоверение роботу-хирургу Senhance, разрабатываемому итальянской компанией TransEnterix. Первым российским медицинским учреждением установившим данную хирургическую роботизированную систему является «Клиническая больница «РЖД-Медицина» в г. Ростове-на-Дону. Роботизированная система «Senhance» - первая в своём роде цифровая лапароскопическая платформа с использованием дополненного интеллекта для обеспечения положительных результатов хирургического вмешательства при операциях. В платформу также встроено машинное обучение с тактильной обратной связью, управление камерой с отслеживанием движения глаз и 3D-визуализация. Senhance является первой платформой на ноябрь 2021 года, предлагающей инструменты 3 мм, это самый маленький

инструмент, доступный в мире на роботизированной хирургической платформе. Хирургическая система питается от интеллектуальной хирургической установки (ИХУ). ИХУ позволяет хирургу управлять камерой на основе машинного зрения, реагируя на команды и распознавая определённые объекты и места в операционном поле, а также позволяет медицинскому специалисту изменять визуализированное поле зрения, используя движение своих инструментов. Цель. На первом этапе мы поставили перед собой цель очертить круг хирургических вмешательств, эффективность выполнения которых может быть улучшена за счёт использования хирургического робота «Senhance». Материал и методы. На базе хирургического отделения ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» с января 2022 года в специально оборудованной эндоскопической операционной с использованием роботизированного комплекса «Senhance» выполнено: робот-ассистированных продольных резекций желудка – 4, минигастрошунтирование с аппаратным анастомозом – 1, фундопликаций по Дору – 1, резекция дивертикула пищевода – 1, правосторонняя гемиколэктомия – 2, герниопластика с использованием сетчатого эксплантата – 7, холецистэктомии – 18, профундопластика – 1. В предоперационном периоде на передней брюшной стенке маркировались места введения троакаров по правилу «пирамиды» с учётом обеспечения хорошей визуализации, свободы манипуляций и предотвращения «фехтования/конфликта» инструментов, а также пациент-ориентированно учитывался характер, локализация патологического процесса и задачи вмешательства. Место установки ассистентского порта выбиралось с учётом адекватности доступа дополнительных эндоскопических инструментов, таких как, сшивающие аппараты, ретракторы и т.д. Место стыковки манипуляторов и портов роботического комплекса выбиралось с учётом «средней позиции», позволяющей в последующем осуществлять манипуляции с максимальной степенью свободы движений. Средняя длительность робот-ассистированных оперативных вмешательств увеличилась на 30-60 минут, в сравнении с аналогичными лапароскопическими, что в основном связано с затратами времени на подключение, установку манипуляторов и портов роботизированного комплекса. Интраоперационных осложнений, связанных с применением роботического комплекса, не было отмечено. Заключение и выводы. Анализируя

собственный первый опыт выполнения робот-ассистированных операций на органах брюшной полости можно выделить преимущества и недостатки новой технологии. Несомненными достоинствами роботизированной хирургии являются большая степень свободы инструментов, точность передачи движений пальцев хирурга на инструменты, хорошая трехмерная визуализация операционного поля. Очевидными недостатками являются необходимость длительной предоперационной подготовки роботического комплекса – подключение, адаптацию системы к пациенту при помощи специально подготовленного персонала, отсутствие тактильной чувствительности. Нарботка опыта использования роботического комплекса «Senhance» позволит определить место этой современной технологии в абдоминальной хирургии.

403. Хирургическое лечение хронического панкреатита с расширением главного протока поджелудочной железы

*Штофин С.Г., Штофин Г.С., Никитин Р.А.,
След Н.Ю.*

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

Хирургическое лечение хронического панкреатита(ХП) остается значительной и актуальной проблемой современной панкреатологии. Одним из основных показаний к выполнению дренирующих операций является расширение главного протока поджелудочной железы (ГППЖ). При этом ожидать хорошие результаты после них можно при диаметре протока не менее одного см и длине соустья не менее 6 см. В случаях, когда ГППЖ располагается ближе к передней поверхности поджелудочной железы может быть применен как обычный терминологический панкреатикоюноанастомоз (ПЕА), так и дополненный рассечением протока на протяжении 2 – 3 см и более. Операции создания панкреато- и панкреатикоюноанастомозов нередко осложняются их несостоятельностью, наблюдающуюся в 3,8 -12,9% случаев и

составляющую 15–20% летальности. В связи с вышеизложенным возник интерес к применению в целях лечения и профилактики указанного осложнения нового поколения имплантационных материалов с памятью формы в хирургии поджелудочной железы. В клинической практике расширился круг щадящих хирургических технологий, позволяющих сократить объем вмешательств за счет биомеханических свойств имплантатов. По поводу ХП с расширением ГППЖ, требующего дренирующей операции, оперированы 12 пациентов, которым для дилатации соустьев и профилактики их сужений использованы имплантаты с памятью формы из никелида титана. Кроме дилатации ГППЖ, показанием к операции являлся выраженный болевой синдром, обусловленный внутрипротоковой гипертензией. Мужчин было 9, женщин – 3. ГППЖ имел расширение до 8 мм у 5 пациентов. До 10 мм – у 7. Паренхима ПЖ у 4 пациентов относилась к «благоприятному» типу (ткань железы плотная, склерозированная, стенка протока плотная и утолщенная), у 8 – к «относительно благоприятному» (ткань железы умеренно уплотнена, стенка протока несколько утолщена). Во всех наблюдениях проток был расположен ближе к передней поверхности ПЖ или прямо на ней. Операция заключалась в доступе к передней поверхности ПЖ, вскрытии просвета ГППЖ, его ревизии, ликвидации причин его расширения, затем введении одного или двух (в противоположных направлениях) дилатирующих просвет протока никелид титановых стентов после их охлаждения хладагентом для создания конгруэнтного положения в протоке. Диаметр стента составлял у 10 мм у 5 пациентов, 12 мм – у 7. Длина – 25 мм. Опыт авторов в создании более 40 цистогастроанастомозов при псевдокистах ПЖ с формированием соустьев на стентах из никелида титана диаметром 22 мм позволил формировать панкреатикогастроанастомоз (ПГА) с задней стенкой желудка на протяжении 1,5 – 2 см однорядным, ручным, непрерывным, атравматическим швом. ПГА в лечении ХП с расширением ГППЖ упрощает операцию, делает ее более безопасной и менее продолжительной. После операций болевой синдром купировался у всех пациентов, осложнений и летальных исходов не отмечено. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о появлении нового подхода к техническим проблемам хирургии отдельных форм ХП, при котором успешное лечение возможно при индивидуальном выборе имплантатов и оценке их уникальных свойств, позволяющих создавать

принципиально новые высокоэффективные технологии лечения.

404. Факторы риска венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами

*Андряшкин А.В., Лобан К.М., Калинина А.А.,
Мамадумаров В.А., Никишков А.С., Ивахов Г.Б.,
Золотухин И.А., Сажин А.В.*

Москва

Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Актуальность. Проблема венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу послеоперационной вентральной грыжи (ПВГ), остаётся актуальной и злободневной. По данным литературы их частота составляет от 0,2 до 4,2%. При этом данные о факторах риска тромбозов и тромбоэмболических осложнений немногочисленны и часто противоречивы. Цель нашего исследования – выявить частоту и факторы риска ВТЭО у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ПВГ. Материалы и методы. На базе факультетской хирургической клиники ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова проведено ретроспективное обсервационное когортное исследование, включившее 240 пациентов, которым в 2018–2019 гг. было выполнено оперативное лечение ПВГ. Всем больным на 2–4 сутки послеоперационного периода было выполнено ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен нижних конечностей. Первичной конечной точкой являлось развитие ВТЭО, включая тромбоз легочных артерий (ТЭЛА). Результаты. Венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения выявлены у 19 пациентов (7,9%). Среди них было 16 (6,7%) дистальных тромбозов глубоких вен нижних конечностей, 3 (1,2%) проксимальных и у 1 больного (0,4%) дистальный тромбоз осложнился симптоматической ТЭЛА. При построении многофакторной модели Кокса было установлено, что разделение компонентов передней брюшной стенки (сепарационная

пластика) (ОР 3,99, 95% ДИ 1,14–14,0, $p=0,03$), продолжительность операции (ОР 1,67, 95% ДИ 1,13–2,5, $p=0,011$) и индекс масса тела (ОР 1,13, 95% ДИ 1,02–1,2, $p=0,02$) являлись статистически значимыми факторами риска развития ВТЭО. Заключение. У пациентов, перенесших оперативное лечение послеоперационной вентральной грыжи, частота ВТЭО составляет 7,9%, в большинстве случаев (84,2%) – дистальные венозные тромбозы. Статистически значимыми факторами риска ВТЭО являются сепарационная пластика, продолжительность операции и индекс массы тела.

405. Острый инфаркт миокарда на фоне деструктивного холецистита: клинический случай

*Пономарев А.В. (2), Черкасов М.Ф. (1),
Бондаренко В.А. (1,2), Турбин М.В. (1,2),
Красенков Ю.В. (1,2), Бондаренко И.В. (2)*

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» города Ростова-на-Дону

Актуальность. Патология гепатобилиарной зоны, в частности острый холецистит, может сопровождаться различными изменениями на ЭКГ, такими как аритмии, патологические зубцы Q и подъем сегмента ST, хотя основные механизмы развития этих изменений до сих пор остаются неизвестными. Сопутствующее развитие острого инфаркта миокарда и острого холецистита встречается редко, но при таком развитии событий важным моментом является своевременная диагностика, которая нередко может быть затруднительна. Материал и методы. В приемное отделение МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону по скорой помощи поступил пациент мужского пола, в возрасте 57 лет с жалобами на выраженные боли в правом подреберье, эпигастральной области и за грудиной с иррадиацией в верхнюю левую конечность, тошноту, рвоту и незначительную одышку. Вышеперечисленные жалобы отмечал в течение 5-6 часов после приема жирной и жареной пищи, положительного эффекта от приема

спазмолитиков отмечено не было. На основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра (положительные пузырьные симптомы) и данных ультразвукового исследования (в полости желчного пузыря выявлено множество конкрементов до 6 мм в диаметре, дающих акустическую тень) установлен диагноз – острый холецистит. Полученные результаты. Несмотря на консервативную терапию, у пациента сохранялся болевой синдром, в связи с чем, дополнительно была выполнена электрокардиография, по данным которой выявлены признаки острого инфаркта миокарда и положительный тропониновый тест. По данным коронарографии визуализирован флотирующий тромб ствола левой коронарной артерии (ЛКА), вследствие чего, выполнено эндоваскулярное вмешательство в бассейне ЛКА, стентирование и тромбоаспирация. Через 2-е суток со стороны кардиальной патологии отмечалась положительная динамика, но нарастала клиника острого холецистита: усилились боли в правом подреберье, отмечалось увеличение лейкоцитоза и билирубинемия. Пациенту выполнена лапароскопия, при которой в подпеченочном пространстве определялся инфильтрат, образованный желчным пузырем, 12-перстной кишкой, прядью большого сальника и круглой связкой печени, подпеченочный абсцесс, желчный пузырь – гангренозно-измененный. Из лапароскопического доступа выполнено вскрытие подпеченочного абсцесса, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости. При контрольной холангиографии патологии не выявлено. Время операции составило 55 минут. Заключительный клинический диагноз: острый обтурационный гангренозный холецистит, подпеченочный абсцесс. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Дренаж холедоха перевязан на 5 сутки послеоперационного периода (пациенту были даны рекомендации удалить дренаж на 21 день после операции в амбулаторных условиях). Срок лечения в стационаре составил 12 дней. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и кардиолога по месту жительства. Отдаленные результаты лечения прослежены через 1, 6 месяцев и через 1 год, совместно с кардиологом, осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено, по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости – ложе желчного пузыря без особенностей. Обсуждение. Несмотря на накопленный опыт в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями гепатобилиарной зоны, в практике хирурга зачастую встречаются сложные случаи, вызванные, главным

образом многообразием клинической картины, которая может быть обусловлена специфической «маской» заболевания. На основании полученных данных (жалобы, анамнез, объективный осмотр и результаты ультразвукового исследования) в данном клиническом примере был достоверно диагностирован острый холецистит, однако главная задача заключалась в распознавании острого инфаркта миокарда. При определении тактики лечения таких пациентов важным моментом является коллегиальное решение совместно с кардиологом, хирургом и анестезиологом. Выводы. Представленный случай из практики демонстрирует тактику лечения острого гангренозного холецистита и острого инфаркта миокарда, своевременная диагностика которого, позволила избежать неблагоприятного исхода.

406. Возможности робот-ассистированных операций в хирургии парастомальных грыж

*Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Прокопьев М.В.,
Кашапова А.Р.*

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Клиника БГМУ

Актуальность. Ежегодно в мире регистрируется 1,4 миллиона новых пациентов с раком толстой кишки. Постоянное совершенствование хирургии, комплексный подход к лечению колоректального рака ведут к увеличению продолжительности жизни оперированных пациентов. Что в свою очередь ведет и к росту регистрируемых поздних стомальных осложнений, среди которых наиболее тяжелое – парастомальная грыжа (ПСГ), которая по различным данным встречается у 20-90,9% пациентов со стомой. Находясь на пересечении специальностей (колопроктология, герниология и онкология), ПСГ является одной из самых сложно поддающихся хирургической коррекции заболеваний, частота рецидива по различным данным достигает до 89,6%. Ведя постоянный поиск новых способов лечения и профилактики ПСГ, современные хирургии пришли к использованию сепарационных протезирующих пластик. Описанный Е. Pauli способ (Pauli Parastomal Hernia Repair PPHR) на сегодняшний день показывает

наиболее перспективные результаты. Однако данная методика не решает главной проблемы большинства стом – патологическое прохождение стомального канала через боковые мышцы живота или спигелиеву линию. В то же время операция Pauli является продолжительной и технически сложной, что может быть компенсировано внедрением робот-ассистированных операций. Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с парастомальной грыжей. Материалы и методы. В период с 2015 по 2022 года в хирургическом отделении Клиники БГМУ было оперировано 11 пациентов с парастомальными грыжами (10 пациентов с концевой сигмостомой и 1 пациент с илеокондуитом по Брикеру). Учитывая тот факт, что все пациенты были ранее оперированы по поводу онкологических заболеваний, в предоперационном периоде все прошли обследование по онкологическому протоколу, в ходе которого данных за рецидив или прогрессию основного заболевания выявлено не было. В работе нами была использована классификация ПСГ Европейского общества герниологов: у 10 пациентов была ПСГ 3 типа, у одного 4 тип. Все грыжи были первичными. 8 пациентам (ПСГ 3 тип) была выполнена робот-ассистированная операция Pauli (rPPHR), в ходе которой после латерализации приводящей кишки сетчатый имплант был расположен в расширенном при помощи процедуры TAR ретромультикулярном пространстве. TAR выполнялся с одной стороны. 3 пациента (2 ПСГ 3 тип, 1 ПСГ 4 тип) были оперированы открыто с использованием модифицированной нами операции Pauli – после завершения TAR, стома иссекалась из передней брюшной стенки и производилась транспозиция стомы с формированием нового стомального канала через волокна прямой мышцы живота. Тем самым решается главный недостаток PPHR – оставление патологической стомы. Длительность операции составила 207,5±58 минут, кровопотеря 192±13,5 мл. Дренажи были удалены на 3-5 сутки. Средний срок госпитализации составил 7,57±0,85 суток. Срок наблюдения за пациентами после операции составил 13±3 месяца. Результаты. Оценка осложнений в раннем послеоперационном периоде проводилась по классификации Clavien-Dindo: 1 степени - диспепсия и парез кишечника у 2-х пациентов (18,1%), 2 степени – серома области послеоперационного импланта у 3-х пациентов (27,2%). Осложнений 3 и 4 степени не было. У пациентов с серомой производилась пункционная аспирация. В сроки наблюдения до 16 месяцев отмечался рецидив у 1-го пациента (9,1% в общей группе оперированных и 12,5% у пациентов после робот-ассистированных операций) оперированного

с применением робота. Выводы и обсуждение. Первые результаты rPPHR показывают ее безопасность и эффективность. Однако небольшое число наблюдений не позволяет сделать окончательные выводы о применении данной методики. Наличие 1 рецидива у пациента после rPPHR говорит о необходимости дальнейшего наблюдения и совершенствования. Транспозиция патологической стомы на завершающем этапе операции является одним из перспективных направлений в решении проблем рецидива ПСГ.

407. Опыт выполнения робот-ассистированных аорто-бедренных шунтирований пациентам с критической ишемией нижних конечностей

Закеряев А.Б., Виноградов Р.А., Бахишев Т.Э., Хангереев Г.А., Бутаев С.Р., Сухоручкин П.В., Барышев А.Г., Порханов В.А.

Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края

Цель. Оценка эффективности робот-ассистированной технологии аорто-бедренного шунтирования протезом пациентам с критической ишемией нижней конечности. Материалы и методы. Проведен анализ лечения пациентов (n=4) с окклюзией аорто-подвздошного сегмента и хронической артериальной недостаточностью IV ст. по А.В. Покровскому-Фонтейну. Показаниями к реваскуляризации конечности при помощи робототехники: критическая ишемия нижних конечностей (сухие некрозы на пальцах стопы, изнуряющие боли мышцах голени в покое, ЛИД менее 0,3. Техника операции. Пациентам было выполнено: установка 4 троакаров для роботизированных рук робота Da Vinci XI и одного ассистентского троакара. Видеоскопически выделен терминальный отдел аорты и подвздошные артерии. Наложение зажимов и формирование проксимального анастомоза между протезом и общей подвздошной артерией (n=2) или аортой (n=2) с помощью робота Da Vinci. Проведение протеза по ходу общей и наружной подвздошной артерии

ретроперитонеально. Дистальный анастомоз был сформирован с наружной подвздошной артерией (n=1) робот-ассистированным путём и общей бедренной артерией (n=3) стандартной открытой технологией с доступом к бедренным сосудам. Результаты: длительность операций составила $188,75 \pm 15,5$ мин. Время формирования проксимального анастомоза с помощью робота Da Vinci составило $36 \pm 1,8$ мин. Интраоперационная кровопотеря составила $150 \pm 40,8$ мл. В послеоперационном периоде эпизодов кровотечения, гематом, нагноения, тромбозов и эмболий не выявлено. Результаты данного метода лечения подтверждены в послеоперационном периоде дуплексным сканированием артерий нижних конечностей и контрольным КТ-ангио. Пребывание в палате реанимации или интенсивной терапии всем оперированным пациентам не потребовалось. Все пациенты были выписаны на 4 сутки. Обсуждение. Выполнение робот-ассистированных реконструктивных операций при окклюзии аорто-подвздошного сегмента является новым этапом развития минимально инвазивных технологий. Необходимо отметить, что длительность оперативного вмешательства, время формирования анастомоза и объем кровопотери не превышают таковых при открытых реконструктивных операциях на аорте и артериях. Выводы: 1. Механические манипуляторы превосходят возможность рук человека, выполнение сложных манипуляций происходит с максимальной точностью, что отражается на качестве выполнения оперативного вмешательства. 2. Использование робототехнологий имеет перспективу в области сосудистой хирургии ввиду того, что уменьшаются риски инфекционных осложнений, образования вентральных грыж, послеоперационной морбидности, реабилитационного периода и длительности госпитализации. 3. Данным методом лечения является наиболее оптимальным пациента с абдоминальным ожирением, где стандартные открытые оперативные вмешательства связаны с техническими сложностями. 4. К недостаткам робот-ассистированных операций можно отнести высокую изначальную стоимость системы и расходного материала, а также отсутствие обратной тактильной чувствительности, которая предоставляет лапароскопия. 5. Острые формы обструктивной болезни легких, не подходят ни лапароскопические, ни робот-ассистированные операции, ввиду необходимости карбоксиперитонеума. Так же противопоказаниями к робот-ассистированным операциям относятся: тотальный кальциноз аорто-подвздошного сегмента,

выраженный спаечный процесс с отсутствием возможности дифференциации тканей, тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации, выраженное нарушение сократительной функции миокарда, некорригированная коагулопатия, пожилой и старческий возраст, злокачественные новообразования, пациенты с прогнозом средней продолжительностью жизни менее 3-5 лет.

408. Эндovasкулярная хирургия как компонент противоопухолевого лечения злокачественных опухолей органов головы и шеи

Енгибарян М.А., Черняк М.Н., Гварамия А.К.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России

Введение. За последнее десятилетие активно развиваются методики эндovasкулярных вмешательств в различных областях медицины. Представляет интерес изучение возможности их применения в противоопухолевом лечении. Цель. Повышение эффективности лечения больных со злокачественными новообразованиями органов головы и шеи. Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о 50 пациентах с опухолями органов головы и шеи. В соответствии с задачами исследования сформированы 2 группы. Группа 1 объединила 30 больных с местнораспространенными злокачественными новообразованиями полости рта и языка. Вторую группу составили 20 пациентов с местнораспространенными опухолями полости носа и придаточных пазух. У всех пациентов в качестве основного метода лечения на первом этапе комплексной терапии избран хирургический. В качестве подготовительного этапа у больных группы 1 проведена двухэтапная суперселективная эмболизация сосудов опухоли, у пациентов группы 2- внутриартериальная необратимая эмболизация. Всем больным выполнено удаление злокачественной опухоли в объеме адекватном распространенности опухолевого процесса. Результаты. У пациентов первой группы в 100% случаев отмечено снижение интенсивности

болевого синдрома, уменьшение объема опухоли, уменьшение гнилостного запаха изо рта, уменьшение кровопотери во время операции, что позволило добиться «сухого» операционного поля, улучшить визуальный контроль границ удаляемой опухоли. У пациентов второй группы проведение внутриартериальной эмболизации в качестве подготовительного этапа позволило добиться статистически достоверного уменьшения объема кровопотери во время операции по сравнению с традиционно используемой перевязкой наружной сонной артерии с $630,97 \pm 190,23$ до $231,9 \pm 100,58$ мл ($p < 0,005$) при минимальных проявлениях постэмболизационного синдрома. Выводы. Использование методов эндovasкулярной хирургии в лечении опухолей головы и шеи является целесообразным и эффективным. Очевидна необходимость дальнейшего их изучения и определения места в иерархии методов противоопухолевого лечения злокачественных новообразований данной локализации.

409. Результаты голосового протезирования у больных местно-распространенным раком гортани.

Енгибарян М.А., Волкова В.Л., Ульянова Ю.В., Чертова Н.А.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России

Актуальность. Среди всех злокачественных новообразований органов головы и шеи, рак гортани, по-прежнему, стоит на первых позициях. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется до 7000 впервые выявленных случаев заболевания раком гортани. До 70% пациентов обращаются впервые за специализированной помощью с местно-распространенными опухолями, когда тотальная ларингэктомия становится единственным радикальным хирургическим вмешательством. Утрата гортани и, как следствие, невозможность общения с окружающими зачастую становятся причиной отказа пациента от предложенной операции. В силу вышеизложенного, проблема

послеоперационного восстановления голоса приобретает все большую актуальность. Цель исследования. Улучшение качества жизни пациентов, перенесших тотальную ларингэктомию, путем выполнения трахео-пищеводного шунтирования с голосовым протезированием. Материалы и методы. В отделении опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ с 2012 года внедрена в практику методика трахеопищеводного шунтирования с использованием голосовых протезов Provox. По данному способу голосовое протезирование выполнено 72 пациентам в возрасте от 51 до 76 лет. Операция в объеме ларингэктомии проведена 24 (33,3%) больным, расширенной ларингэктомии – 36 (50,0%), комбинированной - 12 (16,7%). Лучевое лечение на предоперационном этапе было у 30 (41,7%) пациентов, после операции - у 42 (58,3%) больных. Отсроченное протезирование выполнено 48 (66,7%), одномоментное - 24 (33,3%) пациентам. Полученные результаты. В 66 (91,7%) случаях больные смогли овладеть звучной, членораздельной речью в сроки от 2 до 18 дней после операции. В одном случае отмечалось заживление послеоперационной раны вторичным натяжением с образованием фарингостомы. Обсуждение: Существуют различные способы восстановления голоса после ларингэктомии: 1. Логопедическая методика – обучение больного, так называемому пищеводному голосу. 2. Преобразование колебаний мышц дна полости рта в звуки при помощи вибрирующего электронного аппарата («электрогортань») 3. Трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием. Трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием в настоящее время является наиболее прогрессивным и эффективным. Полученные нами результаты, подтверждают вышесказанное, показывая, что не менее 91% больных в кратчайшие сроки после операции имели полностью восстановленную звучную речь. Выводы и рекомендации. Таким образом, использование методики трахеопищеводного шунтирования с голосовым протезированием позволяет восстановить голос, используя естественную функциональную основу голосообразования у пациентов, перенесших тотальную ларингэктомию, что обуславливает целесообразность внедрения данной операции в работу специализированных отделений.

410.Торако-бифеморальное шунтирование при критической ишемии нижних конечностей

Закеряев А.Б., Виноградов Р.А., Бутаев С.Р., Сухоручкин П.В., Бахишев Т.Э., Хангереев Г.А., Тадевосян К.Р., Барышев А.Г., Порханов В.А.

Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, г.Краснодар, Российская Федерация

Цель. Оценка эффективности реваскуляризации нижних конечностей с окклюзией и тотальным кальцинозом аорто-подвздошного сегмента методом торако-бифеморального шунтирования (ТБФС). Материалы и методы. Проведен проспективный анализ лечения пациентов (n=17) с синдромом Лериша, тотальным кальцинозом аорто-подвздошного сегмента, и хронической артериальной недостаточностью III-IV ст. по А.В. Покровскому-Фонтейну. Показаниями к ТБФС являлись: 1. Критическая ишемия нижних конечностей (сухие некрозы на пальцах стопы, изнуряющие боли в нижних конечностях в покое, ЛИД менее 0,3); 2. Тотальный кальциноз аорты и окклюзия подвздошных артерий. 3. Фиброз забрюшинного пространства и парааортальной клетчатки после курсов лучевой терапии. 4. Наличие пристеночного тромбоза и выраженной липидно-холестериновой инфильтрации абдоминального отдела аорты. 5. Отсутствие технической возможности выполнения аорто-бедренного шунтирования в инфраренальную позицию. Пациентам были выполнены: доступ по линии Кена к бедренным сосудам, минилюмботомия слева, передне-боковая мини-торакотомия в 6-7 межреберье. Выкроено «окно» латеральнее левой ножки диафрагмы на границе сухожильной и мышечной части. На боковом пережатии нисходящей грудной аорты и сформировали анастомоз между протезом и аортой по типу «конец в бок». Протез ориентировали ортотопически аорте и подвздошным сосудам. Далее формировали анастомозы между браншами протеза и бедренными сосудами. Результаты. В послеоперационном периоде тромбозы реконструкции, гематомы, гнойно-септические и иные осложнения не наблюдались. Результаты данного метода лечения подтверждены триплексным сканированием артерий нижних конечностей и контрольным КТ-ангио.

Длительность оперативного вмешательства во всех случаях составляла $165,5 \pm 28,5$ минут. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составляла $8,38 \pm 1,95$ суток. Обсуждение. Метод ТБФШ у пациентов со стено-окклюзирующим поражением аорто-подвздошного сегмента и хронической артериальной недостаточностью III-IV ст., является наиболее оптимальным при отсутствии технической возможности оперативного вмешательства на брюшной аорте. Выводы: 1. Реваскуляризация аорто-подвздошного сегмента методом ТБФШ показана пациентам с критической ишемией нижних конечностей, подтвержденной объективными данными, инструментальными методами исследования и наличием тотального кальциноза аорт-подвздошного сегмента. 2. Пациентам, с оперативными вмешательствами в анамнезе на органах брюшной полости и аорте, с фиброзом забрюшинного пространства после курсов лучевой терапии или иными причинами отсутствия доступа к брюшной аорте, данный метод лечения также является наиболее оптимальным.

411. Малоинвазивные технологии в лечении колоректального рака с метастазами в печень

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е., Бондаренко О.К., Толмах Р.Е., Петров Д.С., Савченко Д.А., Хабжиков Э.К.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "НМИЦ онкологии" МЗ РФ

Актуальность. Колоректальный рак занимает третье место в структуре общей онкозаболеваемости. Однако несмотря на весь арсенал современных диагностических методов, около 25% пациентов при первичном обследовании имеют IV стадию процесса с метастатическим поражением печени. Комбинированное лечение, включающее оперативное вмешательство и химиотерапию с применением таргетной терапии, является стандартной тактикой лечения данной категории больных. Использование лекарственной терапии позволяет достичь переход нерезектабельных опухолей в резектабельные. Для получения удовлетворительных результатов комбинированного лечения оптимальным методом

является резекция метастатических очагов колоректального рака в печени. В настоящее время малоинвазивный доступ стал основным в хирургии метастатического поражения печени. По данным рандомизированных исследований синхронные резекции первичного очага и печеночных метастазов обладают значительными преимуществами. Малотравматичность и повышение качества жизни являются основными преимуществами в лечении этого контингента больных. Материалы и методы. Были изучены данные о 331 пациенте с раком ободочной и прямой кишки с метастатическим поражением печени, проходившие лечение в условиях ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России в период с 2005 по 2021 гг. Возраст больных составил 44–78 лет. В основную группу вошел 171 пациент, которым выполнялось лапароскопическое вмешательство, в контрольную — 160 больных, которые перенесли открытые операции. Критерии включения: согласие пациента на участие в исследовании, отсутствие у больных сопутствующей патологии в стадии обострения или декомпенсации, верификация процессов, резектабельность метастазов. В основной и контрольной группе исследования женщин (56,4 и 55,3% соответственно) было больше, чем мужчин (43,6% и 44,7). Основную часть составили пациенты с низкодифференцированной аденокарциномой (63,7% в основной группе и 72,4% — в контрольной). Все пациенты в группах имели IV стадию заболевания (T2–4N1M1). Часто выполняемыми оперативными вмешательствами как в основной, так и контрольных группах были: резекция сигмовидной кишки (31,1 и 33,3%), передняя резекция прямой кишки (23,4% и в 22,5% соответственно). В основной группе чаще выполнялись анатомические резекции печени, а в контрольной группе — атипичные резекции печени. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью Statistica 10,0. Результаты и обсуждения. Число послеоперационных осложнений в контрольной группе составило 34 (21,1%), в основной — 23 (14,8%). Использование лапароскопического доступа позволило снизить риск хирургических осложнений (OR=0,13, p=0,001), но привело к росту числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательных систем (OR=4,7, p=0,001), аритмий (OR=3,73, p=0,07), тромбгеморрагических осложнений (OR=2,8, p=0,05), что, вероятно, обусловлено необходимостью наложения карбоксиперитонеума у больных с преморбидной патологией данных систем при выполнении лапароскопического оперативного вмешательства. Общее число осложнений в основной группе составило 42% (68

пациентов), в контрольной группе — 29% (44 пациентов). Общая выживаемость пациентов во всех группах прослеживалась в течение двух лет после операции: в основной группе наблюдается снижение доли выживаемости от 1,0 до 0,23, в контрольной - повышение общей выживаемости по сравнению с группой пациентов с использованием открытого традиционного. Выводы. Использование лапароскопического доступа по сравнению с открытым позволило снизить риск хирургических осложнений, однако, привело к увеличению развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательных систем, аритмий, тромбозоморрагических осложнений. У пациентов в основной группе по сравнению с контрольной наблюдается повышение общей выживаемости.

412. Повторные резекции печени при метастатическом раке толстой и прямой кишки

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е., Бондаренко О.К., Хабжоков Э.К., Толмах Р.Е., Петров Д.С., Савченко Д.А.

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ

Актуальность. У 70% пациентов с резектабельным колоректальным раком с метастатическим поражением печени после хирургического лечения возникает повторное метастатическое поражение печени. В литературе имеются данные об успешном применении повторных резекций печени при метастазах колоректального рака. Цель исследования. Провести анализ собственного материала повторных резекций печени у больных раком прямой и ободочной кишки. Материал и методы. Проведен анализ случаев повторных резекций печени по поводу метастатического поражения у 14 больных колоректальным раком, получавших лечение в ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ с 09.2011 по 06.2021 года. Средний возраст пациентов составил 63,5 лет, патоморфологически у 11 (78,6%) была G2 аденокарцинома. Локализация опухоли в левой половине ободочной кишки была у 8 (57,1%). Стадия первичной опухоли T4 была у 9 (64,3%) больных, метастазы в регионарные

лимфатические узлы (N1-2) были выявлены у 8 (57,1%) больных. У 9 (64,3%) пациентов был диккий тип гена KRAS. Выживаемости больных рассчитывалась по методу множительных оценок Каплана-Мейера. Объемы оперативных вмешательств при резекциях печени в нашем исследовании были функционально-щадящие, без обширных вмешательств на печени с целью сохранения паренхимы печени и увеличения шансов на полноценную адъювантную полихимиотерапию, а также для сохранения возможности повторной резекции печени в случае вновь возникшего метастатического поражения печени. Все пациенты, включенные в исследование, после резекции печени получали курсы адъювантной полихимиотерапии. Результаты. Всем 14 больным были выполнены 2 резекции печени. Три резекции печени были выполнены 7 (50%) больным. Четыре резекции печени были выполнены 1 (7,1%) больному. Интервалы между резекциями печени уменьшались с увеличением числа повторных резекций печени. Так, интервал между первой и второй резекцией печени составил 16,2 месяца, интервал между второй и третьей резекциями печени составил 9,9 месяцев, интервал между третьей и четвертой резекциями печени составил 5 месяцев. Послеоперационных осложнений у пациентов, включенных в настоящее исследование, не было. Среднее число метастазов в печени при первичной резекции было 1,2, при повторной резекции среднее число метастазов в печени было 1,6. После последней резекции печени экстрапеченочные метастазы обнаружены у 8 (57,1%) больных. Прогрессирование опухолевого процесса после повторных резекций печени у выявлено у 8 (57,1%) больных и заключалось в метастатическом поражении легких, забрюшинных лимфоузлов и костей. При резектабельных отдаленных метастазах больным выполнялись оперативные вмешательства. Время наблюдения за больными, перенесшими повторные резекции печени, было до 9 лет 9 месяцев от первой резекции печени. 75% выживаемость больных с повторными резекциями печени составила 34,2 месяцев, 50% выживаемость больных с повторными резекциями печени составила 58,9 месяцев. При анализе влияния различных факторов на выживаемость больных при повторных резекциях печени по поводу метастатического поражения выявлено возможное влияние следующих факторов: метастатическое поражение регионарных лимфоузлов первичной колоректальной опухоли, мутации гена KRAS, синхронное метастатическое поражение печени колоректальным раком. Заключение. Повторные резекции печени при

метастазах рака прямой и ободочной кишки безопасны и обеспечивают хорошие результаты с обеспечением многолетней выживаемости у отдельных больных.

413. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия при доброкачественных и злокачественных опухолях прямой кишки

*Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е.,
Бондаренко О.К., Хабжоков Э.К., Толмах Р.Е.,
Петров Д.С., Савченко Д.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр онкологии» МЗ РФ

Актуальность. Метод трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЕМ) становится все более популярным в связи с наличием таких преимуществ, как малоинвазивность, низкий процент послеоперационных осложнений, а также быстрый восстановительный период и, соответственно, небольшой послеоперационный койко-день. Данный метод превзошел стандартное трансанальное иссечение благодаря прецизионности оперативного вмешательства и наличию доступа к опухолям прямой кишки проксимальной локализации, низкой частоты положительного края резекции. Цель исследований – изучить результаты применения метода трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении доброкачественных и злокачественных опухолей прямой кишки. Методы исследования. В исследование включено 87 больных опухолями прямой кишки, которые получили лечение в ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ в 2012 – 2019 гг. Доброкачественные опухоли прямой кишки были у 35 пациентов. Рак прямой кишки cT1N0M0 был диагностирован у 52 больных пациентов. Диагноз опухоли прямой кишки был установлен по данным фиброколоноскопии с биопсией, патоморфологического исследования, МРТ органов малого таза, эндоректального ультразвукового исследования. Для трансанальной эндоскопической микрохирургии при раке прямой кишки пациентов отбирали по следующим критериям: 1) стадия опухоли прямой кишки cTis-1N0M0; 2) высокая

степень дифференцировки опухоли рака прямой кишки (G1-G2); 3) локализация опухоли до 13 см от анодермального перехода; 4) диаметр опухоли до 3 см; 5) экзофитный рост опухоли; 6) согласие больного на выполнение трансанальной эндоскопической микрохирургии. Доброкачественные опухоли прямой кишки были представлены неворсинчатыми и ворсинчатыми аденомами. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия выполнялась по стандартной методике с помощью операционного ректоскопа, адаптированного к стандартной лапароскопической стойке. Этапы оперативного вмешательства заключались в маркировке границы резекции стенки прямой кишки (с соблюдением отступа от края доброкачественной опухоли не менее 5 мм, при раке прямой кишки – не менее 10 мм); полнослойного иссечения участка стенки прямой кишки с опухолью; ушивания дефекта стенки прямой кишки в поперечном направлении. Результаты. У больных раком прямой кишки интраоперационно возникли 2 (3,8%) случая перфорации стенки кишки с сообщением со свободной брюшной полостью; послеоперационные кровотечения в 2 (3,8%) случаях. Рецидивы рака прямой кишки после трансанальной эндоскопической микрохирургии выявлены у 4 больных (7,7%) (pT1N0M0 – 1 больной, pT2N0M0 – 3 больных; по степени дифференцировки опухоли: G1 - 2 больных, G2 – 2 больных) в сроки от 1,6 до 5,2 года. Все рецидивы опухолей располагались на передней стенке прямой кишки. У больных раком прямой кишки кумулятивная безрецидивная выживаемость составила 0,923, кумулятивная общая выживаемость составила 0,926. У больных с доброкачественными опухолями прямой кишки интраоперационно был 1 (4,3%) случай перфорации стенки прямой кишки; после операции в 1 (4,3%) случае возникла несостоятельность швов прямой кишки. Рецидивы доброкачественных опухолей выявлены у 2 (8,7%) больных с ворсинчатыми опухолями прямой кишки, при аденомах прямой кишки рецидивов выявлено не было (p=1,0). Заключение. Трансанальная эндоскопическая резекция прямой кишки является эффективным методом лечения доброкачественных и ранних злокачественных опухолей прямой кишки с высокими показателями безрецидивной и общей выживаемости больных и низким числом интра- и послеоперационных осложнений.

414. Транзиторная гипокальцемию после операций на щитовидной железе

Александров Ю.К., Беляков И.Е., Дякив А.Д.

Ярославль

ФГБОУ ВО Ярославский государственный
медицинский университет

Актуальность. Послеоперационная гипокальцемию отрицательно влияет на функции многих органов и систем организма человека. По данным литературы частота гипокальцемию после операций на ЩЖ возникает в 5,6%, в основном это транзиторная гипокальцемию, которая корригируется медикаментозно и полностью исчезает спустя некоторое время. Материалы и методы: Были проанализированы результаты лечения 758 пациентов с различной патологией щитовидной железы (опухоли, диффузный токсический зоб, многоузловой зоб). Среди оперированных были 686 женщин (90,5%) и 72 мужчины (9,5%) в возрасте от 17 до 88 лет ($44,3 \pm 14,7$ лет). Были выполнены 238 (31,4%) гемитиреоидэктомий, 119 (15,7%) – резекций ЩЖ и 401 (52,9%) – тиреоидэктомия. У всех пациентов до операции проводили определение уровня тиреоидных гормонов, УЗИ и ТАПБ. У 215 (28,3%) определяли в сыворотке крови уровень витамина Д (норма – более 30 нг/мл) и ионизированного кальция (иСа)(норма – $1,12-1,32$ ммоль/л). Большинство в этой группе (158; 20,8%) составляли женщины старше 45 лет с высокой вероятностью остеопороза. У всех пациентов на 1-3 сутки после операции оценивали общее самочувствие, жалобы, показатели гемодинамики, клинические признаки гипокальцемию (симптомы Хвостека 1,2, симптом Труссо, парестезии, судорожные сокращения мышц). При клинических признаках гипокальцемию определяли иСа. Также уровень кальция изучали в группах риска: пациентки, длительное время принимающие препараты витамина Д, после расширенных операций с иссечением клетчатки с лимфоузлами 6 коллектора шеи, технически сложные операции. У 54 (7,1%) больных был установлен низкий уровень иСа до $0,92-1,10$ ммоль/л ($1,03 \pm 0,16$ ммоль/л). Клинические проявления гипокальцемию отмечались у 24 (3,2%): из них у 18 (2,1%) больных был только симптом Хвостека, у 21 (2,8%) – парестезии, у 7 (0,9%) судороги в икроножных мышцах. Выраженность симптомов гипокальцемию не имела прямо пропорциональной зависимости от содержания иСа в крови. Статистически достоверный диапазон

гипокальцемию при симптоме Хвостека, парестезиях, судорогах и других проявлениях не установлен. Средние показатели содержания иСа в крови были ниже у больных с судорогами по сравнению с группой больных у которых наблюдали только парестезии, а при низких значениях содержания иСа резко проявляется клиническая симптоматика в виде усиления судорожной готовности. К числу объективно подтвержденных причин гипокальцемию относится случайное удаление ОЦЖ. При оценке результатов патоморфологических исследований операционного препарата случайно удаленные ОЦЖ были выявлены в 9 (1,6%) случаях. Явления гипокальцемию развились лишь у 2 пациенток, в обоих случаях она была транзиторной и купировалась приемом (3 месяца) препаратов витамина Д. У всех остальных пациентов - у 558 (98,4%) ОЦЖ в препаратах морфологи не обнаружили, у 52 из них (9,3%) был выявлена гипокальцемию, в том числе у 4 после гемитиреоидэктомий. У 30 больных (55,6% от числа пациентов этой группы) гипокальцемию была установлена лишь при лабораторном исследовании, она не имела клинических проявлений. С учетом этого пациентам была рекомендовано профилактическое применение небольших доз препаратов витамина Д на протяжении 2 месяцев (до стихания локального воспаления и рассасывания кровоизлияний и гематом). У всех пациенток показатели ОК в крови нормализовались в сроки 3-5 недель. После этого с учетом возраста и пола пациентов принимался вопрос об отмене препаратов. Препараты витамина Д пациенты с гипокальцемию принимали с учетом лабораторных данных. Лишь у 2 пациентов с гипокальцемию через 3 месяца после операции регистрировалось снижение уровня ПТГ, в 52 – показатели ПТГ соответствовали норме. Гипокальцемию через 3 месяца на фоне снижения дозы препаратов витамина Д сохранялась у 8 пациенток, через 6 месяцев – у 3 (у всех ОЦЖ в удаленном препарате ЩЖ не выявлены). Эти случаи расценили, как постоянную гипокальцемию. Спустя 1 год после операции препараты витамина Д принимали 86 пациенток (11,3% от числа всех оперированных), в основном по назначению гинекологов и остеопатов в связи с низким уровнем витамина в крови. Таким образом, основными причинами транзиторной гипокальцемию после операций на ЩЖ являлись: отказ перед операцией и сразу после нее от препаратов витамина Д, которые пациенты принимали ранее; отсутствие информации о кальциевом обмене и содержании витамина Д до операции, значительная имбиция

мягких тканей шеи кровью, травматичное выделение или удаление околощитовидных желез. В научной литературе появились предложения рассматривать транзиторную гипокальциемию не как осложнение, а как временный эффект после операций в этой анатомической зоне, если она напрямую не связана с удалением ОЩЖ.

415. Аноректальный варикоз, вызванный портальной гипертензией: дифференциальная диагностика ректальных кровотечений

*Сапронова Н.Г., Косовцев Е.В., Стагниева Д.В.,
Хоронько Е.Ю.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Цель – улучшить результаты диагностики и лечения больных с прямокишечными кровотечениями (ПКК), вызванными осложненной портальной гипертензией (ПГ), проявляющейся варикозной трансформацией в аноректальном венозном бассейне. ПКК, возникающие у пациентов с ПГ, зачастую могут быть расценены как кровотечения из дистальных отделов прямой кишки (анальная трещина, геморрой) с последующей неверной тактикой лечения. Данные кровотечения, конечно же, могут быть вызваны опухолевым или воспалительным процессом в нижеампулярном отделе прямой кишки, сопутствующим циррозу печени (ЦП), однако чаще их причиной является ано-ректальная варикозная трансформация. Диагностическая ошибка может привести к неверной лечебной тактике. Аноректальные вариксы (АРВ) выявляются у 44-89% больных с ЦП и являются следствием формирования подслизистых порто-системных шунтов в результате гепатофугального кровотока, в отличие от анатомических подслизистых артериовенозных коммуникаций, лежащих в основе патогенеза внутреннего геморроя. **Материал и методы.** В период 2018-22 гг. 28 пациентов с ПГ цирротического генеза подверглись фиброколоноскопии, ректороманоскопии в связи с жалобами на выделения крови из прямой кишки. У 45% из них выявлены АРВ. Эти больные проходили

комплексное обследование в связи с подготовкой к проведению операции трансъюгулярного внутривеночного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) по поводу ПГ, осложненной пищеводно-желудочным кровотечением. **Результаты и обсуждение.** Проанализированы результаты селективной флебопортграфии (ретроградной флебографии нижней брыжеечной вены/НБВ), выполненной у 22 пациентов в ходе проведения операции TIPS/ТИПС, из числа которых у 14 (61,1%) при изучении жалоб отмечались клинические проявления АРВ. В ходе исследования ангиографические признаки АРВ, а именно, выраженная варикозная трансформация, отмечена в 6 наблюдениях. Этим пациентам в дополнение к портосистемной шунтирующей операции TIPS/ТИПС осуществлена селективная эмболизация ветвей НБВ, ответственных за кровенаполнение АРВ, рекомендованная в подобных случаях. Послеоперационное ведение, включавшее эндоскопическое исследование, у всех 6 пациентов выявило полную редукцию АРВ и отсутствие их прогрессирования в период наблюдения длительностью до 1 года. Из числа остальных 10 больных, которым селективная эмболизация ветвей НБВ осуществлена не была, прогрессирование клинических проявлений АРВ отмечено у 5 из них. Таким образом, при выявлении АРВ следует отдавать предпочтение активной эндоваскулярной процедуре в виде выполнения селективной эмболизации НБВ при проведении операции TIPS/ТИПС у больных с осложненной ПГ. Процедура позволяет добиться их эффективной редукции. Прослеживание отдаленных результатов длительностью до 1 года не выявило рецидива АРВ и кровотечений.

416. Двухэтапное хирургическое лечение осложненного хронического панкреатита

*Коханенко Н.Ю. (1), Артемьева Н.Н.,
Павелец К.В. (1,2), Кашинцев А.А. (1,4),
Вавилова О.Г. (1,2), Иванов А.Л. (1,3),
Перминова А.А. (1,2), Эшметов Ш.Р. (1)*

Санкт-Петербург

1) ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, 2) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», 3) СПб ГБУЗ «Городская Николаевская больница», 4) СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина».

Актуальность. Рост заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП), проблемы диагностики и лечения осложнений этого заболевания по-прежнему остаются в центре внимания отечественных и зарубежных хирургов - панкреатологов. Осложненное течение ХП наблюдается у 2/3 больных, а летальность у данной категории пациентов достигает 50,0%. Цель исследования. Уточнить показания к двухэтапным операциям с осложненными формами хронического панкреатита и оптимальную операцию при первом этапе лечения. Материалы и методы исследования. Исследовано 183 пациента ХП (основная I группа), которые были оперированы двухэтапно. Мужчин было 148 (80,9%), женщин – 35 (19,1%), средний возраст составил 46+3,4 г. Алкогольный ХП отмечался у 150 (82,0%) больных, билиарный – у 23 (12,6%), посттравматический – у 3 (1,6%), иной природы у 7 (3,8%). Контрольную группу (II группа) составили 96 пациентов, оперированных ранее в один этап на высоте осложнений (инфицированная киста или абсцесс), обострение ХП; 72 (75, 0%) и 24 (25,0%) больных соответственно. Характер и частота осложнений ХП у пациентов обеих групп была схожая (в основной I группе инфицированная киста или абсцесс встретились у 136 (74,3%), обострение ХП – у 47 (25,7%) больных). Следует отметить, что панкреатическая гипертензия имела место у всех пациентов в обеих группах. По полу и возрасту, этиологии ХП больные групп не отличались. В 148 (94,3 %) случаях операция выполнена с использованием минимальноинвазивных технологий под контролем УЗИ и рентгена, и только в 7 (4,6%) случаях дренирование протока ПЖ выполнено традиционно во время операции. В различные сроки послеоперационного периода все

больные, которым первым этапом было произведено только купирование выявленных осложнений ХП, были оперированы: дренирующие операции выполнены 26 (14,2%) больным, резекционные – 157 (85,8%). Анастомоз с ПЖ накладывали на 1 или 2 каркасных дренажах по Фелькеру, если имелись рубцовые стриктуры протока ПЖ и приходилось его бужировать. Эти дренажи в качестве каркаса в закрытом виде держали 1-1,5 месяца (патент на изобретение № 2738192 от 9.12.20). Результаты и обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения во второй группе возникали чаще в 2,7 раза, чем в первой, хотя резекционные операции выполнялись в I группе в 4,8 чаще, чем во II ($p < 0,05$). Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения осложненного ХП, которые нередко приводят к повторным вынужденным хирургическим вмешательствам, во многих случаях обусловлены неадекватностью первичных хирургических вмешательств, техническими дефектами их выполнения и неверно выбранной оперативной тактикой. Таким образом, в качестве первого этапа оперативного лечения осложненных форм ХП могут быть использованы как открытые, так и минимально инвазивные хирургические вмешательства на поджелудочной железе. Данная проблема широко обсуждалась и обсуждается ведущими отечественными и зарубежными панкреатологами. Н.Н. Артемьева с соавт., (1995 – 2018), М.В. Данилов с соавт., (1995-2018), Н.Г. Veger et al., (1990-2018) и др. в своих работах указывают на то, что в случаях обострения панкреатита, при рыхлой ПЖ, наличии гнойно-септических осложнений в парапанкреатической клетчатке наложение панкреатикодигестивного анастомоза невозможно. В таких случаях авторы предлагают выполнять операцию в два этапа: первым из которых необходимо дренировать панкреатический проток наружу. Выводы. 1. Наличие панкреатической гипертензии является показанием лишь для дренирования протока поджелудочной железы. При увеличении головки ПЖ показано выполнение изолированной ее резекции тем или иным способом в зависимости от диаметра панкреатического протока и протяженности стеноза, панкреатодуоденальная резекция показана только при невозможности исключить рак головки поджелудочной железы. 2. Наружное дренирование протока поджелудочной железы следует выполнять при интраоперационном выявлении гнойно-септических скоплений гепатопанкреатобилиарной зоны, выраженном отеке и инфильтрации паренхимы ПЖ, общем тяжелом состоянии больного. При диагностике этих

осложнений до операции проток ПЖ следует дренировать минимально инвазивно. 3. Применение минимально инвазивных вмешательств при осложнениях хронического панкреатита позволяет снизить операционную травму гепатопанкреатобилиарной области, уменьшить количество послеоперационных осложнений в 2,7 раза, снизить койко-день в 2,5 раза, подготовить больного к патогенетической операции и ускорить послеоперационную реабилитацию.

417. Определение объема вмешательства при опухолях щитовидной железы с использованием молекулярно-генетического анализа

Полоз Т.Л. (1), Анищенко В.В. (2,3), Титов С.Е. (4,5)
Веряскина Ю.А. (4)

Новосибирск

1) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Новосибирск», 2) АО медицинский центр Авиценна, группы компаний Мать и Дитя 3) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет 4) ГБУН «Институт Молекулярной и Клеточной биологии» СО РАН

Определение объема хирургического вмешательства при операциях на узловых образованиях щитовидной железы представляет собой особую проблему из-за трудностей дооперационной диагностики ряда патологических процессов. Согласно клиническим рекомендациям 2018 года: «При подтверждении/наличии подозрений по результатам ТАБ папиллярной, фолликулярной, медуллярной или недифференцированной карциномы рекомендуется сразу выполнить хирургическое вмешательство в объеме, адекватном распространенности опухоли» Цитологическое исследование материала ТАБ (тонокоигольной аспирационной биопсии) позволяет с высокой достоверностью диагностировать классические варианты папиллярного, медуллярного рака и недифференцированный (анапластический) рак щитовидной железы, однако, основные проблемы возникают при определении критериев злокачественности опухолей имеющих

фолликулярное строение, при отсутствии явных признаков атипии. Решение проблемы дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных фолликулярных опухолей, а также папиллярного рака с фолликулярным вариантом строения вызывает большие трудности у цитологов и патологоанатомов. Только наличие сосудистой и (или) капсулярной инвазии опухоли является доказательством злокачественности новообразования, однако эти критерии не могут быть установлены в процессе дооперационного исследования. По классификации The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (BSRTC) 2017, группа новообразований, объединенная по критерию наличия фолликулярной пролиферации, включая также фолликулярный вариант папиллярного рака и даже пролиферацию фолликулярного эпителия в зобе, отнесена к категории Bethesda IV: «Подозрение на фолликулярную опухоль», при которой рекомендовано выполнение молекулярно-генетического анализа (МГА) или гемитиреоидэктомия, являющаяся в данной ситуации, диагностической операцией. Целью нашего исследования было выделение и анализ экспрессии миРНК материале ТАБ, для определения потенциала злокачественности опухолей щитовидной железы при неопределенном цитологическом заключении, и соответственно, дальнейшей клинической тактики. Было выполнено молекулярно-генетический анализ препаратов, полученных при ТАБ узловых образований щитовидной железы у 118 пациентов с категорией Bethesda IV (подозрение на фолликулярную или Гюртлеклеточную опухоли) из которых у 35 (305) пациентов были выявлены маркеры злокачественности. После выполненного хирургического вмешательства и окончательного гистологического исследования удаленной ткани щитовидной железы у них был подтвержден диагноз злокачественной опухоли, в том числе фолликулярный рак с минимальной инвазией, Гюртлеклеточный рак и фолликулярный вариант папиллярного рака ЦЖ. Применение диагностической панели молекулярных маркеров в цитологических препаратах позволяет повысить точность ТАБ при исследовании узловых образований щитовидной железы для определения дальнейшей тактики ведения больного на дооперационном этапе.

418. Пути улучшения результатов лечения местно-распространенного рака верхней челюсти

*Ульянова Ю.В., Волкова В.Л., Чертова Н.А.,
Пустовая И.В., Баужадзе М.В.*

Ростов-на-Дону

ФГБУ "НМИЦ онкологии" МЗ РФ

Актуальность. Проблема лечения злокачественных опухолей верхней челюсти до настоящего времени остается актуальной в виду сложности ее решения, а также получаемых неудовлетворительных результатов. Пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении местно-распространенных злокачественных опухолей верхней челюсти составляет 18-35%, при комбинированном лечении – 77,5%. Рецидивы возникают в течение первого года с момента специального лечения приблизительно у 50% больных. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных злокачественными местно-распространенными опухолями верхней челюсти. Материалы и методы: Клинический материал представлен 20 больными местно-распространенным раком верхней St III-IVA(T3-4aN0-2M0)Кл.гр.2. Гистотип опухоли был представлен в 100% случаев плоскоклеточным раком. Все больные, включенные в исследование, были без предшествующего специального лечения, находились на лечении в отделении опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ. В зависимости от использованного метода лечения все больные были разделены на 2 группы (1 – внутриопухолевая химиотерапия, комбинированное лечение; 2 – традиционное комбинированное лечение). Методика эндотуморальной АГХТ заключалась во взятии у пациента путем венепункции 5 мл крови в шприц с добавлением 5 ЕД/мл гепарина, инкубации ее с химиопрепаратами при 37° С в течение 30 мин и последующим введением полученной смеси в опухоль верхней челюсти. При этом использовались следующие дозы химиопрепаратов: метотрексат - 50 мг/м²; блеомицин - 60 мг/м². Эти химиопрепараты вводилось всем больным эндотуморально в течение 5 дней. Полученные результаты. Использование внутриопухолевой химиотерапии в комплексном лечении местно-распространенных раков верхней челюсти St III-IVA(T3-4aN0-2M0), позволило достигнуть частичной

регрессии опухоли у 20% больных и стабилизации опухолевого процесса у 80% больных. При этом выявлено снижается радиорезистентности опухоли, отсутствие развития системных побочных реакций и иммуносупрессивного эффекта. Обсуждение. Обнаружено, что до начала лечения активность катепсина D достоверно не отличалась от таковой в интактной ткани, тогда как активность кислотостабильных ингибиторов (КСИ) и антитриптическая активность (АТА) была в 1,7 и 1,5 раза, соответственно, выше, чем в интактной ткани и ткани злокачественных опухолей. Значения коэффициентов «катепсин D/КСИ» и «катепсин D/АТА» были снижены в сравнении со значениями для интактной ткани на 23,6 % и 34 %, соответственно, а в сравнении со значениями для ткани опухоли – в 2,2 и 2,5 раза. Эндотуморальная химиотерапия снижает в ткани опухоли исходно повышенную активность гидролитической системы и антиокислительных ферментов, угнетает пролиферативный и инвазивный потенциалы злокачественной опухоли, ее метаболическую активность, и способствует преодолению резистентности опухоли к цитостатикам. Выводы и рекомендации. Внутриопухолевую эндотуморальную химиотерапию целесообразно применять на первом этапе комплексного лечения местно-распространенного рака верхней челюсти, поскольку это позволяет улучшить непосредственные и ближайшие результаты лечения этой категории больных.

419. Ранняя диагностика послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии.

*Попов Ю.П., Переходов С.Н., Попов П.А.,
Конопля А.Г., Дубовицкий К.И.*

Москва

Московский Государственный Медико-стоматологический Университет
им. А.И. Евдокимова.

Введение. Проведен комплексный анализ целесообразности и обоснованности клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, выполняемых в первые часы послеоперационного периода. Сформированы

прогнозы вероятности возможности развития абдоминальных осложнений в раннем послеоперационном периоде. После формирования прогностический не благоприятного прогноза оценивалась целесообразность проведения дальнейшего динамического наблюдения, консервативного лечения и насколько своевременно выставлялись показания для проведения повторного оперативного лечения. Учитывая тот факт, что наиболее частыми причинами повторных операций на органах брюшной полости являются такие осложнения как: ранняя спаечная или странгуляционная кишечная непроходимость, различные варианты ущемления петель тонкой кишки в дефектах апоневроза, как после лапаротомных, так и лапароскопических операций, а также различные виды несостоятельности швов. При всех возможных осложнениях начальным синдромом при развитии послеоперационных осложнений в брюшной полости чаще всего бывает синдром кишечной гипертензии, когда повышается давление в просвете петель тонкой кишки. Учитывая данный факт, более чем у половины проанализированных пациентов удалось выявить данную закономерность в первые часы, что могло служить показанием для выполнения раннего оперативного вмешательства, по устранению данных осложнений. Симптоматические, отражающие морфофункциональные и клинические изменения в раннем послеоперационном периоде всем известны, но они зачастую незаметны и противоречивы, заставляя сомневаться в их точности и достоверности, поэтому осложнения в абдоминальной хирургии диагностируются с большим опозданием, а зачастую в стадии септических осложнений и тяжелой интоксикации. В тоже время эффективность и ценность раннего послеоперационного мониторинга и диагностики подразумевает лабораторное и клинично-инструментальное выявление осложнений в первые часы послеоперационного периода. Основная причина всех летальных исходов у каждого третьего умершего является трудная диагностика и позднее начало лечения послеоперационных осложнений, в результате чего развиваются необратимые изменения, эндогенная интоксикация вплоть до полиорганной недостаточности. **Материал и методы.** На клинических базах кафедры госпитальной хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова (КМЦ «Кусково», ГКБ №68, ГКБ №40) в период с 2019-2022 г. проведен ретроспективный анализ 93 историй болезни у пациентов потребовавших повторные хирургические вмешательства после операций на

органах брюшной полости. Произведен анализ результатов лечения, объем инструментальных обследований при подозрении на наличие послеоперационных осложнений, их обоснованность, сроки выполнения, а также их ценность в аспекте принятия решения для выполнения повторного оперативного лечения. Как наиболее частые осложнения нами были выделены ранняя спаечная и странгуляционная тонкокишечная непроходимость, ущемление петель тонкой кишки в дефектах апоневроза при неадекватном ушивании или в области посттравматических ран, особенно тех, через которые проводилось удаление органов. При анализе материала было установлено, что при любых видах осложнений рентгенологические симптомы (изолированное вздутие тонкой кишки, чаши Клойбера, симптом пере-мещения жидкости в петлях кишок) появлялись лишь через 10-12 часов, в связи с чем диагностическая ценность рентгенологических симптомов на ранних этапах патологического процесса в целом была невелика и зачастую расценивалась как послеоперационный парез. Результаты и достоверность рентгенологического исследования улучшались при прогрессировании процесса, однако время до постановки окончательного диагноза возрастало. Выполнение динамического рентгенологического исследования с барием, в целях уточнения диагноза, в клинически неясных случаях, значительно повышало вероятность более точной установки диагноза, как на ранних, так и на поздних этапах осложнений. Рентгенологический контроль в первые часы послеоперационного периода при синдроме кишечной гипертензии позволял установить или заподозрить не более 20% развития возможных осложнений. Учитывая сохраняющийся высокий процент диагностически неясных случаев, особенно на ранних этапах патологического процесса, заставил нас обратить пристальное внимание на возможности ультразвуковой диагностики. При использовании ультразвуковых исследований в диагностике синдрома кишечной гипертензии мы обратили внимание на тот факт, что УЗ-признаки непроходимости, такие как переполнение кишки с растяжением ее просвета, отек и утолщение стенки, изменение характера перистальтики и т.д., появляются уже на 4-6 час послеоперационного периода. Ведущими ультразвуковыми признаками ранних проявлений осложненного течения были антиперистальтика и симптом внутрипросветного депонирования жидкости, что удавалось выявлять более чем у 70% пациентов в первые 8 часов. Изучении клинично-лабораторных показателей позволило установить

достаточно быстрое развитие метаболического алкалоза, выраженного нарушения электролитного обмена, дегидратации и повышению общего бикарбоната, уже на ранних стадиях развития кишечной гипертензии при наличии осложнений. Нарушения функции внутренних органов носили субкомпенсированный характер, а признаки воспалительных изменений, как клинических, так и лабораторных могли полностью отсутствовать или трактоваться как нормальное течение послеоперационного периода. Комплексный целенаправленный лабораторный и инструментальный мониторинг состояния пациентов в раннем послеоперационном периоде позволяет диагностировать явления кишечной гипертензии, которые могут быть первым признаком таких абдоминальных осложнений как спаечная или странгуляционная кишечная непроходимость, ущемление петель кишки в дефектах апоневроза при несостоятельности швов или в области посттракарных ран, а так же гематомы и др., в ближайшие часы от момента их возникновения при отсутствии явных клинических проявлений. По совокупности полученных инструментальных данных может быть принято решение о переходе к следующему этапу диагностических исследований на более сложном уровне. При анализе данных в качестве последнего этапа предшествующего релапаротомии в диагностике ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений следует отдавать лапароскопии, ввиду малоинвазивности, высокой информативности, скорости выполнения, а так же возможности устранения более 65% осложнений лапароскопическим способом, как после лапароскопических, так и лапаротомных операций. В зависимости от ситуации, возникающей при оперативном вмешательстве и в раннем послеоперационном периоде, диагностическая лапароскопия после абдоминальных вмешательств может выполняться в двух вариантах: экстренная и контрольная динамическая. Это обусловлено как наибольшей информативностью исследования при указанных осложнениях, так и дефицитом времени в подобных случаях. Необходимость выполнения контрольной динамической лапароскопии устанавливаются на основании операционных данных при прогнозируемом высоком риске возникновения внутрибрюшного осложнения. При этом визуальный контроль патологического процесса в брюшной полости облегчает своевременную диагностику развившейся патологии. Учитывая данные повторных операций, контрольную динамическую лапароскопию предлагается выполнять после операций,

произведенных на фоне тяжелых форм перитонита и по поводу мезентериального тромбоза. Данный способ не только прост технически, но и позволяет свести к минимуму риск дополнительного инфицирования брюшной полости. Изменения в брюшной полости, возникающие после оперативного вмешательства, в значительной степени затрудняют выполнение лапароскопии. К числу их, в первую очередь, относятся послеоперационный парез и спаечный процесс, которые зачастую обосновывают противопоказания к лапароскопии, ввиду увеличения риска повреждения органов брюшной полости и необходимости назоинтестинальной интубации. Однако учитывая послеоперационные данные более половины всех повторных открытых операций возможно было выполнить лапароскопическим способом, ввиду единичных спаек или отсутствия показаний для интубации тонкой кишки. Полученные данные позволяют рекомендовать выполнение лапароскопии во всех случаях послеоперационных осложнений, при которых требуется оперативное лечение, однако следует отдавать предпочтение использованию метода Хассона при вхождении в брюшную полость и рекомендовать предвари-тельное выполнение УЗИ с целью определения свободной от висцеропариетальных сращений зоны брюшной полости так называемого акустического окна и в этой области устанавливать первый троакар. Современный уровень развития видеолaparоскопических технологий позволяет использовать их при лечении различных внутрибрюшных осложнений, возникших после открытых и эндовидеохирургических вмешательств. Эффективность их применения при лечении ран-них послеоперационных осложнений достигает 90%, что определяется опытом оперирующего хирурга, техническим совершенством видеоэндоскопического оборудования и своевременностью выполнения вмешательства. Выводы. Диагностику ранних послеоперационных осложнений необходимо проводить с первых часов наблюдения, контролируя клинико-лабораторные показатели и данные инструментальных методов исследования. Как наиболее информативный метод диагностики в первые часы следует считать УЗИ органов брюшной полости с оценкой синдрома кишечной гипертензии, как предвестника возможных послеоперационных осложнений. При выполнении рентгенологического исследования следует отдавать предпочтение исследованию с контрастом для оценки пассажа в динамике. При возникновении обоснованных подозрений первым

этапом выполнять диагностическую лапароскопию, как универсальный, высокоинформативный и малотравматичный метод, при отсутствии весомых показаний для открытой операции. Устранение urgentных осложнений лапароскопическим способом наиболее предпочтительно, ввиду меньшей травматичности и снижения рисков послеоперационных осложнений при повторных операциях.

420. Критерии наблюдения пациентов с метаплазией Баррета

Полоз Т.Л. (1), Титов С.Е. (2,3), Платонов П.А. (1)
Веряскина Ю.А. (2), Бубнов И.В. (4)

Новосибирск

1) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Новосибирск», 2) ГБУН «Институт Молекулярной и Клеточной биологии» Сибирского отделения РАН, 3) АО «Вектор-Бест», 4) АО медицинский центр Авиценна, группы компаний Мать и Дитя

Актуальность. Рост заболеваемости аденокарциномой пищевода связывают с развитием кишечной метаплазии при пищеводе Барретта, которая является наиболее частой причиной малигнизации. Аналогично с развитием опухолевых процессов на фоне кишечной метаплазии в слизистой желудка, происходит трансформация кишечного эпителия пищевода Барретта с образованием внутриэпителиальной неоплазии (ВЭН) и рака. Проблемы дифференциальной диагностики ВЭН с другими патологическими процессами, связаны с реактивными и репаративными изменениями тканей при эрозированной слизистой пищевода. Разработка новых методик для как можно более раннего выявления опухолевых и предопухолевых процессов в слизистой пищевода является актуальной задачей, решить которую можно с применением молекулярно-генетических исследований. Выявление экспрессии определенных видов миРНК может дополнить рутинное морфологическое исследование в качестве онкомаркеров, с целью выявления возможного развития злокачественных опухолей на фоне метаплазии Барретта. Цель исследования -

изучение перспективности классификатора, основанного на профилировании миРНК в гистологических образцах ПБ, с последующим применением полученной панели миРНК в материале браш-биопсий для определения потенциала злокачественности и тактики лечения. Материал и методы. В работе исследованы 30 образцов архивного гистологического материала и 30 препаратов материала браш-биопсии со слизистой пищевода полученные при эзофагогастроскопии у пациентов с морфологическим диагнозом ПБ. Для разделения образцов на «злокачественные» и «доброкачественные» был использован классификатор из 6 миРНК, разработанный при исследовании изменений слизистой желудка при раке и дисплазии. Уровень экспрессии микроРНК-145-5p, -150-5p, -21-5p, -31-5p, -34a-5p, -375 определялся с помощью ОТ-ПЦР в реальном времени. Стратификацию образцов на разные группы проводили с помощью алгоритма построения дерева принятия решений C-RT. В результате применения полученного классификатора к гистологическим образцам пищевода Барретта, 15 (58%) образцов были классифицированы как рак, 5 (19%) как дисплазия эпителия, и только 6 образцов (23%) как нормальная слизистая. Полученные данные позволяют предположить, что кишечная метаплазия слизистой пищевода по молекулярному профилю аналогичны изменениям в слизистой желудка при раке, и в этой группе пациентов существует высокий риск развития аденокарциномы. Использование полученного классификатора из набора миРНК (145, -150, -20a, -21, -31, -34a, -375) для исследования образцов слизистой у пациентов с ПБ, дает возможность для применения этих молекулярных маркеров в качестве дополнительного метода при дифференциации опухолевых и предопухолевых изменений тканей. Определение экспрессии миРНК в материале браш-биопсий слизистой пищевода перспективно в плане динамического наблюдения за пациентами с метаплазией Барретта.

421.Нарушения в системе гемостаза у больных после хирургического лечения по поводу злокачественных новообразований орофарингеальной зоны, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19

*Гуськова Н.К., Пустовая И.В., Волкова В.Л.,
Ульянова Ю.В., Чертова Н.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБУ "НМИЦ онкологии" МЗ РФ

Актуальность. Анализ показателей, характеризующих состояние системы гемостаза у больных, оперированных по поводу злокачественных новообразований орофарингеальной зоны, ранее перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 представляет особый интерес с точки зрения прогноза тромботических осложнений и их профилактики в послеоперационном периоде. Материалы и методы. Изучены результаты обследования 60 пациентов, прооперированных по поводу злокачественных новообразований полости рта. Медиана возраста $64,1 \pm 11,2$ лет. Больные разделены на 2 группы: I - 30 больных, перенесших Covid-19 (12 женщин, 18 мужчин), II - 30 пациентов, не болевших COVID-19 (13 женщин, 17 мужчин). Исследованы данные стандартной коагулограммы и маркеров тромбинемии: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), фибриноген, тромбиновое время (ТВ), антитромбин III, Д-димер (STA Compact, Франция). Исследования проведены до выполнения хирургического вмешательства, на 5 и 7 сутки после операции. Статистическая обработка в программе STATISTICA 13.0. Полученные результаты. До оперативного вмешательства показатели плазменного звена гемостаза у всех больных не выходили за пределы референтных значений и составили в I группе: АЧТВ – $29,5 \pm$ сек, ПВ – $13,24 \pm 1,17$ сек, ТВ – $16,88 \pm$ сек; во II-й – АЧТВ – $32,47 \pm 2,40$ сек, ПВ – $13,69 \pm 0,65$ сек, ТВ – $15,36 \pm$ сек. соответственно. Отмечено увеличение уровня маркеров тромбинемии, более выраженное в I группе: уровень фибриногена составил $5,27 \pm$ г/л, РФМК – $22,83$ мг/100 мл, Д – димеров – $1,5$ мкг/мл FEU. Во II группе значения составили: фибриноген – $4,5$ г/л, РФМК – $12,2$ мг/100 мл, Д-димеры – $0,36$ мкг/мл FEU ($p < 0,05$). Более высокие исходные значения в I группе указывают на повышение риска развития тромботических осложнений. На 5 сутки после операции отмечается увеличение фибриногена в 1,5 раза до $7,73 \pm 1,071$ г/л и фибрин-

ассоциированных маркеров тромбинемии: РФМК – до $28,0 \pm 5,45$ мг/100 мл и Д-димеров до $3,40 \pm 0,46$ мкг/мл FEU ($p < 0,05$), носящее длительный характер и сохраняющееся до 7-10 дней после операции. Это приводит к снижению уровня АТ III до $77,5 \pm$ % и к развитию его дефицита. Значимых изменений АЧТВ, ПВ и ТВ не отмечено. Обсуждение. С учетом перенесенной инфекции COVID-19 и признаков повышенной тромботической готовности пациенты I группы нуждались в проведении усиленных схем антитромботической терапии с удлинением сроков пребывания в стационаре. Во II группе после операции также отмечается повышение показателей, но выраженное в меньшей степени и носящее кратковременный характер: фибриноген до $5,05 \pm$ г/л, РФМК до $16,4$ мг/100 мл, Д – димеров до $0,67$ мкг/мл FEU, что не приводит к дефициту АТ III ($93,4 \pm$ %). Изменений АЧТВ и ТВ не отмечено. Отмеченные изменения были ожидаемы с учетом онкологического профиля больных и объема выполненного оперативного вмешательства. Пациенты II группы получили стандартный курс антикоагулянтной терапии, эффективность которого подтверждалась удлинением протромбинового времени ($15,78 \pm$ сек.) в сравнении с исходными данными ($12,9 \pm$ сек) и результатами больных I группы после операции ($13,69 \pm 0,65$ сек.). Выводы и рекомендации. Пациенты со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны, перенесшие COVID-19, требуют индивидуального подхода с регулярным контролем уровня фибриногена и фибрин-ассоциированных маркеров тромбинемии РФМК и Д-димеров, что может снизить риск развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде.

422.К вопросу об инфекционных осложнениях хирургического лечения местнораспространенных злокачественных опухолей головы и шеи

Куцевалова О.Ю., Волкова В.Л., Ульянова Ю.В.,
Чертова Н.А., Панова Н.И., Пустовая И.В.,
Баужадзе М.В.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "НМИЦ онкологии" МЗ РФ

Актуальность. Инфекционные осложнения являются одной из основных причин осложнения течения послеоперационного периода, необходимости повторных хирургических вмешательств, ухудшают качество жизни больных, приводят к более длительному периоду пребывания больного в стационаре, нередко приводят к смерти онкологических пациентов. За последние годы многие авторы отмечают увеличение числа послеоперационных инфекционных осложнений у онкологических больных, что связано расширением объемов оперативных вмешательств, длительностью операций, все более широким использованием пластических и реконструктивных операций, а также увеличением числа резистентных микроорганизмов. Материалы и методы. Была изучена этиологическая структура возбудителей послеоперационных осложнений у 62 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России. Полученные результаты. По частоте встречаемости возбудители распределились следующим образом: грамотрицательные бактерии 37,5%, микроскопические грибы составили 34,3%, грамположительные бактерии 28,1%. Микст-инфекция была выявлена у 11 пациентов, что составило 19,4% от общего количества пациентов, что утяжеляло клинику и пролонгировало течение заболевания. Наибольшую роль в формировании смешанной инфекции играли 2-компонентные ассоциации микроорганизмов (80,0%), значительно реже 3-компонентные (20,0%). Основными ассоциантами микст-инфекции являлись: грамотрицательные бактерии (*K.pneumoniae*, *E. coli*, *E. cloacae* и *P.aeruginosa*), дрожжевые грибы р. *Candida* (*C.dubliniensis*, *C.kefyr*, *C.tropicalis*), в единичном случае *A.flavus* и грамположительные бактерии (*S.aureus*, *E.faecalis*). Обсуждение. В структуре микроорганизмов доминировали дрожжевые грибы *C. albicans* (17,2%). Частота встречаемости *P.aeruginosa*, *Enterococcus spp.*,

Enterobacter spp., *Candida non albicans* и *Staphylococcus coagulase-negative* (*Staphylococcus CN*) распределилась по 9,4%, *S. aureus* - 7,8% от общего числа. В число остальных, наиболее часто выделяемых микроорганизмов также вошли *A.baumannii* и *E.coli* по 6,2%, *K. pneumoniae* и дрожжевой грибок *Stephanoascus ciferrii* по 4,7%. Частота встречаемости других возбудителей, в частности, *S. pneumoniae*, штаммы мицелиальных грибов *A.flavus* была значительно ниже и не превышала 3,1%. Среди грамотрицательных бактерий чаще выделяли микроорганизмы, относящиеся к семейству *Enterobacteriaceae* (20,3%). Отмечена высокая частота детекции у них БЛРС (53,8%), за счет штаммов *K. pneumoniae* и *E. coli*. Частота выделения грамотрицательных неферментирующих бактерий составила 17,2%. Устойчивость штаммов *A. baumannii* и *P. aeruginosa* к карбапенемам составила 18,2%. Среди *Candida spp.* частота обнаружения *C. albicans* составила 17,2%, в то время как *C. non-albicans* – 9,4%. Спектр *C.non - albicans* был разнообразным и включал штаммы: *Candida dubliniensis* (3,1%), *C. parapsilosis*, *C. kefyr*, *C. tropicalis*, *C. glabrata* по 1,6%. Выводы и рекомендации. Исследование продемонстрировало разнообразие микроорганизмов, частоту встречаемости микст-инфекции, вызывающих послеоперационные осложнения у пациентов с опухолями головы и шеи. В структуре возбудителей зарегистрировано некоторое преобладание грамотрицательных бактерий, отмечена высокая частота детекции БЛРС у энтеробактерий, выявлено расширение в спектре за счет грамотрицательных неферментирующих бактерий, устойчивых к карбапенемам. Среди грамположительных бактерий ведущая позиция сохраняется за штаммами *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus CN* и *S.aureus*. Отмечено разнообразие микромицетов, в частности, за счет высокой встречаемости грибов р. *Candida*. Таким образом, во всех случаях возникновения послеоперационных осложнений у пациентов с опухолями оро-фарингеальной зоны в предоперационном периоде следует определять вид возбудителя и его чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам перед началом терапии.

423. Влияние иммунофенотипа опухоли на отдаленные результаты циторедуктивных вмешательств у больных метастатическим колоректальным раком

Сазонов А.А., Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
кафедра факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова

Актуальность. Высокая распространенность и поздняя диагностика новообразований толстой кишки не позволяют усомниться в актуальности проблемы оказания хирургической помощи больным колоректальным раком с метастатическим поражением печени. Резектабельность вторичных очагов у данной категории пациентов не превышает 20%, что создает объективные трудности для реализации хирургической тактики. Одним из немногочисленных вариантов последней в таких случаях является выполнение паллиативных циторедуктивных операций, объем которых ограничивается удалением первичной опухоли. Однако до настоящего времени не выработаны четкие показания к их применению. Цель исследования. Определить показания к выполнению паллиативных резекционных вмешательств у больных IV стадией рака толстой кишки с нерезектабельными метастазами в печени путем оценки молекулярно-биологических свойств аденокарциномы. Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения 40 пациентов с синхронными метастазами колоректального рака в печени (IVa стадия по TNM8). У всех больных были диагностированы множественные метастазы в обеих долях печени, с объемом поражения ее паренхимы более 70%. Первичная опухоль в 60% случаев локализовалась в ободочной кишке, а у 40% больных в прямой кишке и соответствовала аденокарциноме G1-2. Признаки лимфогенной диссеминации имелись у 25% пациентов. В рамках циторедуктивных пособий удаляли только первичный очаг неоплазии с выполнением D2 лимфодиссекции. Для оценки иммунофенотипа опухоли выполняли иммуногистохимическое исследование удаленных препаратов. Изучали экспрессию рецептора к хемокинам CXCR4, а также пролиферативную активность стволовых раковых клеток который, которые согласно современным концепциям канцерогенеза, характеризуют метастатический потенциал аденокарциномы. С помощью корреляционного анализа оценивали влияние изучаемых маркеров на показатели

выживаемости больных. Результаты. Установлено, что высокий уровень экспрессии изучаемых маркеров (>70%) коррелирует с уменьшением продолжительности жизни больных. Ее медиана при таком иммунофенотипе опухоли составила менее 9 месяцев, в то время как у пациентов с низким уровнем экспрессии данных маркеров этот показатель составил более двух лет ($p < 0,05$). Таким образом, прослежена достоверная обратная связь между уровнем экспрессии рецептора к хемокинам CXCR4, а также пролиферативной активностью стволовых раковых клеток и продолжительностью жизни пациентов после паллиативных резекционных вмешательств. Обсуждение. Исследования, посвященные проблеме циторедуктивной хирургии у больных с нерезектабельными метастазами рака толстой кишки в печени до сих пор немногочисленны, а приводимые в них показатели выживаемости пациентов значительно различаются, несмотря на одинаковый объем вмешательств. Вероятно, это связано с отсутствием системного подхода к определению показаний для их выполнения. При поиске критериев отбора больных основной акцент делается на таких факторах, как локализация и размер метастазов. Однако, более важным инструментом для определения онкологической обоснованности циторедуктивных вмешательств представляется оценка молекулярно-биологических свойств опухоли. Это подтверждается и результатами настоящей работы, которые свидетельствуют о влиянии иммунофенотипа аденокарциномы на отдаленные результаты хирургического лечения. Вывод. Высокая пролиферативная активность стволовых раковых клеток, а также высокий уровень экспрессии рецептора к хемокинам CXCR4, определяемые с помощью иммуногистохимического исследования биоптатов опухоли, позволяют аргументировать показания к циторедуктивным операциям у больных IV стадией рака толстой кишки с нерезектабельными метастазами в печени.

424.Способ диагностики размера пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы осложненной рефлюкс-эзофагитом

Дергаль С.В., Стаханова О.И., Мазоха А.В., Шестеркин А.Ю.

Самара

ГБУЗ СГКБ № 8

В настоящее время хирургическое лечение ГПОД включает с себя коррекцию пищеводно–желудочного перехода, пластику пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), воздействие на кислотопродуцирующую функцию желудка. В современной литературе большое внимание уделяется способам пластики ПОД. Одни авторы рекомендуют уменьшать размеры ПОД местными тканями, другие используют для этого аллотрансплантат, объясняя это тем, что не всегда при большом размере ПОД возможно без натяжения уменьшить его размеры. При этом, ПОД диафрагмы более 20 см², считается большим и как показано во многих исследованиях пластика местными тканями невозможна из-за значительного их натяжения и высокой степени рецидива заболевания, в таких случаях рекомендуется использовать аллотрансплантат. В большом количестве публикаций предложены различные способы измерения размеров ПОД. Они выполняются либо непосредственно во время операции, либо до операции но с использованием инвазивных методик, либо с использованием высокотехнологичны дорогостоящих и длительных во времени методик. Целью исследования стало разработать дооперационный способ прогнозирования размеров ПОД. Были изучены результаты хирургического лечения 42 пациентов которым во время операции по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) осложненной рефлюкс-эзофагитом (РЭ) измерили площадь ПОД. Их разделили на 2 группы в зависимости от размеров ПОД. Первую группу (8 человек) составили пациенты с размерами ПОД более 20 см². Вторую группу (34 человека) - пациенты с размерами ПОД менее 20 см². Проанализированы результаты дооперационного рентгенологического исследования этих 42 пациентов. У 8 пациентов первой группы, при первоначальном рентгенологическом исследовании газовый пузырь желудка либо отсутствовал, либо находился в нетипичном для него месте (по средней линии за пищеводом, выше

уровня диафрагмы, в заднем средостении). У всех 34 пациентов второй группы газовый пузырь желудка находился в типичном месте (в левом поддиафрагмальном пространстве). На основании полученных результатов нами был предложен простой и неинвазивный способ дооперационного обследования пациента, позволяющий прогнозировать размеры ПОД. Суть способа в следующем, при появлении у пациента клиники ГПОД с РЭ, ему выполняли ФГС, этим исследованием, подтверждали РЭ. Затем выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости, отсутствие газового пузыря желудка в типичном месте у неоперированного больного свидетельствует, что площади ПОД более 20 см. На основании этого еще до операции возможно прогнозировать способ пластики ПОД.

425.Результаты применения TAR-technique при лечении гигантских послеоперационных вентральных грыж

Первова О.В., Черданцев Д.В., Ефремов Б.И., Попов А.Е.

Красноярск

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Актуальность. Применение стандартных методов хирургического лечения у больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами (ПОГ) с синдромом потери домена сопряжено с высокими рисками неблагоприятного исхода и осложнений, как со стороны пациента, так и со стороны области хирургического вмешательства. Материал и методы. Проспективное исследование лечения 72 пациентов с ПОГ с синдромом потери домена после перенесенной радикальной протезирующей герниопластики с применением задней сепарации компонентов передней брюшной стенки ? TAR-technique (Transversus Abdominal muscle Release) с периодом наблюдения от 3 месяцев до 5 лет. Средний возраст 57±18 лет. Оценивался исходный коморбидный статус, необходимость в подготовительных мероприятиях и симультанных объемах оперативного вмешательства. Результаты и обсуждение. Всем пациентам была выполнена

радикальная протезирующая пластика дефекта передней брюшной стенки с применением TAR-technique. Размер протеза составил от 30х30 см до 60 х75 см. Средняя площадь грыжевого дефекта составила $614,5 \pm 23,6$ см². У 67% пациентов имелось ожирение 2-3 степени, у 72% - патология сердечно-сосудистой системы, у 24% - сахарный диабет 2 типа, у 26% - бронхиальная астма, ХОБЛ. Симультанное вмешательство было выполнено у 20 пациентов (27,8%). Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 275 ± 45 мин. Необходимость в реанимационном наблюдении потребовалась 12 первым пациентам. Что составила 16,7%, остальные больные были экстубированы на операционном столе и наблюдались в профильном хирургическом отделении. Все пациенты были активизированы в первые сутки после операции, дренажи, в среднем удалялись на 4 сутки. Средний послеоперационный койко-день составил 7 ± 1 суток. Осложнения со стороны раны были выявлены у 9,7% больных (в 4-х случаях – серомы послеоперационного рубца, в 3-х – имелось нагноение п/о швов, при этом эндопротез был компрометирован только у одного больного, что потребовало применения вакуум-повязки). Сетчатый эндопротез удалось сохранить во всех случаях). Рецидивы были зарегистрированы у 2-х пациентов, в одном случае причинами явились тяжелый коморбидный фон и недостаточная аугментация протезом передней брюшной стенки, во втором – нагноение области хирургического вмешательства. В обоих случаях были выполнены повторные вмешательства. Системные осложнения зафиксированы у 3-х больных: у одного – ТЭЛА, у двух – острая задержка мочи, хирургическое вмешательство потребовалось в одном случае, остальные были купированы консервативно. Летальных исходов не было. Выводы. Представленные результаты свидетельствуют о том, что применение задней сепарации компонентов передней брюшной стенки с применением TAR-technique и широкой аугментацией сетчатого эндопротеза у пациентов с ПОГ с синдромом потери домена и отягощенным коморбидным статусом, обладает высокой эффективностью и является операцией выбора у пациентов со «сложными» грыжами. В тоже время, результаты хирургического вмешательства во многом определяются опытом хирурга и в большинстве случаев требуют коррекции исходного статуса пациента для снижения риска осложнений.

426. Характеристика осложнений при различных видах бариатрических операций и манипуляций.

Гладкий Е.Ю., Гуменюк С.Е., Гладкая Е.А.

Краснодар

ЧУЗ "КБ "РЖД- Медицина" г. Краснодар

Актуальность. Проблема ожирения в современном мире давно перестала быть только эстетическим недостатком, вовлекая в патологический процесс практически все органы и системы человеческого организма, ожирение вызывает сахарный диабет, гипертоническую болезнь, ИБС, артрозы, метаболический синдром, в итоге сокращает жизнь. Морбидное ожирение (МО) кратно увеличивает риск развития онкологических заболеваний, отрицательно влияет на репродуктивную функцию мужчин и женщин. Возникшая около 60 лет назад бариатрическая хирургия по праву заняла ведущее место в лечении морбидного ожирения, метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа. Ежегодное увеличение количество бариатрических операций в мире, вовлекает в процесс молодых специалистов-хирургов с неотъемлемой «кривой обучения» включающей определенное количество осложнений. Процент осложнений после осуществления бариатрических операций, на сегодняшний день сравним с такими же показателями после стандартных общехирургических операций. Актуальность вопроса осложнений после бариатрии имеет особую важность в связи с более тяжелым течением осложнений у больных с МО, нередко приводящей к инвалидизации и даже летальности. Материалы и методы. Имея 16-летний опыт работы с бариатрическими пациентами, на базе в хирургического отделения №1 ЧУЗ «КБ «РЖД- Медицина» г. Краснодар, осуществлено 636 операций и манипуляций пациентам с ожирением. различных степеней. Медиана возраста составила 37,6 лет (18,1-72,3). Количество мужского пола $n=221$ (34,7%), женского пола $n=415$ (65,3%). Медиана индекса массы тела составила ИМТ= $42,2$ кг/м² ($27,3- 72,1$) кг/м². Статистическая обработка полученных цифровых результатов осуществлялась с помощью методов параметрического и непараметрического анализа. Статистический анализ проводился с использованием IBM SPSS Statistics v.26 (IBM Corporation). Количественные данные проверяли на нормальность распределения с включением критерия Колмогорова – Смирнова. В выборке $n<50$ - с поправкой Большева. В связи с ее отсутствием данные описывались с помощью

медианы (Me), а также интерквартильного размаха (IQR). Номинальные данные – с указанием абсолютных значений (n) и процентных долей (%). Результаты. Установка баллонов осуществлена 127 (19,9%) больным. Применялись жидкостные баллоны фирмы BIB-Allergan, США; АМИ – Австрия; баллоны с воздушным наполнением - Helioscopie, Франция; GAMED, Россия; МЕДСИЛ, Россия. У этой категории пациентов были следующие осложнения (4 случая - 3,1%): перфорация баллона – 3 (2,36%) пациента, у 1 (0,8%) больной перфорированный баллон вызвал кишечную непроходимость, которая разрешена лапароскопически-ассистированной илеотомией, извлечением баллона, ушиванием кишки. У 4 (3,1%) пациентов возникла стойкая некупируемая рвота в течение 7 дней, после чего баллон удален. Летальности не было. БЖ осуществлено 64 (10,1%) больным. Использовались бандажы SAGBVC Velociti, Джонсон-и-Джонсон, Швейцария; АМИ - Австрия; Гелиогаст, Helioscopie, Франция; LAP-BAND, Allergan, США, МЕДСИЛ, Россия. У 62 (96,9%) пациентов операция завершена лапароскопически. Одной больной (1,6%) со спаечным процессом бандажирование выполнено после лапаротомии, адгезиолизиса. У 1 пациента (1,6%) на фоне случившегося кровотечения произведена конверсия, гемостаз и установка банджа. Из осложнений (11 случаев - 17,2%) были отмечены: нагноение порта - 2 (3,1%) случая, негерметичность манжеты с подтеканием физиологического раствора - 4 (6,25%) случая, слиппейдж-синдром - 4 (6,25%) случая. Умер один больной - 1,6%. У 11 (1,7%) больных выполнено БПШ, в 9 (81,8%) случаях в модификации Хесс-Марсо, в 1 (9,1%) случае в модификации Скопинаро, 1 (9,1%) больная в модификации Сади. Через 8 месяцев у больной (9,1%) с операцией Сади появился мальабсорбтивный синдром, проявившийся отеками, диареей, дерматитом, аллопецией, потерей массы тела до ИМТ-18 кг/м² (изначальный ИМТ - 43 кг/м²). Больной осуществлена ревизионная операция, увеличена общая петля на 100 см, больная выписана, в настоящее время мальабсорбции нет, ИМТ-30 кг/м². Летальности в данной группе не было. У 227 (35,7%) пациента осуществлена операции Sleeve-1 (ПРЖ). У 36 (5,7%) пациента выполнено Sleeve-2 гастропликаций (ГП). В данной группе- 227 больных, отметили 17 (7,4%) осложнений – 3 (1,3%) несостоятельности скрепочного шва в области угла желудка, с образованием абсцесса левого поддиафрагмального пространства, перитонита, у 2-х (1,2%) больных абсцесс дренирован малоинвазивными способами с дальнейшим выздоровлением, у одной (0,5%) больной развилась

несостоятельность шва, осложненная перитонитом и возникновением острой язвы средней трети культи желудка, осложненная декомпенсированным стенозом (больной осуществлялись санационные лапаротомии с ушиванием несостоятельности, наложением гастростомы, с последующей выпиской с рекомендациями повторной операции через 6 месяцев), у одного пациента применена разработанная в нашей клинике методика-эндоскопического введения инъектором гиалуроновой кислоты в края отверстия несостоятельности- с полным закрытием свищевого отверстия в последующем (уведомление о положительном результате формальной экспертизы заявки на изобретение № 2019140326/14 (079016)- «Способ эндоскопического лечения несостоятельности шва желудка»). У 9 (3,9%) больных операция осложнилась развитием раннего послеоперационного кровотечения - осуществлена релапароскопия у 8 больных, гемостаз, у 1 больного осуществлена конверсионная лапаротомия, гемостаз. У 1 больного (0,4%) развилась миастения – больной находился на продленной ИВЛ в течении 3-х суток, после чего экстубирован. У 1 больной (0,4%) развился ишемический инсульт, больная переведена в специализированное учреждение. У 2 (0,8%) больных развился субкомпенсированный стеноз культи желудка в области средней трети- после эндоскопического бужирования и консервативного лечения стеноз компенсирован. У одного больного (0,4%), на фоне отказа от приема пищи возникла алиментарная миопатия, больному проведено консервативное неврологическое лечение с коррекцией витаминов, электролитов, белков, физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, массаж. В настоящее время больной полностью компенсирован. У 39 (6,1%) больных выполнено гастропунктирование на отключенной петле по Ру. У одного (2,4%) пациента послеоперационный период осложнился развитием эвентрации. У 102 (16%) больных осуществлено МГШ на петле, отстоящей от связки Трейтца на 150 до 200 см. Получено 4 (8,8%) осложнения: у 1 (2,04%) больной – синдром приводящей петли. Больная повторно оперирована, наложено Брауновское соустье. У второго (2,04) больного - острая спаечная кишечная непроходимость – осуществлен лапароскопический адгезиолизис. У третьего (2,04%) больного – кишечная непроходимость по поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи. У одной (2,4%) больной на фоне нарушения диеты - приема грубой пищи возник анастомозит гастроэнтероанастомоза с

субкомпенсированным стенозом, назначено консервативное лечение, парентеральное питание установлен назогастральный зонд, больная выписана в удовлетворительном состоянии. Летальности в данной группе больных не было. Опыт проведения бариатрических операций позволяет отметить следующее: максимальное количество осложнений получено в период освоения методик.

427. Отдаленные результаты продольной резекции желудка с двойным транзитом (операция SASI)

*Анищенко В.В. (1,2), Патрушев П.А. (1,2),
Ким Д.А. (1,2), Латыпова Т.О. (2)*

Новосибирск

- 1) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
- 2) АО МЦ Авиценна Группы компаний Мать и Дитя

Актуальность. Продольная резекция желудка с двойным транзитом (transit bipartition) или операция SASI (Single Anastomosis Sleeve Ileal) является достаточно молодой бариатрической операцией, заключающейся в продольной резекции желудка с формированием гастроилеонастомоза бок в бок на расстоянии 150-250см от связки Трейтца. Материалы и методы. За период с 2018 по 2020 г. в клинике операция SASI выполнена 38 пациентам в возрасте от 23 до 58 лет. Проспективное исследование проводилось у пациентов со сроками от 12 до 24 месяцев после операции. Средний ИМТ пациентов до операции 46,5 кг/м². Все пациенты включенные в исследование прошли анкетирование (опросник BAROS), обследование (антропометрия, глюкометрия, консультации профильных специалистов). Полученные результаты и обсуждение. Период послеоперационного наблюдения составил Me=26,5 [16;32]. В период наблюдения у оперированных пациентов средний процент снижения избыточной массы тела (%EWL) составил 60,2% и общая потеря веса (TWL) составила 24,9%. Большинство из пациентов (34 пациента, 89,5%) к выбранному послеоперационному периоду достигли полной ремиссии сахарного диабета 2

типа (уровень гликемии не требующий медикаментозной коррекции), нормализации уровня АД (31 пациент, 81,6%). В отдаленном послеоперационном периоде осложнений у пациентов не наблюдалось. Выводы. Таким образом, операция продольной резекции желудка с двойным транзитом (SASI Bypass) является перспективным бариатрическим вмешательством. Совмещая рестриктивный и шунтирующий компоненты операция показывает обнадеживающие результаты в снижении избыточной массы тела и лечении сопутствующих заболеваний. И учитывая особенность хирургического приема в сохранении пассажа по двенадцатиперстной кишке, минимизирует хирургические риски несостоятельности гастроилеонастомоза и сохраняет эндоскопический доступ к области большого дуоденального сосочка и желчным протокам.

428. Результаты первичной эндоскопической профилактики пищевода варикозного кровотечения у больных циррозом печени.

*Самарцев В.А. (1), Протасов В.В. (2),
Ложкина Н.В. (1)*

1) Пермь, 2) Березники

- 1) ФГБОУ ВО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, 2) ГБУЗ ПК «Краевая больница имени (2) ГБУЗ ПК «Краевая больница имени Вагнера Е.А.»

Актуальность. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) - наиболее частая причина смерти больных циррозом печени (ЦП). Представляет интерес влияние первичного профилактического эндоскопического лигирования (ЭЛ) ВРВП на выживаемость пациентов и частоту рецидива варикозов. Материал и методы. Представлены результаты проспективного исследования первичной эндоскопической профилактики варикозного кровотечения (ЭЛ ВРВП) у взрослых больных ЦП за период с 2013 по 2021 годы. Критериями исключения из исследования служили отсутствие комплаенса, ЦП с индексом Child-Pugh>12, выраженная печеночная энцефалопатия, тяжелый коморбидный статус с

сердечной и/или дыхательной недостаточностью, невозможность диспансерного наблюдения. В исследование включены 67 пациентов в возрасте 30 – 72 лет, в среднем $55 \pm 9,2$; 33 (49,3%) мужчины, 34 (50,7%) женщины. У 27 (40,3%) больных этиологическим фактором ЦП был хронический вирусный гепатит; у 15 (22,4%) алкогольный стеатогепатит; первичный билиарный цирроз печени диагностирован в 5 (7,3%) случаях; у 20 (30%) пациентов этиология ЦП не установлена. Компенсированный ЦП (Child-Pugh A) регистрировали у 27 (40,3%) больных, Child-Pugh B у 36 (53,7%), Child-Pugh C у 4 (6%). ВРВП 2 степени (А.Г. Шерцингер, 1986) наблюдали у 47 (70,1%) пациентов, 3 степени у 20 (29,9%). Эндоскопические вмешательства проводили под спрей-анестезией глотки 10% лидокаином. Перед манипуляциями в качестве анксиолитика пациентам назначали перорально 10-20 мг фабомотизола дигидрохлорида (афобазол). Для ЭЛ использовали многоразовый однозарядный лигатор типа Stiegmann-Goff (MTW) и 4-6 зарядные одноразовые лигаторы. Больных госпитализировали в плановое хирургическое отделение. Продолжительность пребывания пациента в стационаре за период проведения исследования сократили с 5 до 1 суток. Латексные лигатуры устанавливали в каудо-краниальной последовательности, лигировали все видимые вариксы. В зависимости от клинической картины заболевания, фармакотерапия включала: ингибиторы протонной помпы; препараты альгината натрия; некардиоселективные бета-блокаторы; гепатопротекторы; гипоаммониемические препараты; диуретики; препараты магния, кальция, калия и железа; витамины. По завершении цикла ЭЛ ВРВП больные оставались под диспансерным наблюдением, включающем эндоскопический контроль и контроль компенсации ЦП с коррекцией медикаментозной терапии каждые 6 месяцев. Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Ощущение пациентом умеренной болезненности за грудиной в течение первых часов после ЭЛ наблюдали у всех больных и как осложнение не расценивали. 2 (2,3%) больных в послеоперационном предъявляли жалобы на умеренно выраженную дисфагию; при эндоскопическом исследовании выявлена рубцовая деформация пищевода и кольцевидная рубцовая стриктура диаметром 7-10 мм; симптом и эндоскопическая картина стеноза спонтанно регрессировали в течение 2-3 месяцев. Эрадикацию ВРВП наблюдали в 33 (49,6%) случаях, регрессию в 34 (50,4%). Максимальный период диспансерного наблюдения составил 85 месяцев, медиана

выживаемости 29 месяцев: 18 в подгруппе регрессии вариксов и 36,5 в подгруппе эрадикации. У 27 (81,8%) пациентов (n=33) вариксы в пищеводе не рецидивировали в течение всего периода наблюдения, у 6 (18,2%) больных наблюдали рецидив ВРВП в сроки от 3 до 26 месяцев, медиана 10,5. После завершения религигования повторного рецидива вариксов не отмечали. В подгруппе регрессии ВРВП, (n=34) у 1 (2,9%) пациента наблюдали стойкую резистентность вариксов к ЭЛ; при этом, максимальный интервал между сессиями лигирования превышал 6 месяцев. Выводы. Таким образом, ЭЛ ВРВП – безопасный, эффективный и безрецидивный в отдаленном периоде метод первичной профилактики кровотечения у больных ЦП. Необходимым условием устойчивого эрадикационного ответа является диспансерное наблюдение этой группы больных.

429. Сравнительная оценка факторов риска эвентраций в абдоминальной хирургии

*Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Кузнецова М.П.,
Пушкарев Б.С.*

Пермь

ФГБОУ ВО «Пермский государственный
медицинский университет им. академика Е.А.
Вагнера» Минздрава России, ГАУЗ ПК ГКБ №4

Актуальность. Эвентрации развиваются после лапаротомий в 0,5–5,5% случаев, чаще всего между 4-14 сутками. Развитие эвентрации приводит к повторным операциям в условиях абдоминальной хирургической инфекции, длительному пребыванию пациента в ОРИТ, увеличению стоимости лечения, а также летальности до 35%. Цель исследования. Провести сравнительную оценку факторов риска эвентраций в абдоминальной хирургии. Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 57 пациентов, у которых в раннем послеоперационном периоде развилась эвентрация. Методом случайной выборки сформирована группа сравнения в количестве 46 пациентов. Группы были полностью сопоставимы по гендерному составу, возрасту, характеру и профилю патологии. Анализируемые факторы риска были разделены на

предоперационные, интраоперационные, послеоперационные. Из сопутствующих заболеваний выделены: хроническая и острая анемия - 48 (84,2%) в основной и 32 (69,6%) в группе сравнения ($p=0,1$), ХОБЛ – 10 (17,5%) в основной, 5 (11,1%) в сравнения ($p=0,5$), сахарный диабет 2 типа – 6 (10,5%) в основной и 6 (13,0) в сравнения ($p=0,7$). Результаты. В экстренном порядке госпитализировано 48 (84,2%) пациентов основной группы и 38 (82,6%) пациентов группы сравнения. Не выявлено различий частоты развития эвентраций у экстренных и плановых пациентов ($p=0,83$). Среди предоперационных факторов риска отмечено, что средний ИМТ составил $28,0 \pm 8,6$ кг/м² в основной группе и $26,5 \pm 7,2$ кг/м² в группе сравнения ($p=0,5$), средний уровень общего белка составил $56,2 \pm 10,8$ г/л у пациентов основной группы и $60,0 \pm 8,2$ у группы сравнения ($p=0,04$), альбумина - $27,4 \pm 5,6$ г/л в основной группе и $34,3 \pm 5,8$ г/л в группе сравнения ($p=0,00$), креатинина - $109,0 \pm 59,4$ мкмоль/л в основной группе и $101,0 \pm 45,0$ в группе сравнения ($p=0,4$), СРБ - $135,1 \pm 115,9$ мг/л и $60,5 \pm 38,9$ мг/л соответственно ($p=0,04$). Интраоперационными факторами риска развития эвентраций мы считали увеличение времени оперативного вмешательства, хирургический доступ, способ ушивания апоневроза, риск развития ИОХВ. Среднее время оперативного вмешательства в основной группе составило $164,0 \pm 75,5$ мин, в группе сравнения - $153,8 \pm 60,3$ мин ($p = 0,78$). Срединная лапаротомия была выполнена у 39 (78,0%) пациентов основной группы и 26 (56,5%) пациентов группы сравнения ($p = 0,03$). Косо-подреберный доступ Кохера был выполнен у 9 (15,8%) пациентов основной группы и у 8 (17,4%) группы сравнения. Остальным 9 (15,8%) пациентам основной группы и 12 (26,1%) выполнен трансректальный доступ. При ушивании апоневроза непрерывный шов был использован у 25 (43,9%) пациентов основной группы и 18 (39,1%) пациентов группы сравнения ($p = 0,63$). Формирование толстокишечных стом было выполнено у 4 (12,9%) пациентов основной группы и 5 (16,1%) пациентов группы сравнения ($p = 0,72$). Длительность оперативного вмешательства, вид оперативного доступа, способ ушивания апоневроза и формирование стомы также достоверно не повлияли на частоту развития эвентраций в основной и контрольной группах. Среди послеоперационных факторов выделены ИОХВ, перитонит, релапаротомии. ИОХВ развилась у 35 (61,4%) пациента основной группы и 8 (17,4%) пациента группы сравнения ($p=0,001$), перитонит - у 31 (54,4%) пациентов основной группы и 13 (28,3%) пациентов группы сравнения ($p=0,001$), сепсис - у 12 (21,1%) пациентов основной группы и 5 (10,9%)

пациентов группы сравнения ($p=0,17$). Проведение релапаротомий в период госпитализации потребовалось 15 (26,3%) пациентам основной группы ($p=0,003$). Выводы. Среди оцененных пред-, интра- и послеоперационных факторов риска нами была выявлена достоверная зависимость между формированием эвентраций и развитием перитонита ($p = 0,00$), ИОХВ ($p = 0,00$), релапаротомией ($p = 0,00$). Отмечено достоверное различие в уровне СРБ, креатинина, общего белка и альбумина у пациентов основной и контрольной групп. Таким образом, эвентрации – это актуальная скрытая проблема современной абдоминальной хирургии, которая требует дальнейшего изучения методов прогнозирования, профилактики и эффективного лечения.

430. Стационарозамещающие технологии в хирургии – проблемные вопросы и их решение

Воробьев В.В., Безуглый А.В., Давыдов Д.В.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ

Одной из основных тенденций развития хирургии в современных условиях является смещение акцентов оказания помощи со стационарного звена на амбулаторное. Число дневных стационаров на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь увеличилось в 3,8 раза, дневных стационаров на базе больничных учреждений – в 12,4 (Вялков А.И., 2005). В настоящее время работа дневного хирургического стационара (ДХС) регламентируется приказами МЗ РФ от 09.12. 1999г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» и от 15.11. 2012г. №922н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению профилю «хирургия». Необходимость оказания помощи в дневном стационаре закреплена и в федеральном законодательстве – «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 ноября 2011г. В этом же законе дано определение дневного стационара – «Медицинская помощь оказывается в дневном

стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного наблюдения и лечения». Однако, декларативное положение о смещении центра оказания медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторное в настоящее время не находит своего подтверждения в амбулаторной хирургии. Так, за последние 10 лет количество выполненных на амбулаторном этапе оперативных вмешательств уменьшилось с 6 062 тыс. операций в 2005 году до 5 590 тыс. в 2016 году, а количество выполненных операций в круглосуточных стационарах наоборот увеличилось соответственно с 8 735 тыс. до 9 974 тыс. Наметилась тенденция по уменьшению количества дневных хирургических стационаров в государственных учреждениях догоспитального звена. Это связано, в первую очередь, с отсутствием критериев оценки эффективности работы, нормативных показателей деятельности, статуса койки ДХС. Оценить работу ДХС, нагрузку на медицинский персонал, определить оптимальный штат не представляется возможным. В настоящее время формирование штата ДХС (приказ МЗ РФ от 15.11.2012г. № 922н) осуществляется вне зависимости от загрузки койки и от количества пролеченных пациентов. Согласно Приказа МЗ РФ от 15 ноября 2012 года № 922н количество хирургов в ДХС на 15 коек составляет 2 врача (заведующий и врач-хирург). При средней длительности лечения в дневном стационаре от 9 до 10 дней в месяц может быть пролечено 45-50 пациентов. А если на одной койке ДХС лечение получают 2 или 3 пациента? Тогда количество пролеченных пациентов составит соответственно 100 и 150 пациентов. Справится ли с таким потоком пациентов рекомендуемый 922-ым приказом штат врачей? Конечно нет. Следует отметить, что помимо выполнения оперативных вмешательств хирурги ДХС осуществляют предоперационное обследование пациентов, отбор на оперативные вмешательства, выполняют перевязки, ведут различную медицинскую документацию ДХС и многое другое. Отсутствие «нормативных показателей» работы дневных стационаров, методики сравнительной оценки, низкая загрузка койки препятствуют дальнейшему развитию системы оказания медицинской помощи в ДХС. В настоящее время, ни в одном правоустанавливающем документе не учитывается оборот койки и в следствие этого не разрабатываются нормы ее загрузки, штат ДХС не зависит от количества пролеченных пациентов, отсутствуют нормы снабжения койки вещевым имуществом и др. При этом, непосредственное финансирование дневных стационаров в нашей

стране отсутствует. Требуется ввести целевое финансирование дневных стационаров, причем отдельной строкой из федерального или местного бюджетов. Необходимо изменить систему ОМС при оплате за лечение пациентов в условиях дневного хирургического стационара. В условиях рыночной экономики стоимость законченного случая хирургического лечения, проведенного согласно принятым стандартам, должна быть эквивалентна единому базовому тарифу с соответствующей нозологической формой независимо от типа учреждения, проводящего лечение. За единый базовый тариф субъекта федерации целесообразно принять сложившуюся стоимость хирургического лечения в круглосуточном стационаре. При таком подходе, разница между единым базовым тарифом и фактическими затратами на лечение будет стимулировать развитие ресурсосберегающих технологий и поиск путей снижения затрат. Одновременно появятся необходимые средства для лечебных учреждений, развивающих стационарзамещающие технологии и ресурсы для поощрения персонала. Только при соблюдении всех вышеперечисленных условий система дневных хирургических стационаров получит импульс к своему дальнейшему развитию и будет оправдывать свое предназначение.

431. Проблемы организации нейрохирургической помощи в региональном сосудистом центре пациентам с геморрагическим инсультом в период пандемии COVID-19

*Шкарин В.В. (1), Веденин Ю.И. (1),
Родионова О.Н. (1), Шошинов И.Г. (2)*

Волгоград

- 1) Волгоградский государственный медицинский университет, 2) ГУЗ «ГКБ СМП №25»

Актуальность. Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, уносящая миллионы жизней и нарушившая привычный уклад, привела к значительным сдвигам в социально-экономической сфере и стала серьезным испытанием для системы здравоохранения во всём мире. В условиях пандемии при оказании специализированной нейрохирургической помощи пациентам с острым

нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) возникает ряд сложностей организационного характера. Материал и методы. Проведён анализ публикаций в отечественных и зарубежных источниках литературы по проблеме организации оказания специализированной нейрохирургической помощи в период пандемии COVID-19. Изучены годовые отчёты работы регионального сосудистого центра (РСЦ) для оказания помощи пациентам с ОНМК на базе Государственного Учреждения Здравоохранения "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25" г. Волгоград. Полученные результаты. Проанализированы основные показатели работы РСЦ в период пандемии. Изучены основные проблемы организации специализированной нейрохирургической помощи пациентам с геморрагическим инсультом в условиях пандемии. На основании обзора литературы можно выделить следующие проблемы в организации специализированной нейрохирургической помощи:

1. Увеличение числа пациентов с декомпенсированными хроническими заболеваниями.
2. Снижение обращаемости в стационар в первые часы от начала заболевания.
3. Трудности организации поэтапного реабилитационного лечения для пациентов с геморрагическим инсультом.
4. Проблема предотвращения внутрибольничного распространения инфекции.
5. Истощение материальных и человеческих ресурсов в медицинских учреждениях.

Согласно определению, данному в 1976 году S. Hatano, инсульт — это клинический синдром других заболеваний. В пандемийный период, когда у людей с хроническими заболеваниями возникают трудности с получением планового профилактического (в том числе стационарного) лечения, отмечается рост количества госпитализаций пациентов с ОНМК. Так в 2019 г. в РСЦ было госпитализировано 2242 человека с инсультом, а в 2020 и 2021 гг. этот показатель вырос до 2482 и 2466 соответственно. Количество госпитализаций в первые 6 часов снизилось с 1057 человек в 2019 г., до 1030 в 2020 г. и уже до 827 в 2021 г. Нагрузка на нейрохирургическую службу РСЦ в период пандемии возросла. Отмечается рост хирургической активности при геморрагическом инсульте. В 2019 г. выполнено 97 операций при сосудистой патологии головного мозга, а в пандемийные 2020 и 2021 гг. 134 и 132 нейрохирургических вмешательства соответственно. Отмечаются затруднения с оказанием поэтапных реабилитационных мероприятий для пациентов. Если первый этап

реабилитации начинается уже в стационаре, то количество пациентов, переведённых на второй этап, сократилось из-за перепрофилирования стационаров в инфекционные госпитали. В 2019 г. на второй этап реабилитации из РСЦ было переведено 285 пациентов. В 2020 г. этот показатель составил 64 человека, а в 2021 г. 86 пациентов. Для предотвращения внутрибольничного распространения инфекции под эгидой ассоциации нейрохирургов РФ был разработан «Чек-лист для планирования нейрохирургических вмешательств в условиях пандемии covid-19». Работа нейрохирургической службы в период пандемии осложнилось ограничением финансирования и кадровым оттоком в инфекционные госпитали. При этом отток наблюдался преимущественно среди среднего и младшего медицинского персонала. Выводы и рекомендации. Необходимо отметить, что как отечественная, так и зарубежная нейрохирургическая служба не имеет достаточного опыта работы в условиях глобальной пандемии. Основной задачей руководства медицинских учреждений является создание условий для предотвращения заражения пациентов и сотрудников. На фоне снижения профилактической помощи отмечается рост числа пациентов с ургентной сосудистой патологией головного мозга. В результате происходящих изменений всем медицинским учреждениям приходится адаптироваться к новым условиям работы и своевременно реагировать на появляющиеся вызовы.

432.Преимущества новых подходов в диагностике острой неопухолевой тонкокишечной непроходимости

Ларичев С.Е. (1,2), Шаповальянц С.Г. (1,2), Шабрин А.В. (1,2), Омельянович Д.А. (1,2), Желещиков А.Л. (1,2), Оконова В.П. (1), Чесарев А.А. (2)

Москва

1) ГБУЗ ДЗМ г. Москва, Городская клиническая больница №17, 2) ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Введение. На сегодняшний день современный комплекс возможностей диагностики острой неопухолевой тонкокишечной непроходимости (ОНКН) основывается на данных традиционного рентгенологического, ультразвукового исследования. Каждый из этих методов имеет определенные достоинства и недостатки. Между тем успех в лечении ОНКН напрямую зависит от своевременной и полноценной диагностики заболевания, причины, формы непроходимости, состояния тонкой кишки. «Традиционные» подходы, позволяют верифицировать наличие непроходимости с точностью от 67 до 83%, чувствительностью 64–82% и специфичностью 79–83%. Однако определение причины, выраженность патологического процесса и особенно формы непроходимости является не менее важной задачей диагностики. В этом смысле большие перспективы имеет КТ–метод, который широко и эффективно применяется за рубежом при различных острых заболеваниях брюшной полости. Цель исследования. Определить место МСКТ в традиционном диагностическом алгоритме при острой неопухолевой тонкокишечной непроходимости. Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре госпитальной хирургии №2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ГКБ №17 департамента здравоохранения г. Москвы. В клинику за период с 2015 по 2019 поступило 362 больных с кишечной непроходимостью. Из них, подавляющее большинство, 168 пациентов с диагнозом острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Обтурационная форма имела место у 151 пациентов, странгуляционная форма – у 17 пациентов. Исследование заключалось в сравнении двух групп больных, различающихся по алгоритму обследования и тактике ведения. В группу 1 вошли 74 пациента, которым для диагностики кишечной

непроходимости были использованы «традиционные» методы исследования: рентгенологические (обзорная рентгенография, контрастная энтерография) и УЗИ с доплерографией. 2 группа состояла из 94 пациентов, комплекс диагностики которых, кроме вышеописанных методов, дополнился МСКТ. При поступлении КТ проводилась в нативном варианте, оценивалось наличие, причина, выраженность непроходимости, косвенные признаки странгуляции. Далее, при подозрении на странгуляционную форму больным выполнялась ангио-КТ с внутривенным констатированием. При отсутствии противопоказаний для консервативной терапии проводилось внутрикишечное контрастирование с последующим контрольным разрешения непроходимости исследованием каждые 12 часов. Результаты исследования. В 1 группе (n-74) диагноз непроходимости был установлен у 59 (79,7%) пациентов при выполнении обзорной рентгенографии, и у 46 (62,1%) при ультразвуковом исследовании. Совместная эффективность этих двух методов исследования составила 92,4%. Причина непроходимости установить не удалось ни в одном случае. Во 2 группе (n-94) нативное КТ позволила подтвердить кишечную непроходимость и ее характер (механическая / динамическая) у 99,7%. Во всех случаях исследование позволило определить ее уровень и причину. Не менее важной диагностической задачей, определяющей тактику ведения больного с ОНКН, является определение формы (странгуляционная/обтурационная) кишечной непроходимости. В I группе - на основании клинико-ультразвуковых данных странгуляционная форма до операции определена у 4 (100%) из 4 больных, что было подтверждено интраоперационно. Во II группе использование КТ, в том числе, в ангио режиме позволила достаточно эффективно осуществлять диагностику ишемических поражений кишки 15 (83,3%) из 18 больных, а у оставшихся 3 провести дифференциальную диагностику с другими острыми заболеваниями брюшной полости. Выводы. Таким образом, МСКТ является наиболее эффективным методом диагностики ОНКН, которая позволяет определить наличие непроходимости, ее причину и уровень у 99,7%, а признаки странгуляции у 83,3% больных, тем самым своевременно и дифференцированно подойти к решению тактических вопросов.

433. Ранние и годовичные результаты коронарного шунтирования у пациентов с диаметром коронарных артерий менее 1,5 мм

*Зайковский В.Ю., Ширяев А.А., Акчуринов Р.С.,
Васильев В.П., Галляутдинов Д.М., Власова Э.Е.,
Мукумов Ш.Д., Андреев А.В.*

Москва

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России

Актуальность: Шунтирование коронарных артерий (КА) $\leq 1,5$ мм обычно связывают с прогностически неблагоприятными результатами вследствие более частых стенозов и окклюзий шунтов как в раннем, так и в отдаленном периоде, по сравнению с результатами шунтирования артерий большего диаметра. Наличие мелких артерий нередко является причиной отказа пациентам в операции. Тем не менее детальный сравнительный анализ ранних и отдаленных результатов и решение вопроса о целесообразности реконструкции артерий менее 1,5 мм до настоящего времени не проводился. Материалы и методы. Были изучены ранние и годовичные результаты КШ в двух псевдорандомизированных группах больных: в исследуемой группе - №1 - 100 пациентов с множественными поражениями КА диаметром менее 1,5 мм в зоне микрохирургических анастомозов и в группе сравнения - №2, в которой КШ выполнялось с КА диаметром более 1,5 мм (также 100 наблюдений). Во всех случаях КШ выполнялось в условиях искусственного кровообращения (ИК) с применением микрохирургической техники. В ходе исследования группа №1 была разделена на 2 подгруппы - пациенты с КА $\leq 1,5$ мм, n=61 (группа 1) и с КА $> 1,5$ мм, n=39 (группа 3). Контрольная оценка состояния пациентов выполнялась через год после КШ путем опроса по телефону. Пациентам с подозрением на клинику ишемической болезни сердца были выполнены клинические обследования с контрольной МСКТ или прямой шунтографией. Результаты. Всем больным была выполнена полная реваскуляризация КА, среднее количество дистальных анастомозов составило $4,0 \pm 1,1$ у пациентов в группах 1 и 3 и $4,0 \pm 0,8$ в группе сравнения. В группах 1 и 3 в сравнении с группой 2 время ишемии (65 ± 21 и 65 ± 45 vs 57 ± 16 , соответственно) и длительность ИК (95 ± 28 и 95 ± 78 vs 86 ± 24), были достоверно выше. Среди пациентов с КА ≤ 1 мм был зафиксирован единичный случай периперационного инфаркта миокарда с последующим летальным исходом, однако разница

не достигала статистической достоверности. Через год было отмечено 6 случаев (11,3%) рецидива стенокардии выше I функционального класса у пациентов с КА $\leq 1,5$ мм, 11 случаев (30,6%) с шунтированием КА ≤ 1 мм и 8 случаев (9,2%) у больных после шунтирования КА $> 1,5$ мм. В группе с КА $\leq 1,5$ мм умерло 2 пациента (3,8%), в группе с КА ≤ 1 мм - 1 пациент (2,7%), в контрольной группе летальные случаи не зарегистрированы. По остальным параметрам значимых различий не наблюдалось. По данным шунтографии в течение года после операции в группе 1 отмечено 8 случаев окклюзии аутовенозных шунтов к КА $\leq 1,5$ мм, в группе 3 - 9 случаев закрытия шунтов, из которых в 2 случаях отмечалась несостоятельность маммарных шунтов. В группе 2 зарегистрировано 7 случаев закрытия аутовенозных шунтов к КА $> 1,5$ мм и 1 случай окклюзии аутовенозного шунта к ветви КА ≤ 1 мм. Обсуждение: В раннем послеоперационном периоде в нашем исследовании отмечались худшие показатели у пациентов в группе 3. В то время как выживаемость и число послеоперационных осложнений в группах 1 и 2 были сопоставимы. Среди факторов, оказывающих влияние на худший прогноз, стоит выделить несовершенство техники наложения коронарного анастомоза и худшие условия кровотока в анастомозах с КА < 1 мм. В качестве решения нами были использованы операционный микроскоп и ультратонкий шовный материал. При изучении годовичных результатов между группами мы видим, что в группе с КА ≤ 1 мм в процентном соотношении частота рецидивов стенокардии была достоверно выше по сравнению с группами пациентов с более крупными КА. По данным шунтографии проходимость аутоартериальных анастомозов у пациентов в группах 1 и 2 составляла 100%, в то же время было отмечено 2 случая несостоятельности маммарных шунтов к КА ≤ 1 мм. Окклюзия аутовенозных кондуитов отмечалась в примерно равном соотношении между группами. Выводы. При выполнении КШ у пациентов с КА $\leq 1,5$ мм возможно достижение госпитальных и годовичных результатов операций, сопоставимых с результатами у пациентов с артериями большего диаметра. В то же время шунтирование КА ≤ 1 мм имеет тенденцию к худшим госпитальным результатам и большую частоту закрытия аутоартериальных кондуитов по данным шунтографии, поэтому техника и целесообразность шунтирования таких артерий нуждается в дальнейшем изучении.

434.Одномоментная аутологичная трансплантация моляров верхней челюсти в область отсутствующих моляров на нижней челюсти

Андриадзе Е.О., Тонких-Подольская О.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского

Актуальность. В практике врача стоматолога-хирурга, как и в практике челюстно-лицевого врача актуальность проблемы удаления зубов и дальнейшее замещение удаленного зуба имеет большое значение. Обращение пациентов с частичной и полной вторичной адентией стало проблемой не только людей пожилого возраста, но и молодого, что в свою очередь ставит вопрос о способах восстановления зубного ряда. Сохранение собственных зубов является одним из наиболее важных показателей состояния стоматологического здоровья пациента. Поэтому метод аутологичной одномоментной трансплантации дистопированных и ретинированных зубов в область удаленных зубов жевательной группы наиболее оптимальный метод восстановления целостности зубного ряда. Материалы и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ проведено 16 операций за 2021 год по одномоментной аутологичной трансплантации моляров верхней челюсти в области отсутствующих моляров на нижней челюсти. Возраст пациентов варьировал от 16 до 45 лет. Из 16 пациентов: 10 пациентов с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит, 6 пациентов с хроническим гранулирующим периодонтитом, зуб был ранее эндодонтически лечен. У всех пациентов, по результатам КЛКТ выставлены показания к экстракции нижнего моляра, ретенция или частичное прорезывание верхних третьих моляров. С целью восстановления зубного ряда у пациентов, имеющих показания к экстракции жевательной группы зубов нижней челюсти, применялась методика, включающая в себя экстракцию нижнего моляра с одномоментной аутотрансплантацией ретинированного или частично прорезавшегося третьего моляра верхней челюсти. Полученные результаты и обсуждение. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства в 12 клинических случаях отмечалась стабилизация аутотрансплантированного зуба и отсутствие резорбции корня. В 3 клинических случаях отмечалась стабилизация аутотрансплантированного зуба с незначительной резорбцией в области корня зуба. В 1 клиническом

случае наблюдалась потеря аутотрансплантированного зуба по причине несоблюдения пациентом рекомендаций. К благоприятным прогностическим факторам метода аутотрансплантации зуба относят: отсутствие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, гингивиты, острая фаза заболеваний сердечно-сосудистой системы, остеопорозы), малотравматическое удаление зуба, эндодонтическое лечение аутотрансплантированных зубов в течение 7 дней после аутологичной трансплантации, отсутствие резорбции костной ткани в области предполагаемого оперативного вмешательства. Выводы. Проведенное исследование показало, что через 1 год послеоперационного вмешательства, в 15 клинических случаях из 16, по данным КЛКТ отсутствовала резорбция костной ткани, прилегающей к аутотрансплантату, отмечалась стабильность аутотрансплантированного зуба.

435.Лучевая диагностика повреждений поджелудочной железы при закрытой травме живота

Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л., Сапарбаева Г.К.

Ташкент

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Травма - серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире. Это одна из основных причин смерти и инвалидности, как в развитых, так и в развивающихся странах. Повреждения ПЖ встречаются примерно от 0,2 до 12% травм органов брюшной полости (Хаджибаев Ф.А. с соавт., 2021). В 90 % случаев она сочетается с повреждением других органов, прежде всего печени, желудка, селезенки, кишечника. Анатомические особенности поджелудочной железы определяют сложность диагностики повреждений и тяжесть течения патологического процесса при ее ранении. Важнейшим осложнением повреждения поджелудочной железы является посттравматический панкреатит. По имеющимся сведениям, при травме поджелудочной железы он развивается в 28-100%

наблюдений. Летальность при повреждении поджелудочной железы достигает 50-74%. Основными ее причинами остаются кровотечение и полиорганная патология, связанная с вовлечением в воспалительный процесс забрюшинного пространства и сепсисом. Для клинического применения удобна классификация тяжести повреждений поджелудочной железы американской ассоциации хирургов и травматологов AAST которая в настоящее время широко распространена и используется практически хирургами. Диагностировать изолированную травму поджелудочной железы крайне сложно, это удается лишь в 5,5-10% случаев. По мнению большинства, авторов, при распознавании повреждений поджелудочной железы следует придавать большое значение механизму травмы. В 60-70% случаев травматическое повреждение поджелудочной железы возникает в результате прямого удара в область эпигастрии. В комплексе диагностических мероприятий при абдоминальной травме большинство отечественных и зарубежных авторов ведущее место отводят ультразвуковой диагностике. Она позволяет обнаружить минимальное количество жидкости в брюшной полости, может применяться у пациентов в тяжелом состоянии при обследовании в условиях реанимационного отделения. По данным разных авторов, УЗИ позволяет выявить наличие жидкости в брюшной полости в 92-100% случаев и установить точную локализацию повреждения в 80-84%. Информативность УЗИ значительно снижается у тучных пациентов, при двигательном возбуждении, а также из-за подкожной эмфиземы и вздутия кишечника. Кроме того, метод малоинформативен при диагностике сочетанных повреждений полых органов. Целью наших исследований явилось изучение возможности спиральной КТ в диагностике травматических повреждений поджелудочной железы. Материалы и методы. Нами обследовано 36 больных с травматическими повреждениями брюшной полости. Результаты исследований: В процессе обследования, выявлялись следующие КТ-признаки травматического повреждения поджелудочной железы: - Очаговое или диффузное увеличение размеров поджелудочной железы (100%) - Неровность контуров железы (86%) - Отек перипанкреатической клетчатки или скопление жидкости вокруг железы (80%) - Появление неоднородной плотности паренхимы железы (86%) Следует отметить, что изменения прилежащих к поджелудочной железе мягких тканей сразу же после травмы могут выявляться и проявляться по

прошествии 1 или 2 суток. Изменения в паренхиме характеризуются надрывом паренхимы или разрывом железы (52%). Осложнениями травмы, которые развились у 25% пациентов, явились: - Свищи (8-10%) - Псевдокисты (1-3%) - Абсцесс (8-10%) Выводы. Информативная ценность метода приближается к 100%. Использование рентгеноконтрастных веществ (внутривенно или per os) расширяет возможности КТ и позволяет одновременно визуализировать паренхиматозные и полые органы брюшной полости, выявлять свежие гематомы поджелудочной железы, имеющие одинаковый с паренхимой коэффициент поглощения. Во всех случаях ДТП и кататравмы нами рекомендовано проведение КТ органов брюшной полости, которое является «золотым стандартом» выявления как прямых, так и непрямых признаков травм поджелудочной железы и окружающих её органов, а также их осложнений.

436. Неинвазивная диагностика атипичных и редких форм острого аппендицита

*Каримов Д.Р. (1), Хаджибаев Ф.А. (1,2),
Мадиев Р.З. (1,2), Рахимова Р.А. (1)*

Ташкент, Узбекистан

1) Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, 2) Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность. Диагностика острого аппендицита (ОА) особенно его атипичных и редких форм широко обсуждаются среди хирургов. Клинико-лабораторная диагностика приводит к росту частоты осложненных форм (32,6-43%), запоздалым операциям (25-30%), послеоперационным осложнениям (4,2-16,2 %) и летальным исходам (0,7-1,4%). Тем временем в 35-40% случаях оно является причиной «напрасных» аппендэктомий. Поэтому, применение неинвазивных методов: УЗИ и МСКТ для диагностики ОА сегодня является актуальной задачей. Материалы и методы. В РНЦЭМП за период 2020 по 2021 годы с подозрением на атипичные и редкие формы ОА находились 122 больных. Средний возраст пациентов составили 28,12±4,76 лет. Мужчин было

78 (64%), женщин 44 (36%). В лечебно-диагностическом процессе нами были использованы диагностическая шкала острого аппендицита (ДШОА) Alvarado (1986 г), УЗИ и МСКТ брюшной полости. Среди обследованных больных у 83 (68,0%) больных выполнено УЗИ, у 27 (22,1%) МСКТ. УЗИ проводили по стандартной методике Puylaert (1986). МСКТ производили на аппарате PHILIPS по стандартной технике. Признаками ОА на УЗИ считали, диаметр отростка > 6 мм, толщина стенки более 2 мм, максимальная боль над аппендиксом, гиперэхогенная периаппендикулярная ткань, а на МСКТ увеличение диаметра отростка более 7 мм, толщина стенки более 2 мм, утолщение стенки слепой кишки, инфильтрат периаппендикулярной жировой клетчатки. Результаты и их обсуждения. Согласно ДШОА Alvarado больные были распределены в 3 подгруппы. У 21 (17,2%) больных первой подгруппы с набором баллов 1-4 (ОА маловероятен) по ДШОА проводилась динамическое наблюдение в течении 6-8 часов, с повторным подсчетом баллов. У 9 (43%) пациентов возникло подозрение на ОА (5-8 баллов) (подозрения на ОА и он вероятен), им было выполнено УЗИ ЧО. При этом признаки ОА выявлены у 7 (77,7%) больных, у 2 (22,3%) исключен. В последующем диагноз подтвержден при ВЛС. Во вторую подгруппу вошли 64 (52,4%) больных, у которых по данным ДШОА набор баллов составило 5-8 баллов. Им было выполнено УЗИ ЧО. При этом, УЗ признаки ОА выявлены у 46 (72,0%) больных, а у 15 (23,4%) получены неоднозначные результаты. У 3 (4,6%) иная патология в брюшной полости: апоплексия яичников у 2, внематочная беременность у 1 больной. В указанных подгруппах всего у 73 (59,8%) больных применялся УЗИ ЧО, из них у 53 (72,6%) диагноз подтвержден. У 17 больных первой и второй подгрупп с неоднозначными результатами УЗИ второй очередь выполнялось МСКТ брюшной полости. При этом, у 15 (88,2%) пациентов выявлены атипичные формы ОА, а у 2 (11,8%) другие сопутствующие заболевания. Больные 3 подгруппы составили 37 (30,3%) пациентов. Пациентам с баллом 9 и более по ДШОА (9-10 ОА весьма вероятен) ложноотрицательный результат УЗИ может повлиять на тактику введения больных и затягивать оперативное лечение и повышать риск перфорации. Поэтому мы, в этой подгруппе УЗИ не проводили. Им было рекомендована ВЛС. У 10 больных 3 подгруппы УЗИ и МСКТ применялась при подозрения на осложнения ОА: аппендикулярный инфильтрат (3), аппендикулярные (2) и периаппендикулярные абсцессы (5). Всего у 25 (92,5%) больных на МСКТ подтверждено наличие деструктивных и

осложненных форм острого атипичного аппендицита. При выявленных на УЗИ и МСКТ признаках ОА при ВЛС обнаружена различные виде атипичных форм ОА: ретроцекальное расположение у 53 (63,9%), медиальное у 11 (13,3%), тазовое у 10 (12,0%), ретроперитонеальное у 5 (6,0%), подпечёночное у 4 (4,8%) пациентов. Выводы: Таким образом, применение УЗИ и МСКТ для диагностики атипичных и редких формах ОА позволяет устанавливать правильный диагноз в 76% и 92,5% случаях соответственно, а в 25% случаях предотвратит «напрасную» аппендэктомию.

437. Способ добактериологической диагностики грамотрицательной абдоминальной хирургической инфекции

Кчибеков Э.А., Зурнаджьянц В.А., Коханов А.В., Мусагалиев А.А., Антонян С.В., Зурнаджьянц А.В., Дадаев И.С.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Важным фактором, затрудняющим лечение хирургических пациентов с перитонитом, является быстрое снижение чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам. В связи с этим, изучение связи БОФ с характером возбудителя абдоминальной инфекции имеет большое значение для ранней диагностики гнойно-септических осложнений и своевременного начала этиотропной антибиотикотерапии при перитонитах. Цель работы. Разработка способа добактериологической диагностики грамотрицательной абдоминальной хирургической инфекции по уровню комбинации белков острой фазы. Материал и методы. Экспериментальная часть исследования посвящена моделированию перитонита у крыс путем их внутрибрюшинного инфицирования наиболее значимыми штаммами патогенных бактерий и поиску взаимосвязей характера высеваемой микрофлоры с уровнями БОФ. Работа выполнена на 90 белых крысах-самцах линии Wistar массой 180-240 г из питомника лабораторных животных ФГБУ «НИИ по изучению лепры» МЗ РФ (г. Астрахань). В период

экспериментальных исследований животных содержали в соответствии с «Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием лабораторных животных. Для заражения животных использовали суточные агаровые культуры аэробных грамположительных бактерий: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (серовар А) и аэробных грамотрицательных бактерий: *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella oxytoca*, приготовленные на 0,9% растворе натрия хлорида. Внутривентральное заражение животных проводили инъекцией предварительно оттитрованных доз, содержащих в объеме 0,5 мл $1 \cdot 10^8$ микробных тел стафилококка и стрептококка и $1 \cdot 10^7$ микробных тел протея, клебсиеллы и синегнойной палочки. Выбор этих 5 штаммов бактерий объясняется наиболее частым обнаружением именно их в перитонеальном экссудате при разлитом гнойном перитоните. Через 24, 48 и 72 часа после внутривентральных инъекций под эфирным наркозом путем декапитации осуществляли эвтаназию 4 животных каждой экспериментальной группы и 10 животных группы сравнения с последующим забором материала. Сыворотки крови и перитонеальные экссудаты были протестированы на общую концентрацию белка, уровни лизоцима (ЛЗЦ), лактоферрина (ЛФ), продукты деградации фибриногена (ПДФ) и иммуноглобулина G иммунохимическими методами. Результаты. Наблюдение за поведением животных при жизни и вскрытие через 72 часа подтвердило у всех животных разлитой перитонит. Через 24, 48 и 72 часа после инфицирования грамотрицательными бактериями в крови и перитонеальном экссудате крыс статистически достоверно повышается концентрация СРБ, ЛФ, ПДФ, ЛЗЦ и снижается уровень IgG. Так как для каждого из изученных возбудителей абдоминальной инфекции характерен свой индивидуальный профиль БОФ, то по их определенному сочетанию, можно с высокой степенью вероятности исключить или подтвердить грамотрицательную абдоминальную инфекцию. Нами разработан способ диагностики абдоминальной хирургической инфекции, заключающийся в исследовании биологических жидкостей у подопытных животных с перитонитом, отличающийся тем, что одновременно в сыворотке крови и перитонеальной жидкости определяют концентрацию лактоферрина, лизоцима, продуктов деградации фибриногена, иммуноглобулина G и содержание общего белка, вычисляют коэффициенты их отношения для каждого из четырех белков и при значении этого коэффициента

для лактоферрина и лизоцима величине равно или выше 2,8 с высокой степенью достоверности диагностируют наличие у пациента с перитонитом грамотрицательной абдоминальной инфекции. Выводы. По результатам проведенного исследования разработан способ ранней добактериологической диагностики грамотрицательной абдоминальной хирургической инфекции, на который получен патента РФ № 2705415. Метод подтвердил свою эффективность не только в экспериментах на животных, но и в клинических условиях. Способ обеспечивает корректную исходную антибиотикотерапии перитонита до результатов бактериологического анализа.

438. Лечебно-диагностическая тактика при хроническом панкреатите.

Мирзоев И.А., Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З

Махачкала

ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России

Актуальность. Хронизация воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) может реализоваться в различные морфологические типы. В большинстве случаев причиной хронического панкреатита (ХП) является острый алиментарный панкреатит (около 60%) или билиарной этиологии (25-30%). Цель исследования. Разработка лечебно-диагностического алгоритма для пациентов с различными морфологическими типами ХП, направленного на улучшение непосредственных и отдаленных результатов, посредством применения высоких инновационных технологий и дифференцированной лечебной тактики. Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 434 пациентов, которые прошли лечение в нашей клинике. Указанным пациентам всего было выполнено 2879 различных инструментальных исследований. Базовая тактика лечения обосновывалась посредством распределения пациентов на группы, в соответствии с классификацией M.Buchler et al.(2002). Объектом хирургического лечения стали 174 пациента с ХП типа В и 12 – типа С3. В ходе комплексного

обследования 434 пациентов с ХП были выявлены 186 (42,8%) случаев осложненных форм. Механическая желтуха выявлена в 9,8% наблюдений, панкреатическая гипертензия + вируснохолитиаз – в 27,4%, сегментарный стеноз + дистальное расширение протока ПЖ – в 14,5%, киста ПЖ – в 37,1% и свищи ПЖ – в 11,3% случаев. Нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлено у 9 пациентов. Пациентам с механической желтухой РХПГ + папиллосфинктеротомия проведены в 8 наблюдениях, РХПГ+ПСТ+ стентирование холедоха – в 2, лапаротомия+ холедохоеюностомия – в 6, РХПГ + ПСТ, стентирование протока ПЖ – в 2 случаях. При вируснохолитиазе выполнены: операция Пьюстау -57, дистальная резекция ПЖ – 3, операция Фрея -16, операция Бегера – 2. Пациентам с кистозной формой ХП проведены: наружное дренирование кисты – 22, внутреннее дренирование – 42, операция Фрея – 2, РХПГ + ПСТ+ стентирование – 3. При панкреатических фистулах выполнены: внутренне дренирование – 6, операция Фрея с устранением цистоплеврального свища – 62, операция Пьюстау с устранением цистоплеврального свища – 4 и дистальная резекция ПЖ в 9 случаях. Статистический анализ полученных данных осуществлен с помощью компьютерной программы «STATISTICA» 5.5. Результаты и их обсуждение. Различные послеоперационные осложнения развились у 22 (11,7%) пациентов. Абсцессы брюшной полости – 3, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1, рецидив свищи – 2, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза- 1, эвентрация – 1, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии – 2, обострение панкреатита – 3, очаговая пневмония – 6, тромбоз вен нижних конечностей – 3. Умерло после операции 3 (1,6%) пациентов. Причиной явился панкреонекроз, в двух случаях, после операции Пьюстау и в одном случае на почве несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза. После перенесенного острого панкреатита у 86,7-91% пациентов наблюдаются различные морфологические типы ХП. Признаки внутрипротоковой гипертензии с постоянным болевым синдромом отмечаются у 42,9% пациентов, синдром внешнесекреторной недостаточности ПЖ присутствует в 90-100% наблюдений. Чувствительность и общая точность современных высоких технологий в диагностике ХП составляет около 97%. Показания к оперативному лечению имеются у 42,8% пациентов. В настоящее время, при ХП используют резекционные, резекционно-дренирующие и дренирующие методы оперативного лечения. Выбор их зависит от

морфологического типа ХП. Заключение. В определении морфологического типа и клинического варианта ХП высокочувствительными являются современные лучевые методы диагностики. Выбор способа хирургического лечения ХП зависит от конкретной его клинической формы.

439. Щадящая хирургия холангиокарциномы воротной локализации

*Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З.,
Муртузалиева А.С.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» МЗ РФ

Введение. Хирургическое лечение холангиокарциномы воротной локализации является весьма сложной проблемой гепатологии. Расширенные оперативные вмешательства типа гемигепатэктомии нередко приводит неблагоприятному исходу, поэтому разработка более щадящих методов хирургического лечения данной патологии является актуальной. Цель исследования. Определить эффективность щадящих методов лечения холангиокарциномы воротной локализации. Материал и методы. В клинике общей хирургии ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ прошли обследование и лечение 76 пациентов с холангиокарциномой воротной локализации. Первый тип выявлен в 9(11,8%) случаях, второй – в 17 (22,3%), третий «а» - в 12 (15,8%), третий «б» - в 11 (14,4%) и четвертый – в 26 (35,7%). В 97% наблюдений имелась клиника механической желтухи, в 34,6% - явления холангита. Желтуха легкой степени отмечена в 8% случаев, средней тяжести – в 35,5%, тяжелой степени – в 56,5% наблюдений. Декомпрессия билиарного тракта (БТ) первым этапом ЧЧХС проведена в 67 (88,1%) наблюдениях: наружное отведение желчи – 42 (62,7%), наружно-внутреннее – 17 (25,4%), стентирование БТ – 8 (11,9%). Резекционные технологии были применены в 34 (44,7%) наблюдениях, а в 42 (55,3%) случаях пациенты выписаны на амбулаторное лечение. Резекция протоков с левосторонней гемигепатэктомией

выполнена 4 (11,7%) пациентам, а щадящие хирургические методики были использованы в 30 (88,3%) случаях. На реконструктивном этапе билиодигестивные соустья сформированы по разработанной авторами методике (патент РФ №2453280 от 20.06.2012г). Результаты и их обсуждение. Осложнения, связанные с декомпрессией БТ на первом этапе, имели место в 7 (10,4%) случаях. Желчеистечение в брюшную полость отмечено у 3 (4,4%) пациентов, гемобилия и связанные с ней неадекватные дренирования БТ – у 2 (3,0%) и неудовлетворительные дренирования БТ из неправильной позиции холангиостомического катетера – в 2 (3,0%) наблюдениях. Во всех случаях проведено редренирование БТ. Холангит, ассоциированный с эндобилиарными вмешательствами отмечен в 16 (20,9%) наблюдениях, синдром «быстрой декомпрессии» БТ – в 17 (22,0%). В случаях радикального оперативного вмешательства интраоперационные осложнения имели место у 4 (11,7%) пациентов. Местные послеоперационные осложнения отмечены в 8 (23,5%) случаях. Нарастание явлений печеночной недостаточности имело место у 4 (11,7%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 8,3%. Стеноз билиодигестивного анастомоза отмечен у 4 пациентов, рецидив опухоли в 27,0% случаев, пятилетняя выживаемость составила 17,2%. В выборе щадящих резекционных технологий важное значение имеют данные лучевых методов диагностики (МР-холангиография, МСКТ с контрастированием сосудистой системы и БТ после его декомпрессии). Преимущественной использование щадящих методик значительно снижает послеоперационные осложнения и летальность. По данным литературы, осложнения со стороны БТ после радикальных операций встречаются в 27,3-37,5% наблюдений, геморрагические – 5,3%, печеночная недостаточность – 18,2-37,5%, летальность – 5,3-16,1%. В наших наблюдениях послеоперационные осложнения на первом и втором этапах лечения имелись у 22 пациентов, летальность составила 8,3%. Заключение. Изолированная резекция желчных протоков при первом и втором типах опухоли обеспечивает длительную выживаемость пациентов. Щадящая хиатальная резекция при продвинутой паренхиматозной инвазии является радикальным вмешательством. Предлагаемый авторами вариант билиодигестивного соустья значительно снижает риск несостоятельности анастомоза.

440. Факторы риска неблагоприятного исхода послеоперационного перитонита у больных пожилого и старческого возраста

*Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н., Исаев А.И.,
Абдуллаев А.А., Шихавов А.Р.*

Москва

Московский Государственный медико-
стоматологический университет имени
А.И.Евдокимова

Актуальность. Ранняя диагностика и лечение послеоперационного перитонита являются одной из актуальных задач современной хирургии в связи с сохраняющимся высоким уровнем летальности, особенно у больных пожилого и старческого возраста, достигая 40-86%. Под послеоперационным перитонитом мы понимали осложнение, возникшее после плановых или экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, если перитонит не предшествовал первой операции. К послеоперационному перитониту относили также и воспаление брюшины, возникшее как следствие инвазивных диагностических или лечебных манипуляций на органах брюшной полости. Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 больных с послеоперационным перитонитом, поступивших в хирургические отделения ГКБ 50 г. Москвы имени С.И.Спасокукоцкого в период 2020-2021 гг. Больные с послеоперационным перитонитом составили 4% от числа всех больных с распространенными формами перитонита. Лица старше 65 лет составили 42%, из них 25% - старше 75 лет. Послеоперационный перитонит возник у 68% больных после экстренных и у 32% больных после плановых вмешательств. Среди больных старше 65 лет преобладал перитонит, возникший после операций у больных, поступивших в стационар в экстренном порядке (87,5%). У всех больных пожилого и старческого возраста при поступлении в стационар имелись сопутствующие заболевания с индексом коморбидности 1-2 по Чарльсу. Полученные результаты. При анализе давности заболевания к моменту поступления выявлено, что 29 % больных с распространенными формами перитонита поступают в стационар с давностью заболевания от 24 часов до 3 суток, 11% больных – свыше 3 суток. Среди больных пожилого и старческого возраста в последствии развившимся послеоперационным перитонитом давность от 24 часов до 3 суток заболевания, явившегося причиной

госпитализации перед первой операцией, была выявлена у 36% больных. Таким образом, лица пожилого и старческого возраста имеют более длительный анамнез заболевания перед первым вмешательством. Длительность между первой и второй операцией составила 3,6+/-1,0 в группе больных молодого возраста, и 5,75+/-1,2 – в группе больных старше 65 лет. Летальность в группе больных с послеоперационным перитонитом пожилого и старческого возраста составила 38,9%, в группе больных молодого возраста – 26%. При анализе различных параметров у больных пожилого и старческого возраста в группах с благоприятным и неблагоприятным исходом заболевания выявлены наибольшие различия по тяжести состояния перед повторным вмешательством, определяемой по шкале APACHE-II. В группе больных с неблагоприятным исходом 22+/-10 и в группе выздоровевших – 16+/-8. Несмотря на очевидные различия в группах, эти данные нуждаются в дальнейших исследованиях с анализом больших групп больных. При анализе микробной флоры, выделенной из очага инфекции при операции по поводу послеоперационного перитонита, выявлены полирезистентные штаммы бактерий (энтеробактерии, неферментирующие бактерии - Pseudomonas и Acinetobacter, MRSA) у 33% больных с неблагоприятным исходом и у 21% - в группе с благоприятным исходом заболевания. Обсуждение. Лечение больных с послеоперационным перитонитом осуществляется по общепринятым стандартам лечения больных с распространенным перитонитом. Однако в группе больных пожилого и старческого возраста после адекватной санации очага инфекции ряд факторов могут иметь важное прогностическое значение в исходе заболевания и нуждаются в более тщательном анализе и своевременной коррекции. Выводы. В группе больных пожилого и старческого возраста после адекватно выполненной санации очага инфекции тяжесть состояния перед операцией, определяемая по шкале APACHE-II, и наличие полирезистентных штаммов бактерий имеют важное прогностическое значение в исходе лечения. Эти данные нуждаются в анализе больших клинических групп и с вовлечением больших параметров в качестве факторов риска неблагоприятного исхода послеоперационного перитонита.

441. Экспериментальное изучение антимикробного пептида лактоферрицина при эшерихиозном перитоните у крыс

Чукарев В.С., Жидовинов А.А., Коханов А.В.,
Дадаев И.С.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Состав микрофлоры перитонеальной жидкости при перитоните изменяется под влиянием антибактериальной терапии в сторону преобладания устойчивых бактерий. В связи с появлением устойчивых к антибиотикам штаммов микроорганизмов, в качестве альтернативы антибиотикам представляют интерес антимикробные пептиды, для которых у бактерий нет механизмов формирования резистентности. Мощным источником антимикробных пептидов являются нейтрофилы человека, продуцирующие лактоферрин. Еще более выраженный бактерицидный эффект обнаружен у N-концевого короткого пептида из лактоферрина, названного лактоферрицином. Цель работы. Изучение уровней лактоферрицина в сыворотке крови и перитонеальном экссудате крыс при моделировании эшерихиозного гнойного перитонита. Материал и методы. Работа выполнена на 20 белых нелинейных крысах-самцах массой 180-240 г из питомника лабораторных животных ФГБУ «НИИ по изучению лепры» МЗ РФ (г. Астрахань), согласно принципам Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях (Страсбург, 1986). В соответствии с целью, 10 животным опытной группы моделировали перитонит однократным внутрибрюшинным введением взвеси 1?10¹⁵ микробных тел E. Coli в 1 мл физиологического раствора. Второй опытной группе моделировали асептический перитонит путем однократной внутрибрюшинной инъекции каррагинана в 1 мл физиологического раствора. Раствор каррагинана готовили, растворяя 50 мг сухого порошка (ООО «Тинокс-Хим», Россия) в 10 мл стерильного изотонического раствора хлорида натрия. Через 72 часа после внутрибрюшинных инъекций под эфирным наркозом путем декапитации осуществляли эктаназию животных обеих групп. В качестве контроля использовали образцы сывороток крови крыс, взятых из хвостовой вены за неделю до начала эксперимента. В крови всех крыс определяли лейкоцитарный индекс

интоксикации (ЛИИ), а в сыворотке крови и перитонеальном экссудате уровень молекул средней массы (МСМ) и концентрацию лактоферрицина (Лфцина) спектрофотометрически на волне длиной 280 нм. Отличие техники определения Лфцина от МСМ состоит в предварительном гидролизе каждой пробы Лфцина в кислой среде в течение 4 часов при 37°C раствором пепсина свиньи с активностью 90 U/мг (Sigma, США). Дальнейшая обработка проб Лфцина и МСМ 10% раствором трихлоруксусной кислотой, нейтрализация проб и их спектрофотометрия проводилась по общей схеме. Результаты. Падежа среди крыс после моделирования монобактериального перитонита на протяжении первых трех дней эксперимента не наблюдалось. Однако после вскрытия выведенных из эксперимента животных у всех крыс имелся разлитой гнойный перитонит и парез кишечника. О наличии у крыс с перитонитом признаков эндотоксикоза средней степени тяжести свидетельствовало достоверное ($p > 0,05$) изменение у них в крови уровней МСМ, ЛИИ и лактоферрицина. В группе из 10 крыс с асептических каррагинановым перитонитом обнаружены более низкие значения ЛИИ, МСМ, и практически полное отсутствие лактоферрицина в сыворотке крови и в перитонеальном экссудате. Различия полученные на интактных крысах до эксперимента, в сравнении с данными, полученными на крысах с асептическим перитонитом, статистически достоверно отличаются по ЛИИ и МСМ ($p > 0,05$), но статистически не отличаются по лактоферрицину. Различия между группами крыс с асептическим и эшерихиозным перитонитом подтверждены методом ROC-анализа. Выводы. Заражение крыс внутрибрюшинной инъекцией штаммом *E. Coli* в дозах $1 \cdot 10^{15}$ микробных тел приводит к развитию у них гнойного разлитого перитонита, а в крови животных повышается концентрация всех трех индикаторов эндотоксикоза. Из трех изученных показателей, два отражают степень тяжести эндотоксикоза при перитоните, и только лактоферрицин отражает степень бактериальной обсемененности брюшной полости. Дальнейшие исследования лактоферрицина позволят определить перспективность этого антибактериального пептида в экспериментальной абдоминальной хирургии.

442. Изучение параметров метаболизма слизистой оболочки тонкой кишки в остром периоде спинальной травмы

*Балеев М.С. (1), Киселева Е.Б. (2),
Логонова М.М. (2), Ширманова М.В. (2),
Перльмуттер О.А. (3), Фраерман А.П. (3),
Толмосов Ю.В. (2), Щеславский В.И. (2),
Гладкова Н.Д. (2), Рябков М.Г. (2)*

Нижний Новгород

- 1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская Клиническая Больница № 30»,
- 2) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. В действующих клинических рекомендациях «По лечению острой осложненной и неосложненной травмы позвоночника у взрослых» и ряде научных работ (Крылов В.В., 2015; Иванова Е.Ю., 2018; Ивашкин В.Т., 2017) для профилактики обменных нарушений у пациентов с травмой позвоночника предлагается раннее энтеральное питание с высоким содержанием белковых продуктов. Однако, известно, что именно белковые препараты оказывают максимальную энергетическую нагрузку на пищеварительный тракт, пищевой термогенез достигает уровня в 30-32% (Braun K., 2018; Calcagno M., 2019), что идет в разрез с общепринятыми тенденциями раннего энтерального питания. Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на лабораторных животных – крысах линии «Вистар» (самцы, массой от 230 до 285 г., $n=10$). 5 животным была смоделирована спинальная травма: полное пересечение спинного мозга на уровне Th5- Th6. (Новосельская Н.А., 2020). Изменение метаболических процессов в тканях слизистой оболочки тонкой кишки у этих крыс регистрировали *in vivo* через 24 часа после повреждения спинного мозга. Остальные 5 крыс без травмы служили контролем. Сигнал автофлуоресценции эндогенных флуорофоров слизистой оболочки тонкой кишки регистрировали в спектральном канале метаболического кофактора никотинамидадениндинуклеотида НАД(Ф)Н на оригинальном двухканальном конфокальном FLIM/PLIM макросканере (Becker&Hickl, Германия). Оценку статистической значимости различий параметров времени жизни флуоресценции при сравнении групп по количественному признаку проводили по критерию Вилкоксона. Полученные

результаты. Получены результаты по разнице показателей эндогенной флуоресценции от слизистой оболочки кишечной стенки после моделирования травмы по сравнению с нормой. Средне-взвешенное время жизни флуоресценции (tm) для слизистой оболочки тонкой кишки статистически значимо ($p=0,004$) снизилось через 24 часа после травмы спинного мозга относительно показателей контрольной группы (1,64 [0,94; 2,08] нс) и составило 1,13 [0,88; 1,33] нс. Значения вклада короткой компоненты затухания (a1) в норму составили 74,0 [70,7; 78,8] %, а через 24 часа после травмы выросли до 79,2 [78,2; 80,0] % ($p=0,016$). Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что острый период травмы спинного мозга сопровождается нарушением метаболических процессов в слизистой оболочке кишечной стенки по катаболической направленности обмена веществ. Возможно, данное состояние обусловлено нарушением перфузии ткани тонкой кишки с одной стороны и нарушением ее симпатической иннервации с другой. Данный факт заслуживает внимания, поскольку известное на сегодняшний день положение о раннем энтеральном питании с высоким содержанием белка идет в разрез с принципами пищевого термогенеза, поскольку сопровождающееся дополнительными затратами энергии у пациентов с тяжелой спинальной травмой. Выводы. Травматическая болезнь спинного мозга в остром периоде, сопровождается нарушением метаболических процессов в слизистой оболочке кишечной стенки в первые сутки после полного пересечения спинномозговых структур на уровне Th5-Th6 позвонков. Установленные закономерности могут служить основой для активной внутрикишечной терапии, направленной на поддержание должных метаболических процессов в кишечной стенке. С одновременным снижением затрат энергии на переваривание белка, с одной стороны и сохранением его необходимой концентрации в организме пострадавшего, с другой, что в конечном итоге поможет снизить процент формирования декубитальных язв в остром и отдалённом периоде течения травматической болезни спинного мозга. Рекомендации. Необходима своевременная и правильная подборка питательных препаратов, используемых для купирования энтеральной недостаточности у пациентов с травматической болезнью спинного мозга, что послужит одной из мер профилактики формирования декубитальных язв. Благодарность. Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 19-75-10096.

443. Отдаленные результаты применения малоинвазивных методов в лечении осложнений портальной гипертензии

Затевыхин И.И. (1), Цицашвили М.Ш. (1), Шиповский В.Н. (1,2), Монахов Д.В. (1,2), Челябин А.С. (1,2), Забадаева О.Б. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 2) Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева

Актуальность. Среди хирургических осложнений портальной гипертензии значимыми являются кровотечения, резистентный асцит и гидроторакс. В лечении осложнений ведущее место занимают эндоскопические и эндоваскулярные операции. Цель исследования. Оценить отдаленные результаты применения TIPS и эндоскопического лигирования (ЭЛ) в лечении осложнений портальной гипертензии. Материалы и методы. Работа (2005-2021) основана на анализе лечения 3556 пациентов с осложнениями портальной гипертензии: 298 пациентов с кровотечениями из ВРВП и ВРВЖ и 1434 пациента с угрозой кровотечения. ЭЛ ВРВП и ВРВЖ (GOVI и GOV II) выполнено у 1722 пациентов (1-я группа). Вторая группа (n-312) пациентов с печеночной формой портальной гипертензии и различными осложнениями- кровотечениями из ВРВП и ВРВЖ (n-149), резистентным асцитом (n-163) в сочетании с печеночным гидротораксом (n-5), которым выполнен TIPS. Структура больных (n-149) с кровотечением: 128 пациентов с состоявшимся и 21 пациент с продолжающимся: 4-м пациентам с целью экстренного гемостаза выполнено ЭЛ, а 17 установлен зонд-обтуратор. После курса консервативной терапии и оценки операционного риска, 149 пациентам проведен TIPS с использованием голометаллических (группа 1, n- 65) стентов и стент-графтов (группа 2, n- 84). Характеристика пациентов с резистентным асцитом (n- 163): у 35 был эпизод ЖКК, у 5-ти правосторонний гидроторакс. В дальнейшем этим пациентам выполнен TIPS (голометаллический стент-31, стент-графт-132). Технический успех операции TIPS 95,7%. До выполнения TIPS мы определяли показания/противопоказания для трансплантации печени. При выявлении ВРВП с признаками угрозы кровотечения у этой группы больных выполнялись сеансы лигирования. При выявлении признаков дисфункции

внутрипеченочного шунта - выполняли реинтервенции- повторные вмешательства после TIPS. У группы пациентов (n-42) выполнено : реканализация стента и баллонная дилатация у 16 пациентов, реканализация и стентирование «стент в стент» 14, при этом трем из них выполнена эмболизация левой желудочной вены, параллельный TIPS 8 и Y-образный TIPS 4 пациентам. У 7 пациентов попытки реканализации были неудачные. Технический успех реинтервенции 78.6% Результаты. У пациентов с кровотечениями (n-149) интраоперационное снижение порто-системного градиента давления составило: с 23.4 ± 7.1 mmHg до 7.6 ± 3.5 mmHg. Медиана наблюдения за пациентами составила 649 дней. Проходимость внутрипеченочного стента составила 93% и 75.9% через 1 и 3 года. Летальность в группе составила 93.4% и 77.2% через 1 и 3 года. Отсутствие рецидива кровотечения в группе через 1 и 3 года составило 94.2% и 71.4%, соответственно. Результаты лечения пациентов с резистентным асцитом (n-163). У пациентов с резистентным асцитом интраоперационные показатели порто-системного градиента были выше, снижение давления составило: с 26.2 ± 6.7 mmHg до 9.7 ± 3.6 mmHg. Проходимость внутрипеченочного стента составила 91% и 72.4% через 1 и 3 года. Летальность в группе составила 91.4% и 72.1% через 1 и 3 года. Через 5 лет после операции TIPS у 90% пациентов (при проходимом шунте) было минимальное количество асцитической жидкости, а у 66% пациентов полное ее отсутствие. Результаты летальности после применения эндоваскулярных и эндоскопических вмешательств (TIPS+ ЭЛ, n -312) через 1, 3, 5 и 10 лет- 87%, 68%, 59% и 46%. После выполнения ЭЛ и TIPS в сотрудничестве с трансплантологами было выполнено 56 ортотопических трансплантаций печени- 12 пациентов после TIPS и 44 пациента после ЭЛ в сроки от 1.5 до 79 месяцев Выводы: 1. Эндоскопические и эндоваскулярные методы лечения осложнений портальной гипертензии являются «мостиком» к трансплантации печени и позволяют продлить жизнь пациента до пересадки печени 2. TIPS с использованием стент-графтов предпочтительнее ввиду лучших результатов проходимости стента и, как следствие, меньшего количества осложнений портальной гипертензии.

444.Анализ ВТЭО у онкологических больных в НМИЦ онкологии

Кательницкая О.В., Черняк М.Н.

Ростов-на-Дону

НМИЦ онкологии

Введение. Венозные тромбозэмболические осложнения (ВТЭО) у онкологических больных могут возникать на любом этапе диагностики и лечения. В настоящее время отмечается недостаток данных о частоте рак-ассоциированных тромбозов в онкологии в нашей стране. Сложности в лечении венозного тромбоза у данной категории больных обусловлена высокой частотой рецидивов и геморрагических осложнений на фоне адекватной антикоагулянтной терапии. Цель исследования. Оценить частоту ВТЭО у онкологических больных, зависимость от локализации ЗНО и этапа лечения. Методы и материалы. С января 2020 г. по декабрь 2020 г. в НМИЦ онкологии диагностировано 157 случаев ВТЭО у онкологических больных на различных этапах диагностики и лечения основного заболевания. Результаты. Наиболее часто ВТЭО встречались у больных с опухолями ЦНС (22,9%), при ЗНО урологической (18,5%) и гинекологической локализаций (15,9%), опухолях ЖКТ (15,3%). Больные с ЗНО легкого составили 9,6%, опухоли головы и шеи – 8,3% , гематологические – 4,5% и другие локализации - 5%. Большинство больных имели местно-распространенный процесс или отдаленные метастазы (70,7%). Чаще всего ВТЭО развивались у онкологических больных в послеоперационном периоде – 49,7%. На этапе химиотерапевтического лечения частота ВТЭО составила 40,1%, до начала противоопухолевого лечения – 10,2 %. Средний возраст на момент диагностики эпизода ВТЭО составил $63,4 \pm 5,2$ года. ВТЭО чаще встречались у лиц женского пола (58% vs 42%). Флеботромбоз нижних конечностей диагностирован у 50,9% онкологических больных, флеботромбоз с ТЭЛА – 13,4 %, варикотромбофлебит – 13,4%, только ТЭЛА - 3,2%, катетер-ассоциированный флеботромбоз - 19,1%. Имплантация кава-фильтра потребовалась в 4 случаях (2,5%). В острую стадию ВТЭО основными препаратами для лечения были парентеральные антикоагулянты (92,3%). При стабилизации тромбоза 74,5 % больных переведены на таблетированные антикоагулянты. За 6 месячный период наблюдения частота рецидивов тромбоза была низкой и составила 6,7%. Летальность от ВТЭО не превысила 5,1%. Частота геморрагических

осложнений на фоне антикоагулянтной терапии 5,3%. Выводы. Наибольшая частота ВТЭО диагностирована в послеоперационном периоде. Согласно нашим данным наиболее тромбогенными ЗНО являются опухоли ЦНС, урологической и гинекологической локализации, ЖКТ. В острую стадию ВТЭО больные преимущественно получали парентеральные антикоагулянты под контролем показателей коагулограммы с последующим переводом на таблетированные. Данная стратегия лечению показала низкую частоту рецидивов тромбоза и геморрагических осложнений

445. Опыт проведения трепанбиопсии в дооперационной верификации опухолей молочных желез

Ахмедов И.Г. (1,2), Гидаева Э.Г. (2)

Махачкала

- 1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
- 2) ООО «Медицинский центр «Здоровье»

Актуальность. Дооперационная верификация микроморфологической характеристики опухоли молочной железы при современном уровне развития хирургической технологии имеет первостепенное значение для выбора оптимального объема операции как в плане радикальности вмешательства, так и в эстетическом плане для выполнения органосохраняющих операций с хорошими прогностическими показателями. Материал и методы. Трепанбиопсию опухоли молочной железы проводили с помощью биопсийной системы BARD MAGNUM (Bard Peripheral Vascular, Inc.). Использовались иглы с проводником для трепанбиопсии 16G. С помощью УЗИ определялась наиболее оптимальная траектория проведения иглы, контролировалось распространение анестетика в перинодулярной ткани, а также наводилась игла на интересующую зону опухоли для прицельной биопсии. Ультразвуковой контроль позволял прогнозировать осложнения и выбирать наиболее безопасную траекторию пункции. С каждой опухоли брались биопсии из трех участков, причем, биопсийный материал должен был тонуть в формалине, в

противном случае материал брали повторно. Ультразвуковое исследование молочных желез и контроль при навигации биопсийной иглы проводили с помощью ультразвуковой диагностической системой GE Vivid S5. Использовался обычный линейный датчик с частотой 10 МГц. Предварительные тонкоигольные пункции и цитологическое исследование не проводились. Трепанбиопсия за 2021 год на этапе догоспитального обследования была проведена у 63 пациенток в возрасте 23 - 55 лет (в среднем 40,6±9,9 лет). Показаниями к проведению трепанбиопсии служили результаты УЗИ категории BI-RADS 5 (9 пациенток), BI-RADS 4 (42 пациентки), а также BI-RADS 3 при отсутствии возможности динамического наблюдения (4 пациенток), и BI-RADS 2 перед проведением оперативного вмешательства (13 пациенток). Результаты. Осложнений, связанных с проведением трепанбиопсии, не наблюдалось ни у кого. При сопоставлении результатов УЗИ с результатами гистологического исследования получены следующие результаты: - при категории BI-RADS 2 - BI-RADS 3 по данным УЗИ все гистологические заключения соответствовали доброкачественному образованию молочной железы; - при категории BI-RADS 4 по данным УЗИ у 17 (40,5%) пациенток результат при гистологическом заключении соответствовал доброкачественному образованию молочной железы, а у 25 (59,5%) был выявлен рак молочной железы; - при категории BI-RADS 5 по данным УЗИ у всех 9 пациенток при гистологическом исследовании биоптата результат соответствовал злокачественному новообразованию молочной железы. Все пациентки оперированы, гистологическое заключение до операции во всех случаях соответствовал результатом гистологического исследования материала, удаленного во время операции. Вывод. Таким образом, информативность дооперационного гистологического исследования биоптата при трепанбиопсии оказалась высокой. Вероятность злокачественного новообразования при категории BI-RADS 4 - BI-RADS 5 составила более 59,5%.

446. Выбор доступа при выполнении спленэктомии у больных гематологическими заболеваниями с массивной спленомегалией и портальной гипертензией

*Данишян К.И. (1), Сабиров К.Р. (1),
Гржимоловский А.В.(1), Прасолов Н.В. (1),
Киценко Е.А.(2)*

Москва

- 1) ФГБУ "НМИЦ гематологии" Минздрава России,
- 2) ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского

Актуальность. У больных с гематологическими заболеваниями без заболевания печени возможно развитие портальной гипертензии, имеющей неосложненное течение. При массивной спленомегалии нередко выявляют расширение селезеночной и воротной вен, варикозное расширение вен пищевода и желудка I-II степени и асцит. У данной категории больных увеличенный за счет спленомегалии портальный кровоток является основной причиной портальной гипертензии, что может вызвать технические сложности при спленэктомии. Травма селезеночной вены и её коллатералей сопровождается массивным кровотечением. Высокий риск кровотечения часто определяет выбор в пользу открытой техники операции. Цель работы. Показать эффективность и безопасность лапароскопической спленэктомии у больных гематологическими заболеваниями с массивной спленомегалией и портальной гипертензией. Материалы и методы. В хирургическом отделении ФГБУ НМИЦ гематологии с 2011 по 2021 гг. выполнено 47 спленэктомий у больных гематологическими заболеваниями с массивной спленомегалией (размеры селезенки 18-28 см) и портальной гипертензией. У 27 пациентов до операции был установлен диагноз лимфопролиферативного заболевания, у 10 пациентов – хроническое миелолифолиферативное заболевание, в 10 случаях спленэктомия носила диагностический характер. Всем больных перед операцией выполняли УЗ-доплерографию портальной системы и КТ органов брюшной полости с болюсным контрастным усилением для оценки степени расширения селезеночной и воротной вены, ЭГДС для выявления варикозных вен пищевода и желудка. Диаметр воротной вены составлял 14-22 мм. Всем пациентам проводилось расширенное коагулологическое исследование для выявления нарушений гемостаза. Селезенка извлекалась из лапаротомного доступа по Фанненштилю. Результаты и обсуждение. При

интраоперационной ревизии отмечалось расширение вен по передней стенке тела и фундального отдела желудка, расширенные забрюшинные венозные коллатерали. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 90 минут (80-120 мин). Средняя кровопотеря составила 250 мл (0-2100 мл). Частота конверсий составила 21,3% (10/47). Причиной конверсий во всех случаях была травма венозных коллатералей, идущих от селезенки и возникшие трудности визуализации. В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее релапароскопии 2,1% (1/47), жидкостные скопления в области хвоста поджелудочной железы 12,8% (6/47), тромбоз воротной вены 31,9% (15/47). На фоне проводимой антикоагулянтной терапии во всех случаях достигнута реканализация воротной вены. Жидкостные скопления в 2 случаях потребовали дренирования под ультразвуковым контролем. Выводы. Лапароскопическая спленэктомия при гематологических заболеваниях с массивной спленомегалией и портальной гипертензией сопряжена с высоким риском конверсии, но может выполняться в условиях специализированных центров.

447. Оценка эффективности внутрипортальных инфузий в эксперименте

*Паркин П.Н., Беляев А.Н., Бояркин Е.В., Костин С.В.,
Бабась Д.В.*

Саранск

ФГБОУ ВО «НИ МГУ им. Н.П. Огарева»

Актуальность. Анализ клинических наблюдений показал высокий уровень пациентов с патологией гепатодуоденальной зоны: число обращений за urgentной медицинской помощью имеет тенденцию к росту количества заболевших. Среди наиболее частых форм патологии панкреатобилиарной зоны является механическая желтуха. Степень тяжести состояния больных напрямую обусловлена скоростью развития печеночно-клеточной недостаточности на фоне имеющейся сопутствующей патологии. Гипертензия

желчевыводящей системы приводит к нарушениям в микроциркуляторном русле печени и активации цитолиза клеток: возрастает интоксикационный синдром, вследствие чего осложняется течение основного заболевания. В клинических случаях, помимо оперативного лечения механической желтухи, с целью коррекции печеночной недостаточности используют системную метаболическую терапию, с использованием внутривенного пути инфузий. Целесообразным является использование внутриворотального пути введения лекарственных препаратов, позволяющего создавать более высокую концентрацию препаратов в сосудистом русле печени. Однако, внутриворотальный путь введения жидкостей на мелких лабораторных животных не разработан, что является сдерживающим фактором оптимизации лечения печеночной недостаточности. Целью настоящего исследования является разработка методики катетеризации воротной вены у лабораторных животных (крыс) для внутриворотальной инфузионной терапии при обратимой механической желтухе. Материалы и методы. Исследования были проведены на 10 половозрелых особях крыс-самцов серии «Винар» со средней массой тела 250-300 гр., которые содержались в условиях вивария со свободным доступом к пище и воде. Все лабораторные животные прошли недельный карантин и профилактические прививки. Оперативное пособие (катетеризация воротной вены печени и моделирование обратимой механической желтухи) осуществлялось под тиопентал-натриевым наркозом из расчета 0,1 мл. на 100 гр. массы тела животного внутримышечно в наружную поверхность бедра однократно. С учетом оптимального доступа к печени у экспериментальных животных выбором оперативного доступа стала верхняя срединная лапаротомия. Выделенная гепатодуоденальная зона имеет аналогичную топографическую анатомию с органами пищеварительной системы человека (за исключением отсутствия желчного пузыря у животных). Воротная вена со средним диаметром 0,3-0,4 см. и длиной 3-3,5 см. расположена позади верхней части 12-перстной кишки и, проходя между листками печеночно-дуоденальной связки, доходит до ворот печени. На свободную внепеченочную часть воротной вены, с целью минимизации интраоперационного кровотечения, временно (на 3 минуты) накладывали мягкий кровоостанавливающий зажим, затем в средней части вены проводилась пункция стенки проводником и по нему в просвет устанавливался одноканальный резиновый катетер,

диаметром 1мм (рис. 1), который подшивался к стенке вены хирургической нитью ПГА (полигидроксиацетил) 00 (рис. 2). Затем снимался мягкий зажим с воротной вены и по ней восстанавливался активный кровоток. Свободный конец катетера выведен через контрапертуру на переднюю брюшную стенку и подшит к холке животного. Результаты и обсуждение. Анализ экспериментального исследования показал возможность использования катетеризации воротной вены печени у лабораторных крыс с целью внутриворотальных инфузий лекарственных средств при обратимой механической желтухе. Во время проведения эксперимента на лабораторных животных с обратимой механической желтухой нами не выявлено побочных эффектов от проводимых регионарных инфузий: на 15-е сутки послеоперационного периода отмечается уменьшение признаков печеночной энцефалопатии в виде восстановления сознания и нормализации рефлексов, восполнение дефицита массы тела (разница от исходных величин оценивалась путем взвешивания животных на 5, 10 и 15-е сутки послеоперационного периода), купирование явлений желтухи (физиологическая окраска кожи ушей и хвоста). Отмечается снижение цитолитического синдрома за счет уменьшения ферментативной активности печени: концентрация общего билирубина и ферментов печени (АлАТ, ЩФ) на 15-е сутки эксперимента достигли нормальных показателей по сравнению с результатами на 10-й день. Активность АлАТ достоверно уменьшилась на 7 Ед/л (6,4%); ЩФ – на 34,7 Ед/л (10,4%). Выводы. Катетеризация воротной вены печени у лабораторных животных (крыс) дает возможность проведения внутриворотального введения лекарственных средств при патологии гепатобилиарной зоны. Регионарная терапия предусматривает адресную доставку действующих веществ к очагу поражения, обеспечивает точную коррекцию дозировки вводимых препаратов и минимизацию побочных эффектов, характерных для системного применения лекарственных средств. Во время эксперимента нами не выявлено осложнений от проведенной катетеризации воротной вены в течение 20-ти дней наблюдений. Исходя из этого, использование данного метода возможно в течение длительного времени.

448. Влияние на течение раневого процесса при травмах кисти*Пильников А.А., Павлов А.И., Джабраилов А.Ш., Хаев А.В., и Староконь П.М.*

Красногорск

З ЦКВГ имени А.А.Вишневского МО РФ

Повреждения кисти в структуре других травм конечностей составляет от 30% до 57%. Сложное анатомо-топографическое строение кисти диктует выполнение правильного алгоритма лечения больных на каждом этапе оказания помощи. Кроме того, необходимо иметь в виду, что кисть функционально является важным инструментом в жизнедеятельности человека и во многом влияет на показатели его качества жизни. Рациональный лечебный алгоритм при травмах кисти включает в себя оказание первой помощи в полном объеме при получении травмы, раннее получение неотложной специализированной хирургической помощи и ведение послеоперационного периода, с целью максимального снижения риска осложнений. С этой целью в программу послеоперационного периода включены методы раннего физиотерапевтического воздействия на раневую процесс. Кроме того, в лечебные мероприятия включены элементы лечебной физкультуры, в объеме не влияющем на заживление раны и формирование рубца. Для ретроспективного анализа результатов лечения пациентов с повреждениями кисти оценивали течение раневого процесса пострадавших находившихся на стационарном лечении в 2019 - 2020 гг. Всего лечение проведено 104 пострадавшим. Мужчин было 93 (89,4%), средний возраст – 35,9 лет. Женщин было 11 (10,6%). Средний возраст – 46,5 лет. Представленные пациенты являются людьми трудоспособного возраста, для которых утрата функциональной способности кисти является чрезвычайно значимой. По характеру травмы кисти определены следующие повреждения: у 28 пациентов (26,9%) – ушибленные раны; у 35 (33,6%) – резаные раны; у 1 – колотая рана. У 40 пациентов (38,4%), поступивших в ЛПО с обработанной раной, механизм повреждения не удалось установить. В специализированном отделении всем пациентам выполнены оперативные пособия, которые включали: первичную или вторичную хирургические обработки; шов или пластику сухожилия, нервов; операции на костях (накостный остеосинтез, спицевой остеосинтез, аппараты внешней фиксации); кожные пластики. Комплексное лечение

включало раннее назначение антибиотиков (цефалоспорины, макролиды) в комбинации с метронидазолом, противовоспалительных препаратов, обезболивающих, иммобилизацию. У 21 пострадавшего с целью создания наиболее благоприятных условий течения раневого процесса в раннем послеоперационном периоде назначено физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, лазеротерапия, УФО). Кроме того, для оптимизации раневого процесса применили переменное электростатическое поле аппарата «ХИВАМАТ Эвидент». Процедуру проводили при помощи аппликаторов, диаметром 5 и 1,5 см, предустановленной программой (3-4-3 минуты, ежедневно № 3-4). На фоне раннего применения физиотерапевтического лечения в послеоперационном периоде отмечено более благоприятное течение раневого процесса кисти: купировался отек тканей, исчезала гиперемия краев раны, улучшались условия формирования рубца. Ни у одного пациента, которому применялось раннее физиотерапевтическое лечение на отмечены послеоперационные осложнения. В группе пациентов, без применения методов физиолечения осложнения послеоперационного периода отмечены в 2,4% случаев. Выводы. Раннее применение методов физиотерапевтического воздействия на течение раневого процесса при травмах кисти, способствует более благоприятному заживлению раны и создает предпосылки для более раннего восстановления функциональной способности кисти.

449. Профилактика хронической невралгии при использовании интраоперационного нейромониторинга у больных паховыми грыжами*Ромащенко П.Н., Семенов В.В., Мамошин А.А.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Актуальность. Операции по поводу паховых грыж являются одними из самых распространенных хирургических вмешательств и ежегодно выполняются более 20 миллионам пациентов. При этом частота развития хронической боли,

сохраняющейся через 3 месяца после открытой или эндоскопической герниопластики и влияющей на нормальную повседневную деятельность или работу, колеблется от 4 до 15%. Возникающая после данных операций боль зачастую носит невропатический характер и связана с прямым повреждением нервов, попадающих в шов при фиксации сетчатого протеза. В связи с этим значительно теряется качество жизни и трудоспособность пациентов, несмотря на отсутствие рецидива грыжеобразования, приводя в отдельных случаях к инвалидизации больных. Цель. Проанализировать преимущества использования интраоперационного нейромониторинга при выполнении герниопластики у больных паховыми грыжами. Материалы и методы. В исследование вошли 132 пациента с первичными паховыми грыжами, прооперированные в период с 2021 по 2022 гг. Основную группу составили 32 пациента, у которых применялся интраоперационный нейромониторинг (ИОНМ) во время герниопластики: 15 больным выполнили предбрюшинную операцию ТЕР (total extraperitoneal plasty), 7 пациентам – ТАРР (transabdominal preperitoneal plasty) и 10 больных перенесли традиционную операцию Лихтенштейна. В контрольную группу отобраны сведения о 100 пациентах после герниопластики без использования ИОНМ: 40 пациентов – после ТЕР, 20 – после лапароскопической операции ТАРР и 40 больных после открытой паховой герниопластики по методике Лихтенштейна. В исследовании использовали авторскую методику коллектива нашей кафедры для ИОНМ: регистрацию электрического потенциала оценивали с помощью игольчатых электродов, установленных в прямую и косые и поперечную мышцы живота. Во время операции использовали стимуляционные электроды различной длины в зависимости от характера вмешательства (открытое или эндовидеохирургическое). Результаты. Установлено, что в 29 (90,6%) клинических наблюдениях с использованием ИОНМ на 3-5 сутки перед выпиской отсутствовал болевой синдром и лишь 3 (9,4%) пациента предъявляли жалобы на незначительный дискомфорт в паховой области ($p < 0,05$). При контрольном осмотре через 1 и 3 месяца после операции у всех 32 (100%) пациентов болевой синдром купирован. В 100 клинических наблюдениях без использования ИОНМ в раннем послеоперационном периоде умеренный болевой синдром (по Визуальной аналоговой шкале 3-4 балла) наблюдался в 15 (15%) случаях: после лапароскопической герниопластики ТАРР у 4 пациентов и у 11 после операции Лихтенштейна. Через 3 месяца при контрольном осмотре легкий

болевой синдром (по ВАШ 1-2 балла) сохранялся у 3-х (3%) пациентов после традиционной герниопластики. Однако данный факт заставлял больных периодически использовать нестероидные противовоспалительные средства, что ухудшало качество жизни и влияло на трудоспособность. Заключение. Выполнение паховой герниопластики может сопровождаться появлением хронического болевого синдрома в послеоперационном периоде, что может значительно ухудшать качество жизни пациентов. Использование в профильном герниологическом стационаре ИОНМ как в открытом, так и в эндовидеохирургическом вариантах герниопластики позволяет избежать появления хронической невралгии и в максимально короткие сроки вернуть пациентов к труду.

450. Многоуровневая аналгезия в лечении больных большими послеоперационными вентральными грыжами

Ромашенко П.Н., Семенов В.В., Прудьева С.А., Строганов А.И., Белолипецкий С.С.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова
(нач. – чл.-корр. РАН Ромашенко П.Н.)

Актуальность. Лечение больных послеоперационными вентральными грыжами является одной из актуальных и сложных проблем в общехирургической практике, так как частота развития грыж после плановых и экстренных вмешательств колеблется в пределах 15-50 %. Возникающий в результате операции болевой синдром носит ноцицептивный или соматический характер и связан непосредственно с хирургической агрессией в зоне оперативного вмешательства в связи с травмой мышечных волокон, связок или внедрением синтетического инородного материала в слои брюшной стенки. Данный тип боли может надолго сохраняться и осложнять течение раннего послеоперационного периода, увеличивая сроки реабилитации пациентов. Цель. Оценить эффективность многоуровневой аналгезии в лечении болевого синдрома у больных большими

послеоперационными вентральными грыжами в раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы. В исследование вошли 100 пациентов с большими W3 (ширина грыжевого дефекта более 10 см) послеоперационными грыжами, прооперированные в период с 2020 по 2022 гг. Многоуровневую аналгезию проводили 41 (41%) пациенту в послеоперационном периоде, которая включала: 1) выполнение предоперационной проводниковой аналгезии с использованием методики ESP (erector spine plane) блока; 2) местное обезболивание 0,1% раствором лидокаина с использованием дренажей/катетеров, устанавливаемых в ретромулярное пространство к области сетчатого протеза с экспозицией раствора в течение 10 минут; 3) стандартную обезболивающую терапию с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). В контрольную группу включены 59 пациентов, которым проводили стандартную противовоспалительную и обезболивающую терапию в раннем послеоперационном периоде. Результаты. В ходе исследования установлено, что все пациенты основной группы после операции отмечали значительно меньший болевой синдром (по Визуальной аналоговой шкале 2-3 балла), в отличие от больных контрольной группы, у которых в 1-е сутки после вмешательства отмечалась достаточно выраженная боль (по ВАШ 5-6 баллов), что потребовало дополнительного использования НПВС у 33 (55,9%), а в 3-х случаях после устранения больших рецидивных грыж – использования раствора трамадола 50 мг/мл ($p > 0,05$). Пациенты основной группы были выписаны на 5-е сутки после операции и жалоб при выписке не предъявляли. Необходимость дополнительной аналгезии парентеральными НПВС у больных контрольной группы сохранялась в течение всего послеоперационного периода, что ухудшало качество жизни пациентов, а также увеличивало сроки госпитализации в среднем на 5 суток (средний койко-день после операции составил 10 суток) и повышало затраты медицинского учреждения на лечение данной категории пациентов. Заключение. Таким образом, использование многоуровневой аналгезии у больных большими W3 послеоперационными вентральными грыжами достоверно позволяет минимизировать ноцицептивный болевой синдром, позволяя сократить сроки госпитализации и улучшить качество жизни пациентов, а, кроме того, повысить экономическую эффективность работы герниологического стационара.

451. Острый панкреатит средней и тяжелой степени: ближайшие результаты лечения при применении современных технологий и тактических решений

*Дарвин В. В., Краснов Е. А., Тутолмин В. Р.,
Варганова А. Н., Мозжегорова И. В., Петри С. И.*

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет, БУ Сургутская окружная клиническая больница

Введение. Заболеваемость острым панкреатитом в последние десятилетия имеет достоверную тенденцию к росту, составляя более 10% в группе больных с острой абдоминальной хирургической патологией. Госпитальная летальность у больных с тяжелым острым панкреатитом достигает 26–32%. Цель исследования. Провести объективный анализ ближайших результатов лечения больных с острым панкреатитом средней и тяжелой степени при применении современных технологий и тактических решений. Материал и методы. Настоящее исследование является сплошным и ретроспективным. Проанализированы ближайшие результаты лечения 248 больных (11,3%) с острым панкреатитом средней и тяжелой степени из 2191 с диагнозом острый панкреатит, поступивших в клинику за последние 5 лет. Острый панкреатит средней тяжести имел место у 137 больных (55,2%), тяжелой степени – у 111 (44,8%). Тяжесть течения определялась в соответствии с критериями, отраженными Российских клинических рекомендациях. Диагностический алгоритм соответствовал рекомендованному и включал физикальные, лабораторные, инструментальные (эндоскопические, УЗИ, лучевые), микробиологические методы, статистическая обработка материала. Показаниями к применению инвазивных технологий диагностики и лечения являлись: - асептический панкреонекроз с прогрессирующей полиорганной недостаточностью, объемные ограниченные и распространенные жидкостные скопления (ОЖС); - инфицированный ПН, абсцессы ПЖ, флегмона и абсцессы забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит; - деструктивный холецистит, билиарная гипертензия, иные осложнения хирургического профиля. Объем вмешательства включал эвакуацию жидкостных скоплений, удаление некротических тканей или гнойных секвестров ПЖ и парапанкреальной клетчатки при сохранении неизменной ткани, обеспечение эффективного

дренирования. Только консервативные методы лечения применены у 65 пациентов (26,2%), инвазивные методы лечения - у 183 (73,8%). Выбор доступа для инвазивного вмешательства зависел от анатомических и патоморфологических изменений, но у всех больных применены только малоинвазивные технологии: лапароскопическое дренирование, пункция и дренирование под ультразвуковым или КТ, мини-лапаротомия, мини-доступы в поясничной или пахово-подвздошной областях. У 98 пациентов (53,5%) инвазивные вмешательства были многоэтапными. При этом традиционная лапаротомия была применена только у 3 пациентов, переведенных из ЛПУ Округа. Нами проанализировано влияние степени вовлечения в деструктивный процесс ретроперитонеальных клетчаточных пространств на ближайшие результаты лечения. В анализируемой группе больных распространены некротические изменения забрюшинной клетчатки имели место у 82 больных (25,0 %): у 21 пациента - тотальное поражение всей околоободочной клетчатки, у 24 – преимущественно правую околоободочную клетчатку, у 23 – левую околоободочную клетчатку и у 14 – клетчатку брыжейки поперечно-ободочной кишки и корня брыжейки тонкой кишки. Результаты. Умерли 35 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени, общая госпитальная летальность составила 14,1%, госпитальная послеоперационная – 14,8% (27). Анализ степени влияния на результаты лечения больных вовлечения и распространенности деструктивных процессов по забрюшинным клетчаточным пространствам установил, что была определена коррелирующая зависимость между этими показателями ($r_s = 0,76$). При этом доказано что у больных с распространенными некротическими изменениями забрюшинной клетчатки летальность составила 31,7% (28), а при их отсутствии – 5,4% (9), $p < 0,05$). Выводы. 1. В структуре больных с острым панкреатитом доля больных с панкреонекрозом составляет 11,3%, при этом острый панкреатит средней тяжести отмечен у 55,2%, тяжелой степени – у 44,8%. 2. Госпитальная летальность при ведении больных с панкреонекрозом в соответствии с национальными клиническими рекомендациями составляет 14,1%. 3. Вовлечение в деструктивный процесс ретроперитонеальной клетчатки является достоверным фактором неблагоприятного ближайшего результата.

452. Опыт хирургического лечения пациентов с редким синдромом Паркса-Вебера-Рубашова

*Рахимов А.Р., Жукова А.В., Романов Д.В.,
Брылеева А.А.*

Москва

ООО "Центр Сосудистой Патологии"

Актуальность. Синдром Паркса-Вебера-Рубашова (СПВР) является редкой врожденной сосудистой патологией, включающей в себя капиллярную, венозную, лимфатическую мальформации с наличием артерио-венозных (А-В) шунтов. Чаще поражается нижняя конечность, реже верхняя. Сброс артериальной крови через А-В шунты обуславливает синдром "обкрадывания", приводя к гипоксии тканей конечности. Основными осложнениями СПВР являются трофические поражения кожи и венозные язвы (25%), дистальная артериальная ишемия (8,3%), формирование аневризм бедренной, подколенной и плечевой артерий (10,4%). Материалы и методы. За период с 2019 по 2021 год в Центре Сосудистой Патологии было прооперировано 5 пациентов с СПВР, средний возраст которых составил 14,6 лет. У 3-х пациентов отмечалось поражение в области нижней конечности, у 2-х в области верхней конечности. У всех пациентов наблюдалось увеличение объема конечности, у 4-х пациентов отмечался болевой синдром, вызывавший ограничение объема движений в пораженной конечности. Для верификации диагноза использовались инструментальные методы диагностики: УЗДС, МСКТ/МРТ с внутривенным контрастным усилением, термография. Для детализации топографического расположения А-В шунтов использовалось 3D моделирование с последующим принтингом объемной модели. Всем пациентам было выполнено открытое оперативное вмешательство с разобщением А-В шунтов и одновременным склерозированием вено-лимфатической мальформации препаратом "Гемоблок" в объеме от 2-х до 10 мл. Результаты и обсуждение. Период наблюдения составил от 6 до 12 месяцев, за указанный период послеоперационных осложнений не наблюдалось. По данным мировой литературы для закрытия А-В шунтов используется малоинвазивный рентгенэндоваскулярный метод. Однако данный метод обладает низкой эффективностью в связи высокой частотой рецидивов - реканализации А-В шунтов. Вывод. Открытое хирургическое вмешательство с разобщением А-В шунтов и вено-

лимфатической мальформации препаратом "Гемоблок" с одновременным склерозированием по поводу СПВР является высокоэффективным методом лечения таких пациентов.

453. Есть ли перспективы для лапароскопических вмешательств при спаечной кишечной непроходимости?

Баранов Г.А., Гайнулин Ш.М., Фурсов С.А.

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова» МЗ РФ

В настоящее время выполнение оперативного вмешательства при спаечной кишечной непроходимости (СКН) возможно как из лапаротомного доступа, так и с применением видеолапароскопической методики. Несмотря на то, что данное положение уже имеет официальное признание, продолжают обсуждаться теоретические, технологические, практические вопросы и нюансы применения новой технологии. В университетской клинике за период 2013-2019 г.г. лечение по поводу СКН получали 398 пациентов. Анализ результатов лечения показал, что у этих больных полноценная консервативная терапия была эффективной и достаточной в 220 случаев (55,3%). Операция потребовалась 178 больным (44,7%). Исходно выбор в пользу традиционной лапаротомии сделан у 101 пациента из 178 оперированных (56,7%). Всего же чревосечениям были подвергнуты 111 больных, так как у 10 пациентов, которым операция была изначально начата лапароскопическим способом, потребовалась конверсия на лапаротомный доступ. Из числа всех 111 оперированных путём лапаротомии резекция кишки оказалась необходимой у 26 больных и выполнение обходных межкишечных анастомозов - для 3 случаев. У 82 больных в целях устранения СКН достаточным было только разделение спаечного процесса различной степени выраженности. Таким образом, в этой наиболее тяжёлой клинической группе резекция кишечника составила 23,4%, обходные анастомозы - 2,7%, разделение спаек, разное по сложности и длительности - 73,9%. Частота применения лапароскопической методики лечения СКН в

начальной, промежуточной и конечной временных точках анализируемого 7-летнего периода составила 40,9% - 24% - 46,7%. Практика показала, что достоверно прогнозировать особенности адгезивных изменений в брюшной полости и их полиморфизм на основании неинвазивных способов диагностики до настоящего времени крайне сложно. В группе из 77 оперированных лапароскопическим путём у 10-ти уже упомянутых выше больных операцию не удалось выполнить в полном объёме и, в итоге, адгезиолиз на высоте СКН был технически осуществим только в 67 случаях (87%). Послеоперационная летальность при СКН - 6,7% (из 178 оперированных умерло 12 пациентов после лапаротомий). Лапароскопический адгезиолиз, будучи технически освоенным, успешно применялся для хирургического лечения СКН, но в ограниченном числе случаев (37,6% наших наблюдений). Опубликованные сообщения и собственный опыт показали, что в ряде стационаров почти за 25 лет обдуманного и рационального применения лапароскопии в случаях спаечной кишечной непроходимости удалось избежать дискредитации лапароскопической методики при спаечном илеусе и расширить её клиническое использование. На данном этапе для более широкого использования видеолапароскопии с целью лечения СКН требуется коллегиальное обсуждение и формулировка абсолютных противопоказаний к лапароскопическому вмешательству. «Почвой для дискуссии» является то, что потенциальными случаями для обсуждения применения лапароскопических вмешательств были клинические варианты, когда при лапаротомии (73,9% наблюдений) требовалось только разделение клинически значимых спаек как причины СКН. При решении применить лапароскопическую диагностику необходимо соблюдать максимальную безопасность введения первого троакара и ограничить напряжённость пневмоперитонеума во избежание декомпенсации кардиореспираторных нарушений. При объективной оценке должного уровня подготовленности персонала и техники по всем составляющим лапароскопической методики и по принципу «польза - риск», диагностический этап вмешательства может быть расширен до окончательного лечебного. В условиях СКН техническое выполнение лапароскопической резекции кишки представляется наиболее сложным и трудным этапом операции с ожидаемой высокой частотой конверсии. В настоящее время этот вопрос носит полемический характер, является неоднозначным и пока не имеет необходимой доказательной базы.

454. Выбор рациональной антибиотикотерапии у пациентов с гангреной нижних конечностей на фоне смешанной патологии

Степанюк А.А., Степанюк А.Ф.

Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Антибиотикотерапия, назначаемая пациентам с гангреной нижних конечностей на фоне диабетической ангиопатии, отличается от лечения пациентов с гангренами на фоне атеросклеротического поражения сосудистого русла. Причиной является различие в микробной флоре, высеваемой из некротического очага, расположенного на нижних конечностях. Как результат требуется рациональный подбор антибактериальной терапии при лечении пациентов с диабетической и атеросклеротической гангреной нижних конечностей. Материал и методы: На базе отделения гнойной хирургии УЗ «Могилевская городская больница СМП» за период 2019-2021 года было пролечено 165 пациентов с гангреной нижних конечностей. Из них 115(69,7%) пациентов с гангреной нижних конечностей на фоне облитерирующего поражения сосудистого русла и 50(30,3%) – на фоне диабетической ангиопатии. Из них женщин было 62(37,6%) пациента, мужчин - 103(62,4%). Возраст пациентов составил от 56 до 86 лет. При поступлении у всех пациентов брался мазок из зоны поражения, с последующим помещением в специальный питательный бульон, с направлением в бактериологический отдел клинко-диагностической лаборатории, находящейся на базе лечебного учреждения. Результат роста микробной флоры получали на 2-3 сутки. Результат же чувствительности микробной флоры к антибиотикам на 5-7 день после взятия. При поступлении назначались антибиотики широкого спектра действия, наиболее часто антибиотики цефалоспоринового ряда. Назначение рациональной антибиотикотерапии начиналось с дня получения результатов высеваемой патогенной микрофлоры. Осложнений воспалительного характера в послеоперационном периоде у данной группы пациентов не было. Полученные результаты: В результатах исследования у 115 пациентов с гангренами нижних конечностей на фоне облитерирующего атеросклероза преобладала грамположительная флора: золотистый стафилококк – у 86(74,8%) пациентов, у 14(12,2%) – стафилококк эпидермальный, у 13 (11,3%) –

ассоциация микроорганизмов и у 2(1,8%) – не было роста микрофлоры. Наибольшая чувствительность к антибиотикам у золотистого стафилококка определялась к оксациллину, гентамицину, ванкомицину. В меньшей степени к доксициклину, линкомицину, клиндамицину, эритромицину. Наибольшая чувствительность к антибиотикам у эпидермального стафилококка – к оксациллину, гентамицину, ванкомицину. В меньшей степени к доксициклину, линкомицину. У ассоциации микроорганизмов наибольшая чувствительность - к амикацину, гентамицину, имипенему, в меньшей степени к оксациллину, цефалоспориновому ряду антибиотиков. В результатах исследования у 60 пациентов с гангренами нижних конечностей на фоне диабетической ангиопатии преобладала грамотрицательная флора: кишечная палочка у 40(66,7%) пациентов, чувствительная к имипенему, амклаву, тетрациклину, норфлоксацину; у 15(25%) – энтерококк фекалис, чувствительный к ванкомицину, эритромицину, норфлоксацину; у 5(8,3%) – смешанная флора, состоящая из грамположительной и грамотрицательной флоры. Выводы и рекомендации: Имея данные о патогенной микрофлоре, высеваемой из патологического участка у пациентов с гангреной нижних конечностей на фоне смешанной патологии, а также чувствительности данной флоры к определенной группе антибактериальных препаратов, позволяет на ранних этапах лечения пациента в стационаре, не дожидаясь результатов чувствительности к антибиотикам, назначить рациональную антибиотикотерапию. Как результат, это способствует снижению количества осложнений воспалительного характера в послеоперационном периоде, сократить расходы на лечения пациентов с данной патологией.

**455.Интракорпоральный
илеотрансверзоанастомоз при лапароскопической
правосторонней гемиколэктомии**

*Романова Е.М., Сушков О.И., Суворов Е.С.,
Шахматов Д.Г., Ачкасов С.И.*

Москва

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России

Актуальность. Рак толстой кишки является одной из самых распространенных злокачественных опухолей в мире. Основным методом лечения локализованных форм рака ободочной кишки (РОК) является операция. На сегодняшний день лапароскопические вмешательства по поводу РОК имеют преимущество перед открытыми, поскольку обеспечивают лучшие непосредственные результаты. До настоящего времени происходит непрерывное совершенствование техники операции, а благодаря широкому распространению лапароскопических сшивающе-режущих аппаратов формирование интракорпорального межкишечного анастомоза становится всё более доступно. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 80 пациентов, которые были оперированы по поводу рака правой половины ободочной кишки в объёме правосторонней гемиколэктомии (ПГКЭ) в рамках исследования, целью которого было изучение безопасности формирования интракорпорального илеотрансверзоанастомоза. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия (ЛПГКЭ) по стандартной методике с учётом онкологических принципов. Операция с интракорпоральным анастомозом (ИА) была проведена 42 пациентам (основная группа), а с формированием экстракорпорального илеострансверзоанастомоза (ЭА) была выполнена 38 пациентам (группа контроля). Кроме метода наложения анастомоза группы различались доступом для экстракции операционного препарата: в основной группе - по Пфанненштилю, в группе сравнения – срединная мини-лапаротомия. Группы статистически значимо не различались по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ) и частоте сопутствующих заболеваний. Результаты. Продолжительность ЛПГКЭ с формированием ИА была больше, чем вмешательств с ЭА – 214 и 155 мин., соответственно ($p < 0,0001$). Также отличалось и время, затрачиваемое на формирование анастомоза в группах. Среднее время в основной группе было 58 мин., а в группе контроля - 33,5 мин. ($p < 0,0001$)

Анализ выраженности болевого синдрома по ВАШ в первые сутки после операции показал, что в основной группе он был статистически значимо ниже, чем в контрольной группе – 3,5 и 5 баллов, соответственно ($p=0,038$). В другие дни, вплоть до выписки из стационара статистически значимых различий в уровне болевого синдрома между группами не было. При оценке способности к самообслуживанию с помощью индекса Бартела обнаружено, что в первые сутки после операции в основной группе его медиана составила 65 (60;75) против 60 (44;65) баллов в группе контроля, данные различия оказались статистически значимыми ($p=0,049$). В последующие дни по данному параметру группы не различались. Послеоперационные осложнения развились в основной группе у 7 (16,7%), а в группе контроля у 5 (13%) больных. По данному параметру группы статистически значимо не различались ($p=0,6$). У двух пациентов, по одному из каждой группы, развилась несостоятельность межкишечного анастомоза, что потребовало повторного оперативного вмешательства с его разобщением. В остальных случаях послеоперационные осложнения были ликвидированы при помощи консервативных мероприятий. Летальности в обеих группах не было. По длительности послеоперационного пребывания больных в стационаре группы ИА и ЭА не различались, а медианы этого показателя составили 6 и 7 дней, соответственно ($p = 0,3$). Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о достаточной безопасности формирования интракорпорального илеотрансверзоанастомоза при выполнении лапароскопической ПГКЭ. Из недостатков можно отметить большую продолжительность операций с формированием интракорпорального анастомоза. Вместе с тем, у данной методики имеется ряд преимуществ, таких как меньшая выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, более раннее восстановление пациентов после операции, о чем свидетельствуют полученные результаты. Выводы. Настоящее исследование демонстрирует безопасность методики формирования интракорпорального илеотрансверзоанастомоза. К ее преимуществам можно отнести менее выраженный болевой синдром и более раннее восстановление после операции, к недостаткам – большую продолжительность.

456. Трансплантация печени при онкологических заболеваниях у детей и взрослых

*Монахов А.Р. (1,2), Цирульникова О.М. (1,2),
Зубенко С.И. (1), Пашкова И.Е. (1), Умирик Д.В. (1,2),
Готье С.В. (1,2)*

Москва

1) НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова, 2) ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Введение. Трансплантация печени (ТП) является общепризнанным эффективным методом лечения гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) и гепатобластомы (ГБ). Однако, существуют различные подходы к предоперационной подготовке и селекции больных. Цель. Анализ собственного опыта ТП при ГЦР и ГБ как у взрослых, так и у детей. Материалы и методы. С февраля 2010 по 1 января 2022 выполнено 75 трансплантаций печени по поводу ГЦР совершеннолетним пациентам, 15 трансплантаций печени детям с ГЦР и 15 трансплантаций детям с ГБ. Результаты. Медиана выживаемости не достигнута ни в одной из групп. Миланские и калифорнийский критерии не являются определяющими среди детского контингента реципиентов, в то время как среди взрослых реципиентов достоверно определяют результат трансплантации. Заключение. Дети и взрослые имеют различные подходы к лечению ГЦР методом трансплантации. Лечение и стратификация риска у детей с ГЦР в большей степени общно с гепатобластомой, нежели с ГЦР у взрослой категории больных. При этом протоколы посттрансплантационного лечения схожи и направлены на минимизацию иммуносупрессии. При этом пациенты демонстрируют удовлетворительные отдаленные результаты.

457. Малоинвазивные методики в лечении ранних хирургических осложнений после бариатрических вмешательств

*Федорова К.Е. (1,2), Прудков А.И. (1),
Мерсаидова К.И. (1,2), Анферов Д.И. (1),
Исакова Т.М. (1,2)*

Екатеринбург

1) ГАУЗ СО ГКБ № 40, 2) ФГБОУ ВО "Уральский государственный медицинский университет"

Актуальность. Бариатрические операции (БО) сопряжены с риском развития осложнений, которые имеют свои особенности у пациентов с ожирением. По данным литературы частота послеоперационных осложнений БО остается достаточно низкой (2,4-4,9%), в следствие чего отсутствует единый подход к тактике их ведения. Цель. Оценка результатов применения малоинвазивных методик в лечении ранних хирургических осложнений после БО. Материалы и методы. С ноября 2016 по январь 2022гг на базе ГАУЗ СО ГКБ-40 г. Екатеринбурга выполнено 309 лапароскопических БО. Из них 164(53%) продольные резекции желудка (ПРЖ), 94(30,5%) минигастрошунтирования (МГШ), 51(16,5%) гастрощунтирование по Ру (ГШ). Средний возраст составил 45 лет (21-65). Средний ИМТ– 49(36-62). Срок госпитализации– 5,7(3-26) дней. Все операции проводили с применением назогастрального зонда 38 Fr, сшивающих аппаратов Echelon flex и Endo-Gia, для мобилизации использовали Liga sure Maryland. Анастомозы при всех шунтирующих операциях были аппаратные с ушиванием технологических отверстий нитью V-loc 00. Интраоперационно всегда проводили медикаментозное повышение АД, контроль герметичности степлерного шва и анастомоза с применением водной пробы. Линию степлерного шва при всех БО клипировали с целью достижения устойчивого гемостаза. Результаты. За 5 лет было диагностировано 14(4,5%) ранних хирургических послеоперационных осложнений. У 9 пациентов выявлена несостоятельность степлерной линии: в 42,9%(6) случаев после ПРЖ и в 21,4%(3) случаев после МГШ. У 5(37,5%) больных возникло внутрибрюшное кровотечение. Во всех случаях потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Летальных исходов не было. Несостоятельность, которая возникла у шести пациентов на 3-9 сутки после операции, подтверждали КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием, в сочетании с пероральным приемом контраста. Пяти пациентам

выполнили релапароскопию, дренирование брюшной полости и эндоскопическое стентирование желудка мегастентами Hanarostent Esophagus Bariatric Surgery длиной 180-210 мм, а у 1 больной – санацию и дренирование брюшной полости сочетали с внутрисосудистым NPWT. При этом у 5 пациентов несостоятельность локализовалась в «типичном» месте (в зоне кардио-эзофагеального перехода), у 1 пациента - в зоне прошивания второй кассеты (антрального отдела желудка) в сочетании с перекрутом желудка по функциональной оси. После стентирования желудка пациенты получали энтеральное питание, дренажи из брюшной полости удаляли на 2-е сутки. Больные выписывались из стационара на 6-е сутки после установки стента. Стент удаляли на 14-60 сутки, к этому времени происходило полное заживление зоны несостоятельности, герметичность подтверждали данными ВГДС и рентгенографией желудка. В случае диагностики несостоятельности швов степлерной линии после МГШ (21,4%) выполняли релапароскопию, перевод в гастростомирование по Ру. На 2-3-и сутки после повторного вмешательства прекращался сброс по дренажу из брюшной полости, что позволяло быстро вернуться к полноценному энтеральному питанию. При внутрибрюшном кровотечении (3 случая после ПРЖ– 21,4%, 2 случая после МГШ– 14,3%), развившиеся на 1 сутки после операции, не проводили дополнительных методов исследования. Ориентируясь на клинические признаки кровотечения, выполняли релапароскопию (в 1 случае потребовалась конверсия в лапаротомию), санацию, дренирование брюшной полости. Всем пациентам в послеоперационном периоде проведена гемотранфузия. Срок госпитализации при лечении ранних хирургических осложнений в среднем составил 12 дней (при неосложненном течении – 4,3 койко-дня). Выводы. Применение эндоскопического стентирования желудка в лечении несостоятельности степлерной линии после БО является эффективным методом и позволяет сохранить энтеральное питание пациентов, минимизировав пребывание больного в стационаре. Уровень доступности в клинике современных методов диагностики и малоинвазивных способов лечения ранних послеоперационных осложнений БО во многом определяет тактику их ведения.

458.Оптимальный вариант докинга на роботической системе «DaVinci Si» при колоректальных резекциях

Гончаров А.Л., Отабеков А.А., Асланян А.С.

Москва

ФГБУ "Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления Делами Президента РФ, отделение колопроктологии"

Введение. Роботические хирургические технологии позволяют выполнять операции в сложных пространствах прецизионно за счет артикуляционных инструментов EndoWrist и стабильной 3D визуализации. С каждым годом возрастает количество установок и выполненных операций, но не существует единых стандартов докинга и использования установки. На кривой обучение хирург сталкивается с проблемами освоения роботической системы, преодоления конфликта инструментов, нахождения оптимальной схемы расстановки троакаров. Цель исследования. Стандартизация докинга на системе «DaVinci Si» при выполнении левосторонних и правосторонних колоректальных резекций. Материалы и методы. Нами изучены результаты 213 робот-ассистированных колоректальных операций за период с 2017 по 2021 год. Операции по поводу патологии прямой кишки и органов малого таза – 124, левосторонние резекции ободочной кишки – 45, правосторонние резекции ободочной кишки – 44. На первых 55 операциях (1 группа) использовалась «стандартная» расстановка троакаров. На последующих 158 вмешательствах (2 группа) использовали расстановку типа «cross over» с созданием оптимальной триангуляции роботических инструментов в области операции. Результаты и обсуждения. Среднее время операции в 1 группе составляло 287 мин±58 минут (110-490 минут), после внедрения техники «cross over» во 2 группе среднее время составило 237±51 минут (100-340 минут) (p<0,05). Конверсия доступа в 1 группе была отмечена в 3 случаях (5,5%). В группе «cross over» конверсий доступа не было. Вывод. Применение техники докинга «cross over» позволяет стандартизировать и облегчить освоение роботической системы DaVinci Si в колоректальной хирургии, сократить время операции и снизить количество конверсий доступа.

459. Микробный спектр при развитии стеральной инфекции у кардиохирургических больных

Дунаевская С.С., Чередниченко М.В.

Красноярск

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Хирургическая инфекция осложняющая послеоперационное течение у кардиохирургических больных, перенесших стернотомию, является актуальной проблемой. Целью исследования было провести анализ микрофлоры раневого содержимого при развитии стеральной инфекции мягких тканей и инфекцией грудины в послеоперационном периоде у больных кардиохирургического профиля. Были сформированы 2 группы: 1 группа – 42 (61,8%) пациента со стеральной инфекцией мягких тканей и 2 группа – 26 (38,2%) пациентов со стеральной инфекцией грудины. Среди обследуемых было 44 мужчины и 24 женщины, средний возраст составил 61,29 года [38,2; 73,1]. Изучался состав микрофлоры, выделенной из раневого отделяемого стернотомической раны. Проведенный мониторинг позволил установить спектр ведущих возбудителей раневой инфекции. У пациентов 1 группы развитие инфекционных осложнений было вызвано в основном грамотрицательной флорой, на долю которой пришлось 64,3%. Среди штаммов была выявлена грамположительная флора в 10,9% случаев и грибы (*candida*) были обнаружены в 23,8%. При исследовании микробиологического пейзажа раневого отделяемого пациентов 2 группы напротив преобладала грамположительная флора, которая высевалась в 84,6% случаев. Грибы (*candida*) в исследуемой группе не были обнаружены.

460. Динамика изменений показателей интегральных индексов и гомоцистеина при развитии пострезекционной печеночной недостаточности

Винник Ю.С., Дунаевская С.С., Косик А.А.

Красноярск

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Актуальность проблемы. С увеличением объемов и количества оперативных вмешательств на печени наблюдается тенденция к увеличению частоты послеоперационных осложнений, такие как острая пострезекционная печеночная недостаточность. Целью работы является сравнить значения интегральных гематологических индексов и уровень гомоцистеина в плазме крови у больных с развившейся пострезекционной печеночной недостаточностью класса А, В и С до оперативного лечения и после операции. Материалы и методы. Представлены результаты исследования у 40 больных с различными классами острой пострезекционной печеночной недостаточности. Больные были разделены на 3 группы - пациенты с развившейся в послеоперационном периоде ППН класса А, В и С. Результаты. В результате работы, можно выделить такие гематологические индексы воспаления – лейкоцитарный индекс интоксикации Я.Я. Кальф-Калифа, лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс, индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов, индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов и гематологический показатель интоксикации, которые более точно определяют степень воспаления при данном заболевании и диагностируют послеоперационные осложнения. Также выявлено, что динамика уровня гомоцистеина в крови, взаимосвязана со степенью активности воспалительных процессов и может являться прогностическим параметром развития острой печеночной недостаточности. Выводы. Гематологические индексы интоксикации и уровень гомоцистеина в крови как один из маркеров эндотелиальной дисфункции, выявляют развитие воспалительного ответа и имеют диагностическую значимость в выявлении острой пострезекционной печеночной недостаточности.

461. Хирургическое лечение тяжелых форм пролапса тазовых органов влагалищным доступом*Попова И.С., Перов Ю.В., Веденин Ю.И.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Пролапс тазовых органов достигает 30% всех больных с гинекологическими заболеваниями. Для коррекции пролапса гениталий используются классические методики операций с использованием влагалищного доступа. У пациенток пожилого возраста с тяжелыми формами тазового пролапса: полный пролапс матки (или культы матки) и энтероцеле, при наличии тяжелой соматической патологии операцией выбора может быть ампутация матки влагалищным доступом с коррекцией сводов влагалища, путем подшивания к стенкам таза, облитерация или полное удаление влагалища. При апикальном, постгистерэктомическом пролапсе, энтероцеле распространенными способами фиксации влагалища является манчестерская операция, крестцово-остистая фиксация и пластика тазового дна с использованием сетчатых материалов. С внедрением синтетических сетчатых имплантов развитие рецидива пролапса снизилось до 10%. В тоже время, использование имплантов увеличило процент хирургических осложнений по сравнению с традиционными методиками коррекции местными тканями. Цель работы. Разработать методы коррекции тазового дна при тяжелых и рецидивных формах пролапса и энтероцеле. В нашей клинике разработаны две авторские методики операции. Первый способ оперативного лечения заключается в выполнении задней кольпотомии, высоком сшивании крестцово-маточных связок П-образным швом. Такой способ утягивающих швов с фиксацией их к задней стенке шейки матки, транспонирует шейку матки выше утягивающего шва в таз. Фиксация крестцово-маточных связок к задней поверхности задней губы шейки матки вызывает ротацию матки кзади в положение anteflexio. Такое расположение матки закрывает вход в Дугласово пространство и таким образом является функционально выгодным в плане профилактики рецидива пролапса. Второй способ включает в дополнение к наложенному П-образному шву установку эндопротеза – полипропиленовой хирургической сетки на уровне верхней трети влагалища. Края его фиксируются на 3, 5, 7 и 9 часах

к лобково-копчиковой мышце. Материал и методы: с 2008 по 2020гг. проведено проспективное одноцентровое исследование 280 женщин с жалобами и признаками генитального пролапса, обратившихся на прием к колопроктологу на амбулаторный прием и впоследствии оперированных. Всем женщинам выполнялось физическое и клиническое обследование, проводилось МРТ органов малого таза и промежности, цистопроктография и промежностное УЗИ. Показания для оперативного лечения тщательно определялись и зависели от сочетания множества факторов. Успешность хирургического лечения оценивалась на основе следующих критериев: восстановление анатомии тазового дна, исчезновение симптомов, уровень общей удовлетворительности результатами лечения и возникновение осложнений. Результаты. Первую группу составили больные, оперированные первым способом с «П-образным швом» - 185 чел.(66,1%) Из них с сохраненной маткой было 101 чел. (53,7%), после гистерэктомии 84чел.(46,3%). Вторую группу составили больные, которым был установлен сетчатый эндопротез – 95 чел. Из них наличие матки фиксировалось у 32чел. (33,7%), а пациентов перенесших в прошлом гистерэктомию было 63чел. (66,3%). В первой группе рецидивы были у 9 чел., что составило 4,8%, причем, у больных с сохраненной маткой число рецидивов было 4% (4 чел.), у больных без матки – у 5,9% (5 чел.). Во второй группе рецидивов пролапса не отмечалось. Гнойно-септических осложнений, тяжелых гематом не было в обеих группах. Обсуждение. Первый способ хирургического лечения позволяет сузить грыжевые ворота (отверстие тазового дна) до 2,5-3,0 см с помощью «П-образного» шва, что более приемлемо у больных с сохраненной маткой, так как позволяет сохранить доступ к шейке матки. Второй способ с установкой эндопротеза предпочтителен у больных, ранее перенесших экстирпацию или ампутацию матки, а также при рецидивном пролапсе. Выводы и рекомендации: 1. При наличии изолированного ректо-энтероцеле и сохраненной матке операцией выбора может являться наложение утягивающего П-образного шва. 2. У больных с рецидивным энтероцеле и постгистерэктомическом пролапсе показано укрепление тазового дна эндопротезом.

462. Частота встречаемости послеоперационных осложнений критической ишемии у мужчин и женщин*Агурбаш А.Н., Магомедова Х.К., Иванов М.А.*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность. Атеросклероз является распространенным заболеванием, которым страдают миллионы человек во всем мире, и его распространенность растет. Критическая ишемия является поздней стадией периферической артериальной болезни, негативно сказывающейся на итогах лечения. Материалы и методы. Проспективно обследованы 87 пациентов в возрасте от 45 до 90 лет, оперированные на стадии критической ишемии нижних конечностей (классификация по А. В. Покровскому-Фонтейн), среди которых была 31 женщина и 56 мужчин. Регистрировались общее число осложнений, число тромбозов оперированного сегмента, число тромбозов другого сегмента, частота инфекционных осложнений, кровотечений и ампутаций в первые 30 дней после операции. Полученные результаты. Мужчины чаще сталкивались с ранними послеоперационными осложнениями, чем женщины (53,6% vs 29,0% соответственно; $p < 0,001$). Тромбоз оперированного сегмента также регистрировался преимущественно у лиц мужского пола (28,6% у мужчин vs 12,9% у женщин; $p < 0,01$). Острое нарушение мозгового кровообращения у мужчин было зарегистрировано в 5,4% случаев, а у женщин – в 3,2% случаев. Послеоперационные кровотечения у мужчин имели место в 14,3% случаев, у женщин - в 9,7%; инфекция области вмешательства у мужчин регистрировалась в 8,9% случаев, у женщин - в 9,7%, ампутация конечности у мужчин имела место в 14,3% случаев, у женщин - в 16,1%. Обсуждение. Итоги вмешательств на стадии критической ишемии показали, что своевременная повторная реконструкция у лиц мужского пола может приводить к положительному клиническому результату. В результате итоги лечения (в т.ч. число ампутаций) мало отличаются у мужчин и женщин. С учетом результатов предшествующих исследований складывается впечатление, что позднее осуществление реконструктивной помощи не является оправданным. Выводы и рекомендации. Мужчины по сравнению с женщинами чаще сталкивались с ранними послеоперационными осложнениями, что следует учитывать при выборе способа и времени реконструкции.

463. Синдром обструктивной дефекации у больных на приеме у колопроктолога*Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Более 30% процентов популяции людей страдают запором. По данным литературы до 60% пациентов с хроническим запором имеют симптомы обструктивной дефекации, такие, как затруднение дефекации, сопровождающееся длительным натуживанием, повторяющиеся тенезмы, чувство неполного опорожнения прямой кишки, применение ручного пособия для опорожнения прямой кишки, использование слабительных или клизм, дискомфорт в нижних отделах живота или боль. Запор может быть связан с функциональными расстройствами аноректальной области и с механическими причинами, такими, как ректоцеле. Проблема лечения синдрома обструктивной дефекации заключается в правильной диагностике и правильном выборе консервативных и оперативных методов лечения и их комбинаций. Материал и методы. Проведено проспективное одноцентровое исследование 3950 женщин обратившихся на прием к колопроктологу на амбулаторный и стационарный прием. Полученные результаты. Первую группу составили женщины с жалобами на затрудненную дефекацию, которым был поставлен диагноз «синдром обструктивной дефекации» - 1253 (31,7%) женщины. Во вторую группу вошли пациентки, у которых выявлено дивертикулородное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища и был поставлен диагноз «ректоцеле» - 853 (21,6%). Всем больным выполнен комплекс обследований, включающих общеклинические, методы исследования и специальные - сфинктерометрия и проктография. При детальном изучении выяснилось, что у женщин первой группы, дефект ректовагинальной перегородки (ректоцеле) был выявлен только в 36,1% (453 чел), соответственно у 63,9% женщин отсутствовали механические причины СОД. Однако, у женщин второй группы с ректоцеле, признаки нарушения дефекации отмечены были только в 37,1% случаев (319 чел) и 62,9% пациентки не жаловались на расстройство дефекации. Обсуждение. Лечение синдрома обструктивной дефекации должно быть комплексным и включать в себя изменение образа жизни, характера питания, прием лекарственных

препаратов. При наличии ректоцеле и неэффективности консервативной терапии, лечение СОД, является хирургическим. Согласно нашим данным, наличие ректоцеле не является абсолютным показанием к операции, так как только в 37,1% явился причиной СОД. Дисфункция тазового дна – это сложное сочетание проблем, связанных с релаксацией мышц тазового дна и структур, поддерживающих положение тазовых органов. По нашим данным функциональные причины обструктивной дефекации преобладают над механическими и составляют 63,9%. Выводы и рекомендации: 1. Необходим дифференцированный подход к лечению синдрома обструктивной дефекации. 2. Наличие «ректоцеле» не всегда сопровождается обструктивной дефекацией. 3. Доля функциональных расстройств аноректальной области при СОД выше, чем механических.

464. Хирургическая тактика при двусторонней паховой грыже у лиц пожилого и старческого возраста

Муртузалиева А.С. (2), Хсейханова В.В. (1)

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 2) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2»

Введение. В настоящее время для хирургического лечения паховых грыж широко используются «ненатяжные» методики. Герниопластика проводится с использованием сетчатых эндопротезов. Данная методика особенно показана пациентам пожилого и старческого возраста, у которых имеются дегенеративные и дистрофические изменения со стороны тканевых структур паховой области. Цель исследования. Оценить эффективность применения эндопротезирующей пластики по R.Stoppe в модификации авторов при двусторонней паховой грыже у пациентов пожилого и старческого возраста. Материал и методы. Проведен анализ результатов выполнения эндопротезирующей пластики при двусторонней паховой грыже 48 пациентам пожилого и старческого возраста.

Применялась модифицированная авторами методика герниопластики по R.Stoppe. Сущность методики заключалась в выполнении мини-разреза по срединной линии в надлобковой области с доступом в предбрюшинное пространство. В раневую апертуру устанавливали устройство «Мини-ассистент». Далее выполняли отсепаровку брюшины вместе с поперечной фасцией и грыжевыми мешками от подлежащих структур. Сетчатый эндопротез выкраивается в форме «очков сноубордиста» с вырезками для мочевого пузыря и подвздошных сосудов и размещают в тазовой воронке так, чтобы он прикрывал все потенциальные места выхода грыж. Фиксация эксплантата проводили к симфизу, куперовой связке с двух сторон, к тканям брюшной стенки в точке на 2 см ниже передней верхней ости подвздошной кости с двух сторон и к поперечной фасции в верхнем углу раны. Операция проводилась под перидуральной, либо спинальной анестезией. Результаты и обсуждение. Интраоперационное повреждение элементов семенного канатика, ранение мочевого пузыря, а также повреждение сосудов предбрюшинной области не имели место. Пациенты после герниопластики активизировались на следующие сутки после операции. Отек мошонки, эпидидимит, фуникулит, острая задержка мочи не отмечались. Раневые осложнения в виде гематомы, серомы и инфильтрата имелись у 3 (6,3%) пациентов. Послеоперационные осложнения общего характера отмечены в 3,9% наблюдениях. Такие осложнения, как невриты и лигатурные свищи, так же не наблюдались. Продолжительность лечения пациентов составила $8,4 \pm 1,3$ койко-дня. Летальных случаев не имелось. Реабилитационный период пациентов с пластикой передней брюшной стенки по R.Stoppe существенно не отличался от периода, где была использована методика герниопластики по Лихтенштейну. Рецидив заболевания не отмечен. Наиболее частой методикой герниопластики при паховых грыжах у лиц пожилого и старческого возраста является операция Лихтенштейна, выполняемая под местным обезболиванием. Проведение данной операции с двух сторон одномоментно при двусторонней паховой грыже пациентам пожилого и старческого возраста является более рискованным в плане развития местных и общих осложнений. На наш взгляд, операция R.Stoppe в модификации авторов является наиболее оптимальным для данной категории пациентов, поскольку после паховой герниопластики у них не редко возникают выпячивания из других слабых анатомических образований. Заключение. Модифицированный вариант эндопротезирующей пластики по R.Stoppe

при двусторонней паховой грыже является наиболее оптимальным при лечении пациентов с двусторонней паховой грыжей у лиц пожилого и старческого возраста.

465. Хирургическое лечение вторичного распространенного перитонита, осложненного сепсисом

*Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Пушкарев Б.С.,
Кузнецова М.П.*

Пермь

ФГБОУ ВО «Пермский государственный
медицинский университет имени академика
Е.А. Вагнера» Минздрава России

Актуальность. Вторичный распространенный перитонит (ВРП) является наиболее частой формой абдоминальной хирургической инфекции. Большинство пациентов, поступающих в хирургический стационар с клинической картиной ВРП, находятся в периоде наиболее активной социальной жизни (30 – 50 лет). Летальность широко варьирует по данным исследований из различных стран мира и составляет 4,5 – 60%. Основная причина неблагоприятного исхода – ранние послеоперационные осложнения, главным из которых является абдоминальный сепсис. Одним из наиболее важных факторов эффективного лечения пациентов с ВРП является профилактика осложнений в раннем послеоперационном периоде и своевременная коррекция тактики хирургического лечения. Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ВРП за счет оптимизации тактики хирургического лечения. Материалы и методы. Проведено ретроспективно-проспективное исследование результатов хирургического лечения 67 пациентов с ВРП, осложненным развитием абдоминального сепсиса. Диагноз «абдоминальный сепсис» устанавливался на основании данных динамической оценки по шкале SOFA и увеличении показателя на 2 балла и более в течение суток при наличии источника бактериальной инфекции в брюшной полости. Пациенты были разделены на две группы: группа наблюдения (n=30), лечение которых осуществлялось с учетом разработанного

алгоритма выбора способа завершения первичного оперативного вмешательства и тактики послеоперационного ведения, и группу сравнения (n=37), лечение которых осуществлялось согласно стандарту оказания хирургической помощи при ВРП. При этом группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, давности развития заболевания, тяжести перитонита. Достоверность различий показателей определяли при помощи анализа таблиц сопряженности. Результат считали статистически достоверным при $p < 0,05$. Результаты. В спектре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, являющихся источником развития ВРП и абдоминального сепсиса, у пациентов группы наблюдения (n=30) преобладали злокачественные новообразования толстой кишки – 8 (22,67%), язвенная болезнь желудка/ДПК – 6 (20,00%), мезентериальный тромбоз – 5 (16,67%) случаев, а у группы сравнения (n=37) – язвенная болезнь желудка/ДПК – 10 (27,03%), злокачественные новообразования толстой кишки – 9 (24,34%), мезентериальный тромбоз – 5 (13,51%) случаев. Первичное оперативное вмешательство выполнялось в объеме ревизии органов брюшной полости, устранения источника перитонита, санации и дренирования брюшной полости. На завершающем этапе у пациентов группы наблюдения выбор тактики послеоперационного ведения осуществлялся при помощи алгоритма с учетом источника перитонита, микробного спектра, распространенности и степени тяжести ВРП, показателей внутрибрюшного давления. Всем больным проводился бактериологический мониторинг состава перитонеального экссудата с коррекцией антибактериальной терапии. В группе наблюдения режим повторных операций «по требованию» был использован в 24 (80,00%), «по программе» – в 5 (16,67%), лапаростомия – в 1 (3,33%) случае. В группе сравнения тактика повторных вмешательств «по требованию» была выбрана у 12 (32,43%) пациентов, «по программе» – у 21 (56,76%) пациента, лапаростомия – у 4 (10,81%) пациентов ($p=0,001$). Частота повторных операций в группе наблюдения с абдоминальным сепсисом составила 13 (43,33%), в группе сравнения – 29 (78,38%) случаев ($p=0,003$). Летальность в группе наблюдения составила 19 (63,33%) пациентов, в группе сравнения – 34 (91,89%) пациентов ($p=0,004$). Выводы. Таким образом, дифференцированный выбор способа завершения первичного и повторного оперативного вмешательства у пациентов с ВРП и абдоминальным сепсисом, профилактика послеоперационных осложнений с микробиологическим мониторингом и коррекцией

антибактериальной терапии, позволяет достоверно снизить частоту летальности у этой категории пациентов.

466. Специализированная хирургическая помощь при ранениях двенадцатиперстной кишки

*Лищенко А.Н. (1,2), Барышев А.Г. (1,2),
Порханов В.А. (1,2)*

Краснодар

1) ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В.Очаповского» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия, 2) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Травма панкреатодуоденальной зоны является одним из самых сложных состояний в абдоминальной хирургии повреждений. Среди них повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) имеют свою существенную специфику, с которой плохо знакомы районные хирурги. Материал и методы. Проанализированы 4 клинических случая ранений ДПК получавших лечение в ГБУЗ «НИИ ККБ№1 им.проф. С.В.Очаповского» (ККБ1) в период 2018-2022 гг. В 3-х случаях были огнестрельные ранения, в одном колото-резанное ножевое ранение. Тяжесть дуоденальных повреждений по шкале OIS была II-III степени. Все пациенты были первично оперированы в районных больницах и доставлены в ККБ1 в течение 1-3 суток. Кроме общеклинических обследований всем выполняли компьютерную томографию в внутривенным контрастированием. Полученные результаты. Во всех случаях повреждения затрагивали забрюшинную часть ДПК и сопровождалась признаками травматического панкреатита. Причем эти ретроперитонеальные повреждения не были выявлены при первой операции. На повторных операциях обнаруживали забрюшинную гематому в зоне нисходящей и нижней горизонтальной части ДПК, поступление желчи в рану, инфильтрат с признаками инфицирования забрюшинной клетчатки. После применения маневра Cattell-Braasch удавалось оценить состояние стенок ДПК на всем протяжении, выявить и ушить раневые

отверстия. У всех пациентов в последующем производили Second look операции. Такие ревизионные релапаротомии показали, что в двух случаях (один из которых после ножевого ранения) заживление ДПК прошло без осложнений. Эти пациенты выздоровели. В других двух случаях повреждения ДПК были множественными. Послеоперационный период у них протекал крайне тяжело. Производились множественные санационные релапаротомии. У одного, несмотря на выключение ДПК из пассажа, развилась несостоятельность дуоденального шва на огнестрельной ране с угрозой прогрессирования забрюшинной флегмоны. Потребовалось формирование наружной дуоденостомы, только таким способом удалось локализовать воспалительный процесс в этой зоне. В дальнейшем у пациента наступило выздоровление. Один пациент скончался на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности в результате травматического панкреонекроза, осложнившегося сепсисом. Таким образом летальность составила 25%. Обсуждение. Наш опыт показал, что при ранениях ДПК II-III степени по OIS выключение ее из пассажа желудочного содержимого – не обязательная процедура. Риск развития свища зависит от давности повреждения, степени контузии кишечной стенки, размеров дуоденальной раны и развившейся забрюшинной флегмоны. В этой связи раннее обнаружение повреждения ДПК имеет принципиальное значение. Осуществить полноценную ревизию ретроперитонеальных отделов ДПК без правосторонней медиальной висцеральной ротации невозможно. Существенную роль в лечении этой категории пациентов играет возможность осуществления эфферентных методов детоксикации. Выводы и рекомендации. Применение маневра Cattell-Braasch дает возможность полноценной ревизии стенок ДПК при ее травме, позволяет адекватно санировать и дренировать забрюшинное пространство. Раннее выявление таких повреждений улучшает результат лечения. Специализированная хирургическая помощь при ранениях двенадцатиперстной кишки должна осуществляться в травмоцентрах первого уровня.

467. Рентгенхирургические методы лечения пациентов с гепатоцеллюлярным раком на фоне цирроза печени

Амхадов Э.О., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Мусатов А.Б., Сальников К.К., Кантимеров Д.Ф., Садыков Б.А.

г. Москва

ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы

Введение. Несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения значительная часть пациентов с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) на фоне цирроза не являются кандидатами для резекции и трансплантации печени. Цель исследования. Оценить эффективность комбинированных методов локорегионарной терапии у больных ГЦР на фоне цирроза печени. Материалы и методы. В МКНЦ им Логинова с 2015 по 2021гг рентгенхирургические (РХ) методы лечения произведены у 81 пациента с ГЦР. В зависимости от размера и числа очагов выполнялся определенный метод лечения. Радиочастотная абляция (РЧА) проведена 21 пациенту, при этом средний размер очагов составлял 21 ± 10 мм (от 10 до 40 мм), а их число от 1 до 2. Комбинация трансартериальной эмболизации (ТАХЭ) с РЧА (одновременно или поэтапно) выполнена 15 пациентам, при этом средний размер очагов составил 35 ± 10 мм (от 20 до 50 мм), а их число не более 4 (от 1 до 4). Только ТАХЭ выполнена 45 пациентам, размер очагов в этой группе составил 35 ± 10 мм (от 20 до 150 мм), число в среднем 3 (от 1 до 10). Пациенты были классифицированы по барселонской системе стадирования (BCLC). В группе пациентов, которым выполнена РЧА по BCLC A - 13 больных, BCLC-B - 8. В группе ТАХЭ больные с BCLC A - 6, BCLC B - 23, BCLC C - 17 больных. Среди пациентов, которым выполнялась комбинация двух методов, было BCLC A - 9, BCLC B - 6 больных. Результаты. Общая 1-летняя, 3-летняя и 5-летняя выживаемость в группе РЧА составила 70%, 48% и 38%, в группе ТАХЭ – одно- и 3-х летняя выживаемость 72% и 42%; в группе комбинированного лечения 1-и 3-х летняя выживаемость составила 80% и 41% соответственно, в последних двух группах пятилетняя выживаемость не достигнута из-за малого времени наблюдения. В группе комбинированной терапии максимальная продолжительность жизни на настоящий момент составила 58 мес. Заключение. Комбинация

рентгенохирургических методов позволяет значительно увеличить продолжительность жизни пациентов с ГЦР на фоне цирроза печени при невозможности резекции или трансплантации.

468. Анализ результатов применения нового способа пластики послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты

Шубров Э.Н. (1), Барышев А.Г. (1), Триандафилов К.В. (1), Федюшкин В.В. (2)

Краснодар

1) НИИ-ККБ №1, 2) КубГМУ

Актуальность. Существует большое количество методик хирургического лечения пилонидальной кисты. От простого иссечения пилонидальной кисты с ушиванием раны по срединной линии, марсупиализации раны, до сложных методик таких как модифицированный способ первичного закрытия по срединной линии послеоперационного раневого дефекта после иссечения пилонидальной кисты, способ Баскома и различные модификации, способ Каридакиса, перемещенный лоскут по Лимбергу и его модификация. К сожалению, универсальной методики хирургического лечения не разработано до сих пор. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с пилонидальной кистой путем разработки и внедрения нового способа закрытия послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области. Материалы и методы. Проанализированы результаты проспективного одноцентрового рандомизированного исследования, в котором принимало участие 60 пациентов. Пациенты были разделены на две группы методом случайной выборки при помощи компьютерной программы (n=60). Контрольную группу составили 30 человек, средний возраст которых составил $31,9 \pm 9,4$, распределение по полу составило 25 мужчин (83,3%), 5 женщин (16,7%). Основную группу составили 30 человек, средний возраст которых составил $31,2 \pm 9,2$, распределение по полу составило 25 мужчин (83,3%), 5 женщин (16,7%). Индекс массы тела (ИМТ) у пациентов контрольной группы составил $26,5 \pm 5,0$, а у основной

группы составил $26,1 \pm 4,6$. Группы были однородные по полу, возрасту, ИМТ ($t < 2$, $p > 0,05$). В контрольной группе выполнялось иссечение пилонидальной кисты с ушиванием раны отдельными узловыми швами, фиксированными к крестцовой фасции в модификации Мошковича. Пациентам основной группы, выполнялось иссечение пилонидальной кисты с последующим рассечением, мобилизацией и сшиванием ягодичной фасции при помощи съемных швов, при этом субфасциально устанавливался дренаж, концы которого выводились через контрапертуры. Далее накладывались кожные швы. Патент RU №2751821 от 19.07.21г. Результаты. При анализе результатов лечения, время операции в контрольной группе составило $30,3 \pm 15,2$ минут, а в основной группе $43,8 \pm 11,0$ минут ($p < 0,05$). Разница во времени была связана с простотой способа закрытия раневого дефекта в контрольной группе. Время лечения составило в контрольной группе $11,5 \pm 3,5$ дней, в основной группе было снижено в диапазоне $7,3 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). Это связано с меньшим количеством развития послеоперационных осложнений, ранней активизацией больных за счет прочной фиксации краев фасции, что снижала нагрузку на кожно-подкожно-жировые швы. Количество послеоперационных осложнений в группах было различно, несостоятельность швов в контрольной группе было выявлено у 4 пациентов, нагноение раны у 6, некроз кожных лоскутов у 6. В основной группе было выявлено только 1 нагноение раны у пациента ($p < 0,05$). Количество рецидивов в контрольной группе составило 7 (23,3%), в основной группе 1 (3,3%) ($p < 0,05$). Срок наблюдения за пациентами составил 2 года. Выводы. Оба метода закрытия послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты имеют свои достоинства и недостатки. Однако в нашем исследовании выявлено, что предложенный способ более предпочтителен, так как позволяет сократить длительность госпитализации, количество послеоперационных осложнений и рецидивов.

469. Определение тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений с использованием шкал прогноза

Репин И.Г. (1,2), Брехов Е.И. (1),
Калинников В.В. (1), Сычев А.В. (1), Репин Д.И. (1,2)

Москва

- 1) ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ,
- 2) ФГБУ «Клиническая больница № 1» УД Президента РФ

Актуальность. Проблема лечения острых гастродуоденальных кровотечений остается весьма актуальной, несмотря на успехи фармакологии, гастроэнтерологии, эндоскопии, эндоваскулярной хирургии. На уровне районных больниц не всегда выполнимы требования отечественных клинических рекомендаций, подразумевающих проведение эндоскопического исследования и полноценного эндоскопического гемостаза в первые часы после поступления, эндоваскулярной эмболизации по показаниям, адекватного оперативного вмешательства. Поэтому возникает, в частности вопрос маршрутизации, т.е. кого из пациентов можно госпитализировать в районную больницу с ограниченными возможностями диагностики и лечения, а кого в межрайонный или региональный центр. Решающим фактором для определения тактики ведения данных пациентов является определение вероятности развития рецидива кровотечения. Для этой цели используются различные виды шкал прогноза, которые на основании различных показателей прогнозируют вероятность рецидива геморрагии. В настоящее время используются прогностические системы Ратнера, Затевахина-Щеголева, Лебедева-Климова, Винокурова-Капитоновой, Rockall, Glasgow-Blatchford, AIMS 65, PNED. Материалы и методы. Были изучены результаты обследования и лечения 286 пациентов поступивших в стационар, мужчин - 172, женщин - 114, в возрасте от 19 до 97 лет (средний возраст 57,3). Критерием включения пациентов в проводимое проспективное исследование было наличие при поступлении острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, критерием исключения - кровотечение, источником которого явились варикозные вены пищевода и желудка. Обследование и лечение проводилось в строгом соответствии с национальными клиническими рекомендациями. При этом непосредственно при поступлении оценивался риск рецидива по шкале

Rockall и по шкале Glasgow-Blatchford Score (GBS), AIMS 65 и PNED. Проводилась стратификация в группы низкого, среднего и высокого риска по шкале Rockall и высокого и низкого риска по шкале GBS. По окончании лечения пациентов в стационаре определялась точность прогноза по представленным шкалам. По шкалам AIMS 65 и PNED исследование в настоящее время продолжается. Полученные результаты. Объем тезисов ограничен, поэтому мы приводим только результаты, полученные в группах низкого риска по представленным шкалам. Наиболее показательными стали результаты по шкале Rockall. По шкале Rockall в группу низкого риска вошли 139 пациентов (48,6%), по шкале GBS – 131 (45,8%). В обеих группах рецидивов кровотечения и летальных исходов не было, не понадобилось оперативное вмешательство. Эндоскопическая профилактика кровотечения выполнена 7 пациентам. Валидность шкалы определена методом логистической регрессии и ROC-анализа. Чувствительность шкалы Rockall – 100%, специфичность – 54,8%. «Площадь под кривой» (AUC) – 0,94, что соответствует «модели отличного качества» по данным экспертной шкалы. Обсуждение. Мы считаем, что в национальные клинические рекомендации должно быть введено обязательное определение прогноза рецидива на основании одной для всех, выбранной экспертами шкалы прогноза. Мы предлагаем использовать для этого шкалу Rockall. Вероятность развития повторного кровотечения у пациентов группы низкого риска крайне незначительная. Мы считаем, что при обсуждении очередной редакции национальных клинических рекомендаций для этой группы пациентов можно предложить несколько упрощенный алгоритм диагностики и лечения. В частности: в условиях регионов, пациенты данной группы могут быть госпитализированы в ближайший районный стационар, немедленная госпитализация в межрайонный или региональный хирургический центр вероятно не показана. Эндоскопическое исследование возможно провести не в первые часы госпитализации, а, например, утром, в часы работы врача-эндоскописта. Наблюдение хирурга может быть не постоянным, а периодическим. Фактически это случается и сейчас, однако врачи, в этом случае, отступают от НКР, что грозит им различными санкциями.

470. Пути улучшения лечения «синдрома быстрой декомпрессии» при механической желтухе

Рузбойзода К.Р., Нуров З.Х., Сафаров Б.И.

Душанбе, Таджикистан

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) – синдром развивающейся при различных и злокачественных заболеваниях, вызывающих острую или исподволь нарастающую обструкцию желчных протоков. Следует отметить, что как миниинвазивные методы декомпрессии желчных протоков, так и традиционные методы предварительной декомпрессии желчных путей сопровождаются характерным для них осложнениями в виде синдрома «быстрой декомпрессии», которое сопровождается выраженными нарушениями функции печени и почек нередко заканчивающейся летальными исходами. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных механической желтухой за счет снижения частоты развития синдрома «быстрой декомпрессии». Материал и методы. Приведены результаты комплексной диагностики и лечения 84 больных со синдромом «быстрой декомпрессии» при механической желтухе (МЖ). Длительность МЖ с момента появления до госпитализации варьировало от 1 суток до 2,5 месяцев. Выбор методов билиарной декомпрессии желчных протоков прежде всего зависело от характера МЖ, локализации и уровня блока, тяжестью МЖ и общего состояния пациента, также выполняется ли больным радикальные вмешательства на втором этапе или нет. Синдром «быстрой декомпрессии» наиболее часто в 36 (42,9%) наблюдениях развился после выполнения ЧЧХС по поводу МЖ. В 34 (40,5%) случаях после формирования традиционной холецистостомы (n=17) и дренировании общего желчного протока (n=17). Лишь в 14 (16,6%) случаях она развилась после ЭПСТ с НБД. Результаты. В зависимости от способов декомпрессии желчных протоков синдром «быстрой декомпрессии» развивалось в различные сроки постдекомпрессивного периода. После ЧЧХС синдром «быстрой декомпрессии» развился на 3-4 сутки постдекомпрессивного периода у 74% больных, а у пациентов после традиционной холецистостомии и наружного дренирования общего желчного протока на 5-6 сутки у 91% больных. В группе больных которым выполнялось эндоскопическая декомпрессия с НБД сроки появления указанного синдрома отмечалось на 7-8

сутки в 94% наблюдений. При этом необходимо отметить, что чем позже развивается это осложнение тем легче они переносятся больным. В результате исследования, также было установлено, что использование НБД со стандартными размерами дренажной трубки обеспечивает медленный темп декомпрессии желчных протоков при МЖ. Регуляторами темпа декомпрессии желчных протоков независимо от методов декомпрессии являются длина и диаметр дренирующей трубки. Одним из критериев выбора методов окончательного лечения МЖ, является показатели уровня билирубинемии и характер патологии вызвавший это состояние. Так допустимый уровень билирубинемии при паллиативной операции равен 130 мкмоль/л, при радикальной операции – 60 мкмоль/л. Следует отметить, что для достижения более низкого уровня общего билирубина необходимо более продолжительный период декомпрессии желчных протоков. Однако, чем дольше дренаж находится в желчных протоках, тем больше вероятность внутрипротоковой флоры, а также прогрессирования заболевания за счет обширной воспалительной реакции в пределах желчного протока. Заключение. Для снижения частоты синдрома «быстрой декомпрессии» у больных МЖ необходимо применение назобилиарного дренажа со стандартными размерами и дренажных трубок обеспечивающее медленный темп декомпрессии желчных протоков при гипербилирубинемии выше 180 мкмоль/л.

471. Повреждение паравазальных структур после эндовазальной лазерной коагуляции

Беляев А.Н., Костин С.В., Рябочкина П.А., Бушукина О.С., Хрущалина С.В., Таратынова А.Д.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет, МГУ им. Н. П. Огарева

Цель. Выявить морфологические изменения в паравенозных тканях после лазерной коагуляции длиной волны 1910 нм, распространяющегося по световодам с плоским торцом и радиальной

диаграммой рассеивания. Материалы. В работе проведены эксперименты на 6 овцах. Процедура ЭВЛК выполнена на 22 подкожных венах конечностей с использованием твердотельного LiYF₄:Tm лазера, генерирующего излучение с длиной волны 1910 нм мощностью до 10 Вт. Для процедуры ЭВЛК использовалась мощность в 4 Вт, скорость – 2 мм/сек. и два типа оптических световодов: 1) с плоским торцом, 2) однокольцевой диаграммой рассеивания. Проводилась макро – и микроскопическая оценка коагулированных вен и паравазальной клетчатки. После процедуры ЭВЛК сегмент участка венозного русла с паравазальной клетчаткой забирали для проведения гистологического анализа. Распространённость повреждения паравазальной клетчатки определяли по расстоянию в мкм от края коагулируемой вены до мелких поврежденных паравазальных сосудов диаметром 120–400 мкм (отек стенки, тромбоз просвета). Результаты. После ЭВЛК с LEED = 20 Дж/см, в паравазальной ткани происходит нагрев близлежащих паравенозных тканей, где образуются вакуоли вследствие испарения жидкости, происходит деструктивный распад волокнистого компонента межтучного вещества. В просвете мелких сосудов расположенных в паравенозной области, отмечается образование тепловых тромбов, агрегация форменных элементов крови, вакуолизация оболочек, разрушение клеточных структур стенки. При использовании световода с плоским торцом максимальное расстояние до поврежденных мелких сосудов варьировало в пределах 1503,1±43,6 мкм, а в области перфорации вены до 2073±8 мкм от стенки коагулируемой вены, что связано с максимальным выходом лазерной энергии через дефект стенки вены. Использование для проведения ЭВЛК вен диаметром 3,9±0,5 мм световодов с однокольцевой диаграммой рассеивания повреждающее действие энергии лазерного излучения на мелкие сосуды в паравазальной клетчатке составлял 425,7±22,0 мкм от стенки коагулируемой вены. Заключение. После эндовазальной лазерной коагуляции повреждение паравазальной клетчатки вблизи коагулируемой вены сопровождалось испарением жидкости с образованием воздушных вакуолей, распадом волокнистого компонента межтучного вещества. При использовании световодов с плоским торцом расстояние от стенки коагулируемой вены до поврежденных паравазальных сосудов достигает 1500 мкм, после использования однокольцевых радиальных световодов – 425 мкм.

**472. Опыт лечения больных с новой
коронавирусной инфекцией (НКВИ), осложненной
газовым синдромом**

*Медведев К.В. (1,3), Борта К.Е. (1),
Протченков М.А. (2,3), Несвит Е.М. (1),
Суханова Ю.В. (1)*

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ «Больница Боткина», 2) СПб ГБУЗ
«Городская больница №26», 3) ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России

Введение. Газовый синдром – сложное и многогранное осложнение большого числа заболеваний, начиная от ХОБЛ, заканчивая патологией соединительной ткани. В настоящее время статистические данные по эпидемиологии, диагностике и лечению данного осложнения зачастую представляют собой описание наблюдаемых клинических случаев в условиях отдельно взятого стационара. Пандемия НКВИ не только не облегчила данную задачу, но и привнесла новые вопросы в проблему изучения возникновения газового синдрома. Несмотря на то, что издан ряд клинических рекомендаций по ведению больных как с НКВИ, так и с газовым синдромом, лечение сочетания данных заболеваний требует дифференцированного подхода. Цель исследования. Анализ частоты встречаемости газового синдрома как осложнения НКВИ, динамики и особенностей его течения и подходов к ведению пациентов с пневмотораксом при COVID-19 – ассоциированной пневмонии. Материалы и методы. С 01.04.2020 по 01.09.2021 в СПб ГБУЗ «Больница Боткина» с НКВИ пролечено 20432 пациента. Из всей когорты пролеченных больных у 145 пациентов было зарегистрировано рентгенологически подтвержденное появление пневмомедиастинума, у 116 – пневмоторакса, сочетанное поражение наблюдалось у 18 пациентов. Проведены анализ и сопоставление эпидемиологических, клинических, рентгенологических, лабораторных данных у пациентов с выявленным газовым синдромом. Результаты. Наиболее часто встречались пациенты молодого возраста – от 18 до 44 лет (65%), пациенты старше 45 лет несколько реже (35%). Отличительной чертой газового синдрома явилось развитие его на поздних сроках болезни – более 14 суток от момента начала заболевания (113 пациентов). На 4-13 сутки пневмоторакс зарегистрирован у 32 пациентов. Апикальный пневмоторакс зарегистрирован у 12 пациентов, пневмоторакс с

коллапсом лёгкого на 1/4 – 1/3 у 23, на 1/3 – 1/2 у 31 больного, на 1/2 – 2/3 в 34 случаях и тотальный коллапс лёгкого у 16 пациентов. При НКВИ по типу ОРВИ у 9 пациентов отмечалось появление пневмомедиастинума и/или пневмоторакса. У 23 пациентов пневмоторакс был зарегистрирован при поражении легких Rg/КТ – 1. При поражении лёгочной ткани Rg/КТ – 2 пневмоторакс встречался у 46 больных, Rg/КТ – 3 у 32 пациентов, пневмоторакс при тотальном поражении лёгких был зарегистрирован у 6 пациентов. У больных с ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний, были отмечены следующие особенности: более частое появление бактериальной наслойки, формирование пиопневмоторакса с резистентностью к антибактериальным препаратам, что наиболее вероятно вызвано высокой вирусной нагрузкой и низким количеством CD4-клеток, отсутствием специфической терапии и невозможностью назначения ряда препаратов. Основной метод лечения – дренирование по Бюлау, однако особенности течения газового синдрома потребовали несколько иного подхода. После Rg-подтвержденного расправления лёгкого больные переводились на низковакуумное дренирование по Редону, что позволило диагностировать рецидив пневмоторакса у 22 пациентов. У 5 больных – рецидивный правосторонний пневмоторакс на 3 сутки, у 8 пациентов на 5 и более суток после удаления дренажа из плевральной полости. Левосторонний пневмоторакс рецидивировал у 7 пациентов (в 1 случае на 2 сутки, в 6 случаях на 6-8 сутки). Двусторонний пневмоторакс рецидивировал у двух пациентов на 2 сутки. Рецидивов пневмомедиастинума зарегистрировано не было. У 32 пациентов итогом госпитализации стал летальный исход. Причиной смерти у 16 больных стала НКВИ, у 13 пациентов ВИЧ-инфекция, 2 больных умерли в результате массивной ТЭЛА, у 1 больного ОИМ. Выводы. 1. Наиболее часто пневмоторакс возникал при поражении лёгких в объёме 25-75%. 2. Рецидив газового синдрома обусловлен прогрессированием течения вирусной пневмонии. 3. Течение газового синдрома у больных с НКВИ характеризуется поздним появлением, затяжным течением, частыми рецидивами, формированием гнойных осложнений и высокой частотой летальных исходов. 4. Лечение больных с газовым синдромом, осложнившим течение НКВИ, требует индивидуального подхода.

473. Всегда ли нужен сетчатый имплант при коррекции диастаза прямых мышц живота?*Гребцов Ю.В., Нахумов М.М., Фетисов К.В.,
Воронина О.В.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им И.И. Мечникова Минздрава
РФ

Актуальность. Диастаз прямых мышц живота – патологическое состояние, характеризующееся расширением белой линии живота и её истончением. Он может встречаться как в изолированной форме, так и в сочетании пупочными и эпигастральными грыжами. При наличии диастаза и грыжи, показания к оперативному лечению обусловлены наличием грыжевого дефекта. Обсуждение показаний к хирургической коррекции изолированного диастаза, и о возможных вариантах оперативного вмешательства не прекращаются и по сей день. Существует множество методик устранения диастаза как с применением сетчатого импланта, так и с использованием различных вариантов аутопластик; применяют традиционные вмешательства, эндовидеохирургические операции и различные гибридные техники. У пациентов с пупочными грыжами и диастазом 2-3 степени выбор в сторону протезирующей пластики однозначно предопределён. Однако, у пациентов с диастазом первой степени и пупочными грыжами диаметром до 1 см, вопрос открытый: необходимо ли использование сетчатого протеза? Цель. Оценить возможность коррекции диастаза 1 степени в сочетании с пупочной грыжей без применения сетчатого импланта. Материалы и методы. В хирургическом отделении ГБУЗ «Городская Покровская больница» г. Санкт-Петербурга с 2016 по 2018 г. операции по одномоментному устранению диастаза прямых мышц живота в сочетании с пупочной грыжей выполнены 38 пациентам женского пола. Возраст пациенток составлял от 20 до 39 лет. У всех пациенток имелся диастаз прямых мышц живота, относящийся к 1 виду по классификации Б.А. Баркова и первому типу по классификации Р.П. Аскерханова и пупочная грыжа диаметром до 1 см. Для улучшения косметических и функциональных результатов мы использовали ряд малоинвазивных методик. Всем пациентам выполнялся окаймляющий разрез над пупком, далее с применением лапароскопических инструментов выполнялась диссекция апоневроза на всём протяжении до мечевидного отростка в

краниальном направлении, и до латеральных границ влагалища прямых мышц живота, для исключения образования гофрирования кожи после медиализации краёв прямых мышц живота. Далее в первой группе (20 человек) выполнялось ушивание диастаза с пластикой по Шампильеру с применением «сборивающих» швов без рассечения апоневроза двойной нерассасывающейся нитью с использованием «малых байтов». Во второй группе (10 человек) выполнялось укрепление шва узким, около 1 см сетчатым имплантом, который укладывали в образованную дубликатуру и подхватывали в непрерывный шов, при этом он оказывался между двух листков апоневроза и усиливал образующийся рубец. В 3 группе (8 человек) выполнялась операция Milos. Суть этого метода сводится к тому, чтобы расположить сетчатый имплант изолированно от брюшной полости в ретромускулярном пространстве посредством небольшого разреза кожи в области грыжевых ворот под визуальным контролем с применением эндовидеохирургических инструментов и различных ретракторов. Результаты и обсуждени. У 1 (10%) пациентки во 2 группе и у 1(12,5%) - в 3 группе в послеоперационный периоде, сопровождался появлением сером, которые потребовали однократных пункций. Средний койко-день составил $1,8 \pm 1,4$ дней. Послеоперационных осложнений и летальности не было. За период наблюдения от 48 до 76 месяцев рецидивов не отмечено. Выводы. Устранение диастаза прямых мышц живота 1 степени в сочетании с пупочной грыжей с применением мини-доступа и эндоскопических технологий безопасно для пациентов, сводит к минимуму количество интраабдоминальных осложнений, обладает хорошим косметическим и функциональным эффектом. Выполнение данных вмешательств возможно, как с применением сетчатого импланта, так и без него. При ширине диастаза прямых мышц живота не более 4–5 см, возможно применение изолированного ушивания, без диссекции апоневроза и использования сетчатого импланта. Если ширина диастаза более 4–5 см – показано применение одной из протезирующих методик.

474.Интерлейкин-6 – ранний маркер несостоятельности анастомоза после резекции кишечника у пациентов с колоректальным раком

Черных М.А., Павлов Р.В., Новикова А.Д., Данилин В.Н., Федулов Р.И., Алексеев М.А.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Несостоятельность кишечного анастомоза (НА) сохраняет лидирующие позиции в структуре послеоперационных осложнений, несмотря на совершенствование хирургической техники. Частота НА по данным литературы сохраняется на уровне от 4 до 20%. Помимо очевидных последствий этого осложнения в виде удлинения койко-дня и увеличения затрат на лечение, у онкологических пациентов существует не менее важная проблема – по данным исследований у больных колоректальным раком с НА уменьшается общая и безрецидивная выживаемость. Также показано, что чем раньше выявлена НА, тем лучше результаты ее лечения. Таким образом, вопрос поиска ранних маркеров НА является актуальной проблемой для современной онкохирургии. Методы исследования. В исследование включен 101 пациент, перенесший операцию на толстом кишечнике с формированием анастомоза в период с 01.05.2021 по 25.12.2021 в онкологическом отделении СПбГУ КВМТ им. Н.И. Пирогова. У каждого пациента исследовался уровень интерлейкина-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови до операции (базальный), на 1-ый, 2-ой, 3-ий и 4-ый послеоперационный день (ПОД). Результаты. Средний возраст пациентов составил 63,1±9,1 года, среди них 43 мужчины и 58 женщин. Послеоперационный период осложнился развитием НА у 6 пациентов (5,9%). Показатели ИЛ-6 и СРБ по описанному выше графику представлены в таблицах 1 и 2. Результаты представлены в виде среднего значения ± стандартное отклонение (95% доверительный интервал (ДИ)). Обсуждение и выводы. Обращает на себя внимание, что уровни ИЛ-6 и СРБ в первые сутки после операции повышаются и в группе пациентов без НА затем снижаются. При этом пиковое повышение ИЛ-6 в этой группе происходит уже на 1 ПОД, тогда как наивысший показатель СРБ достигается на 2 ПОД. Согласно литературным данным 95% чувствительность и специфичность уровня СРБ для диагностики НА определена при его уровне порядка 148 – 180 мг/л и более на 3 ПОД. По уровню ИЛ-6

плазмы крови таких данных пока нет. Учитывая данные группы без НА, уровень ИЛ-6 реагирует на сутки быстрее, что может быть использовано для более раннего выявления НА. Для определения точных показателей ИЛ-6, свидетельствующих о развитии НА, необходимо проведение исследования на большей выборке пациентов. Рекомендации. В нашей практике нормальным принято снижение уровня ИЛ-6 на каждый следующий ПОД в сравнении с предыдущим, либо его рост в пределах 20% (принята погрешность тест-системы). В случае роста уровня ИЛ-6 более чем на 20% проводится КТ-проктография для верификации наличия НА (при отсутствии явной клиники перитонита). В случае подтверждения НА избирается соответствующая клинической ситуации лечебная тактика. Данный подход, а также пороговый уровень ИЛ-6 для изменения лечебной тактики не являются общепринятыми и подлежат обсуждению и дальнейшему изучению.

475.Холедохолитиаз, осложненный вклиниением конкремента в большой дуоденальный сосочек

Сафоев М.И., Демко А.Е., Ульянов Ю.Н., Ковалева М.С., Светличный И.А., Доронина А.А.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе

Актуальность. За последнее десятилетие количество больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) неуклонно растет. В связи с этим возрастает число случаев холедохолитиаза. Обструкция желчевыводящих протоков конкрементами и нарушение оттока желчи сопровождаются возникновением механической желтухи и холангита. Вклиниение конкремента в ампулу БДС вызывает билиарную, панкреатическую гипертензию, приводит к тяжелым формам острого билиарного панкреатита, к развитию гнойных процессов в брюшной полости и забрюшинной клетчатке без соответствующего лечения. Методом выбора в лечении больных ЖКБ, осложненной вклиниением конкремента в ампулу БДС, является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), удаление

конкремента и восстановление оттока желчи и панкреатического сока в ДПК. Цель исследования. Оценить эффективность клинко-лабораторных и эндоскопических методов диагностики вклинения конкремента в ампулу БДС, технических приемов восстановления оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную. Материал и методы. В СПб ГБУ НИИ СП им. И.И.Джанелидзе проведено лечение 850 пациентам с диагнозом ЖКБ, среди которых у 92 пациентов (10,8%) диагностировано вклинение конкремента в ампулу БДС. Среди них женщин было 52 (56,5%), мужчин - 40 человек (43,5%). Диагноз был поставлен на основании жалоб, анамнеза, результатов клинко-лабораторного минимума (клинический, биохимический анализ крови), инструментального обследования больных (УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с прицельным осмотром области БДС, МРХГ, КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием). В ходе обследования больных определены критерии постановки диагноза вклиненного конкремента в ампулу БДС. Тактикой лечения вклиненного конкремента в ампулу БДС являлось: выполнение ЭПС; удаление конкремента; восстановление оттока желчи и панкреатического сока в ДПК. Результаты. Всем больным выполнялась атипичная ЭПСТ с возможным использованием 2 различных техник выполнения. После манипуляции всем больным выполнялась ЭРХГ, с целью исключения конкрементов в желчевыводящих путях, выполнение эндоскопической литоэкстракции корзинкой Дормиа при их обнаружении. Вклинение конкремента в ампулу БДС отражается на лабораторных изменениях анализов крови. У всех (92 человек) больных были повышены показатели общего и прямого билирубина. Среднее значение общего билирубина при поступлении составляло 109,8 ммоль/л. Контрольный анализ при выполнении на следующие сутки после оперативного вмешательства, составлял 53,27 ммоль/л. У 7 человек (7,6%) вклинение конкремента осложнилось развитием гнойного холангита. Число лейкоцитов крови до операции составляло $12,8 \cdot 10^9/\text{л}$, через сутки после - $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$. У 9 пациентов (9,8%), возникло осложнение в виде острого билиарного панкреатита. Среднее значение панкреатической амилазы до оперативного вмешательства составляло 1301,11 ед/л., через сутки после операции - 184, 72 ед/л. У одного больного (1,1%) вклинение осложнилось одновременным развитием гнойного холангита и тяжелого билиарного панкреатита. У 68 человек (73,9%) оперативное вмешательство выполнялось в течение первых 6 часов от момента диагностики

вклиненного конкремента. Остальным 24 пациентам - в течение 12 -24 часов. В связи с этим отмечается увеличение продолжительности послеоперационного периода: 18 дней, против 10 дней у больных, которым эндоскопическое вмешательство произведено своевременно. Выводы. Ведущее значение в диагностике вклинения камня в БДС являются инструментальные и эндоскопические методы диагностики. Временной промежуток от момента постановки диагноза до операции должен быть минимальным (не более 6 часов). Откладывание оперативного вмешательства приводит к развитию осложнений, опасных для жизни больного. Оптимальным лечебным пособием при данном осложнении являются: выполнение ЭПСТ, удаление конкремента, восстановление оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку.

476.Клинический случай. Желудочно-толстокишечный свищ: редкое осложнение рака желудка у больного с COVID-19

*Приходько В.С., Иванов В.Г., Саенко Д.С.,
Ашуров Ш.С.*

Москва

ГБУЗ МО Люберецкая областная больница

Новая коронавирусная инфекция (НКИ) внесла коррективы в работу медиков по всему миру, в том числе и хирургов. Хирургическое отделение №3 Люберецкой областной больницы принимает больных хирургического профиля с НКИ с мая 2020-го по настоящее время. За это время проведено 572 операции. Мы хотели бы поделиться интересным наблюдением редкого осложнения рака желудка, потребовавшего срочного оперативного вмешательства в условиях инфекционного стационара. Желудочно-толстокишечный свищ как осложнение течения рака желудка был описан в 1755 году. Среди причин развития данного осложнения может стать: панкреатит, ятрогенные осложнения, сифилис, туберкулез. Чаще всего формирование фистулы образуется между большой кривизной желудка и дистальной третью поперечной ободочной кишки. Пациент С. 1988 г.р.

экстренно госпитализирован с жалобами на слабость, одышку, кашель, субфебрильную температуру, тошноту и рвоту (рвотные массы с каловым запахом), потерю в весе более 15 кг за 3 месяца. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки: двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. Мазок на НКИ положительный. При гастроскопии: картина опухолевого образования 4 см в средней трети желудка с двумя язвенными дефектами округлой формы. При КТ органов брюшной полости: по большой кривизне желудка в средней части патологический участок с неровными бугристыми контурами 67x85x52 мм, неоднородной внутренней структуры за счет центральной полости дегенерации и инфильтрацией прилежащего участка поперечной ободочной кишки, в просвете которой – патологическое образование с бугристыми контурами до 46x44x52 мм, с деформацией кишки и субтотальным сужением. При поступлении состояние средней степени тяжести. Температура 38,5°C. Кожные покровы бледные. Рс–82/мин. АД:120/70 мм.рт.ст. SpO₂ – 92% без инсуффляции кислородом. ЧДД–22/мин. Язык влажный, с белым налетом, живот мягкий, не напряжен, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Перитонеальной симптоматики нет. Перистальтика удовлетворительная. Стул раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Пациенту назначена терапия согласно методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение НКИ». По данным лабораторных исследований: анемия тяжелой степени (Hgb–68g/l), умеренный лейкоцитоз (wbc–14.3910⁹/L), тромбоцитоз (627x10⁹/L). Отмечается повышение С-реактивного белка, прокальцитонина, лактатдегидрогеназы. Выявлены антитела HCV. На вторые сутки после госпитализации в ходе консилиума принято решение об оперативном вмешательстве ввиду бесперспективности консервативного лечения, нарастания водно-электролитных расстройств, анемии. Отсроченная операция: резекция ? желудка по Бильрот-2 на отключенной по Ру петле с лимфодиссекцией. Резекция поперечной ободочной кишки с формированием трансверзостомы, дренирование брюшной полости. В первые сутки проводилась искусственная вентиляция легких, на вторые сутки – неинвазивная вентиляция легких, на третьи – кислородная поддержка через лицевую маску. Послеоперационный период без осложнений, явления дыхательной недостаточности регрессировали. Дренажи удалены на третьи сутки. Функция кишечника восстановилась. Рана зажила первично. При КТ ОГК через семь суток после

операции отмечена положительная динамика. При гистологическом исследовании: в стенке желудка высокодифференцированная аденокарцинома с распространенными полями некроза и воспалительной инфильтрацией, прорастающая все слои стенки желудка, в стенке толстой кишки. Пациент выписан под наблюдение онколога. Спустя год после операции состояние пациента удовлетворительное. Данных за прогрессирование онкопроцесса нет. НКИ – существенный фактор риска для пациентов с острой хирургической патологией, приносит изменения в алгоритмы лечения. Для получения удовлетворительных результатов в лечении таких больных необходимо применение мультидисциплинарного подхода с привлечением не только анестезиологов-реаниматологов и терапевтов, но и пульмонологов и инфекционистов, детальной оценки рисков и особенностей течения анестезии и послеоперационного периода.

477. Опыт применения госпитального регистра по колопроктологии в медицинском учреждении

*Баранов А.И. (1), Василенок В.В. (2),
Емельянов Е.С. (2), Череватенко К.В. (2),
Горбунов А.Б. (2)*

Новокузнецк

- 1) Центр повышения квалификации НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
- 2) Медицинский клинический центр ООО «Гранд Медика»

Актуальность. Медицинские регистры позволяют изучения рутинной клинической практики курации заболеваний, оценки качества медицинской помощи, лекарственных средств, медицинской техники и медицинских услуг с точки зрения ориентированности на пациента: безопасности, эффективности, экономической целесообразности применения, своевременности применения и доступности для пациентов. А с помощью применения алгоритмов моделирования, можно получать практически любые данные для анализа эффективности работы. Одна из основных проблем ведения регистра – это самостоятельное рутинное

заполнение различных данных, что в свою очередь негативно сказывается на качестве обрабатываемой базы данных. Актуальность состоит в том, чтобы создать условия ввода и извлечения данных, без особых временных трудозатрат. Цель. Создание госпитального регистра по колопроктологии оценки эффективности проводимого лечения и хирургических осложнений у стационарных больных. Методы исследования. Документальный, аналитический, системный. Объект исследования: Медицинская информационная система "Ариадна" (Версия 3 от 03.2017 по ТУ 32.50.5-001-13886614-2017. Регистрационное удостоверение № РЗН 2018/6977 от 10.07.2018) В госпитальный регистр по колопроктологии включены пациенты, прошедшие стационарное лечение с диагнозом Хронический геморрой (К64.0 – К64.8); Хроническая анальная трещина (К60.1 – К60.2); Хронический парапроктит (К63.2). Структура сбора данных организована в виде вкладок. Регистр насчитывает такие критерии которым присвоены числовые индексы:

- Паспортная часть
- Возраст пациента
- Пол
- Заболевание а. 1 - Геморрой б. 2- Трещина с. 3 - Хронический парапроктит d. 4 - Геморрой + Трещина e. 5 - Пилонидальная киста f. 6 - Доброкачественное новообразование прямой кишки g. 7 - Доброкачественное образование анального канала и перианальной области h. 8 - Комбинированные заболевания
- Стадия геморроя (в соответствии с МКБ-10)
- Размеры анальной трещины
- Ранее проводимое оперативное лечение
- Анестезия во время операции а. 1 - Местная б. 2 - Спинальная с. 3 - Внутривенная d. 4 - ЭТН e. 5 - Эпидуральная f. 6 - Комбинированная
- Название операции а. 1- Геморроидэктомия по Милигану-Моргану б. 2- Геморроидэктомия по Фергюсону с. 3- Геморроидэктомия с использованием биполярных лигирующих устройств d. 4 - Геморроидэктомия с использованием УЗ скальпеля e. 5 - Геморроидэктомия сочетанными методиками f. 6 - HAL-RAR g. 7- Комбинированная операция при геморрое (HAL-RAR + Геморроидэктомия по любой методике) h. 8 - Иссечение анальной трещины без сфинктеротомии и пластики i. 9 - Иссечение анальной трещины с пластикой j. 10 - Иссечение анальной трещины со сфинктеротомией k. 11 - Иссечение анальной трещины с пластикой и сфинктеротомией l. 12 - Рассечение интрасфинктерного свища m. 13 - Иссечение трансфинктерного свища n. 14 - LIFT методика o. 15 - Операция проведения дренирующей (эластичной) лигатуры p. 16 - Сегментарная проктопластика q. 17 - Иссечение пилонидальной кисты без пластики r. 18 - Подкожное иссечение пилонидальной кисты s. 19- Иссечение пилонидальной кисты с пластикой

раневого дефекта различными методиками t. 20 - Иссечение новообразований перианальной области и анального канала u. 21 - Удаление образований прямой кишки v. 22 - комбинированные операции

- Использование лазерных технологий
- Продолжительность операции
- Наличие болевого синдрома до операции
- Индекс массы тела
- Курение
- Индекс ASA
- Индекс коморбидности Charlson
- Выраженность болевого синдрома после операции (0-10)
- Тошнота, рвота в 1 сутки после операции
- Пульс
- Температура тела (цифровое значение)
- Задержка мочеиспускания
- Обезболивание в послеоперационном периоде
- Оценка болевого синдрома в момент выписки по шкале ВАШ (0 - 10)
- Хирургические осложнения (по Clavien-Dindo)

Все эти данные автоматически заносятся в регистр из протоколов лечащего врача, анестезиолога, протокола операции и журнала списания лекарственных средств при правильном оформлении электронной истории болезни. Полученные результаты. В нашей клинике работа с регистрами ведется с 2019 года. В настоящее время в нашем регистре числится 251 пациент. Данные регистра, кроме паспортной части, представлены в виде цифрового обозначения, который автоматически присваивается данному обозначению. Далее цифровые данные автоматически формируются в табличный отчет, который может быть легко обработан любой статистической программой. В результате этого анализа возможно воспроизвести данные по каким-то ключевым параметрам, например, оценить частоту рецидивов на определенных сроках, посмотреть, какие из применяемых технологий в нашем исполнении были более эффективны. Накапливаемый опыт, показал необходимость в видоизменении регистра – так в 2021 году, была создана 2 версия регистра, который ведется параллельно и заполняется автоматически. Выводы. В настоящее время формирование локального регистра не составляет особо труда. В современных МИС можно создать практически любой обрабатываемый критерий. Получаемые данные легко поддаются статистической обработке для последующего анализа. Но для создания единой базы колопроктологических заболеваний оценки (параметры) должны быть сформированы профессиональным обществом колопроктологом России.

478. Современный подход хирургического лечения эхинококкоза печени

*Магомедов А.Р., Глебов В.Ю., Заложков А.В.,
Суцевич Д.С., Бабиев Д.А.*

Оренбург

Государственное автономное учреждение
здравоохранения «Оренбургская областная
клиническая больница №2» Оренбургская область

Актуальность. Эхинококкоз тяжелое паразитарное заболевание, является серьезной проблемой многих стран. Эхинококкоз практически 50-87% поражает печень с развитием кистозных, объёмных образований.

Применения эндовидеохирургических систем – позволяет расширить показания к радикальным хирургическим вмешательствам, сохраняя качество жизни. В 2021 году хирургическом отделении ООКБ2 г. Оренбурга прооперировали 15 больных с эхинококкозом печени. Возраст пациентов от 25-67 лет. Все больные проходили обследования, который включал жалобы, анамнестические и общеклинические данные, лабораторно-инструментальные методы исследования. Эхинококковая киста в правой доли печени было у 10 больных, в левой доли – у 2 пациентов, наличие в обеих долях – у 1 больного. Нагноившаяся эхинококковая киста наблюдалось у 2 больных. Диаметр эхинококковых кист колебался от 6 до 12 см. Дифференциальную диагностику эхинококковой кисты с опухолевыми поражениями печени, а так же для дельнейшей тактики введения и оперативного лечения всем больным выполнена компьютерная томография, УЗИ органов брюшной полости. Цель исследования - оценка эффективности лапароскопической эхинококкэктомий. Атипичная резекция печени с эхинококковой кистой эндоскопическим доступом выполнено у всех 15(100%) больных. Лапароскопическую эхинококкэктомию выполняли с использованием эндоскопической стойки и инструментов фирмы «Karl Storz». Техника оперативного доступа была следующей. Использовали 4 троакара- 2 мл(2) и 10 мл(2). Эхинококковую кисту обкладывали салфетками с 100% глицерина, производили пункцию кисты, и толстой иглой аспирировали содержимое. В полость кисты вводили 100% раствор глицерина. Хитиновую оболочку удаляли, погрузив ее в контейнер. Фиброзную капсулу иссекали. Для контроля удаления остатков паразита и выявления желчных свищей во всех случаях проводили эндовидеолапароскопию остаточной

полости. Выявленные цистобилиарные свищи коагулировали. Брюшную полость и остаточную полость дренировали дренажными трубками, удаляли на 3- 5 сутки. Нахождение больных в стационаре составило 4-6 дней. При контрольном УЗИ брюшной полости в послеоперационном периоде-скопление жидкости под печёночном пространстве и в области остаточной полости не отмечалось. Осложнений у всех больных так же не было. В послеоперационном периоде всем больным назначено курс химиотерапии (Альбендазол 10-15 мг/кг). Противорецидивную терапию все больные перенесли удовлетворительно. Для оценки эффективности лапароскопической эхинококкэктомии были изучены результаты лечения послеоперационном периоде. Применения данного вида оперативного лечения показало, что использования малоинвазивных доступов, протекают значительно лучше. Применение видеолапароскопического метода эхинококкэктомии является эффективным и малоинвазивным методом лечения, которая имеет ряд преимуществ с открытыми методами эхинококкэктомии. Это минимальная травматичность, уменьшения пребывания больных в стационаре, экономическая эффективность.

479. Анализ результатов диагностики и лечения ранений сердца мирного времени

*Хаджибаев Ф.А. (1,2), Мирсидиков М.А. (1),
Махамадаминов А.Г. (2), Халилов А.С. (2)*

Ташкент, Узбекистан

1) РНЦЭМП, 2) ЦРПКМР

Целью данного исследования явился анализ результатов диагностики и лечения ранений сердца мирного времени. За 20 лет функционирования республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в хирургический отдел было госпитализировано 72 больных с ранениями сердца. Больные с ранениями сердца преимущественно входили в категорию молодого трудоспособного населения (76,4%), мужчины преобладали над женщинами (88,9%). Для ранений сердца важное значение имеет оказание помощи в ранние сроки с момента получения

травмы. Так, наибольшее количество больных поступали в промежуток «золотого часа» (69,4%), также необходимо отметить, что большая часть больных поступала по линии СМП (69,0%). Несмотря на успехи современной хирургии сердца, к сожалению, показатели летальности остаются на высоком уровне. Причины высокой летальности при ранениях сердца: трудность распознавания характера повреждения, отсутствие информативных методов определения тяжести различных осложнений, а также возможность развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в виде перикардита, плеврита, ишемии миокарда, нагноения послеоперационной раны. В наших наблюдениях в 87,5% случаях ранения приходились на «сердечную» зону, в 51 случае раны были слева, в 12 – справа. В 6 случаях ранения были множественными и наблюдались с обеих сторон. Среди проникающих ранений сердца локализация по отделам была следующей: в 23 случаях – отмечалось ранение ЛЖ, в 11 случаях – ЛП, в 8 случаях – ПЖ, в 4 случаях – ПП. В 26 случаях ранения были не проникающими в полость сердца и ограничивались ранением перикарда. Помимо изолированных ранений сердца отмечаются сочетанные повреждения, как близлежащих органов грудной клетки, так и других полостей, что существенно влияет на тяжесть общего состояния больных и объем планируемых оперативных вмешательств. Наиболее часто встречались повреждения легких (10), среди редких сочетанных повреждений отмечались повреждения тонкой кишки (1) и левой почки (1). Существенным фактором, влияющим на показатели летальности, является объем кровопотери. В 58,3% случаях объем кровопотери не превышал 500 мл, в 6 случаях – был более 2 литров. При ранениях сердца были использованы лабораторные (общеклинические, коагулограмма, электролиты и КЩС крови, кардиоспецифические ферменты) и инструментальные (рентгенография груди, Эхо-КГ, ЭКГ, МСКТ, ВТС) методы исследования. К основным принципам оказания экстренной медицинской помощи больным с ранениями сердца относились экстренная диагностика в операционно-шоковом зале, борьба с геморрагическим шоком и анемией, оперативное лечение. Оперативное лечение нами осуществлялась традиционными (переднебоковая торакотомия в IV-V межреберье) у 58 больных и малоинвазивными (ВТС) вмешательствами – у 14. При этом в 50 случаях было произведено ушивание ран сердца, в 12 случаях ран сердца и легких, в 6 случаях ран сердца и сосудов, в 2 случаях сердца и диафрагмы. По одному случаю нами было произведено ушивание ран сердца, кишечника и

левой почки. Оперативные вмешательства завершали выкраиванием «окна» на перикарде, санацией и дренированием плевральной и брюшной полостей. В послеоперационном периоде наблюдались 14 неспецифических осложнения в виде пневмонии (10), инфаркта миокарда (5) и ТЭЛА (2). Кроме того у 11 больных отмечались специфические осложнения: нагноение п/о ран (4), аррозивного кровотечения (3), тромбоза сосудов (2), ОССН (2). Послеоперационная летальность составила 19,4%. Таким образом, в улучшении результатов лечения больных с ранениями сердца важное значение имеет своевременная диагностика повреждения сердца еще на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи. При подозрении на наличие ранения сердца, расположении раны в «сердечной зоне» и стабильной гемодинамике обязательным является использование ВТС. При нестабильной гемодинамике с явными признаками ранения сердца операцией выбора является широкая левосторонняя переднебоковая торакотомия и ушивание раны сердца.

480.Современные методы диагностики и лечения синдрома Мириizzi в условиях экстренной медицины

*Хаджибаев Ф.А. (1,2), Гуломов Ф.К. (1),
Алиджанов Ф.Б. (2)*

Ташкент

1) Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, 2) Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают более 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению числа больных каждое десятилетие жизни примерно в два раза. При этом почти четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеют желчные камни. Частота синдрома Мириizzi (СМ) среди всех осложнений ЖКБ по данным различных авторов составляет от 2,7 до 5,0%, а летальность - достигает

до 14%. Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 280 пациентов ЖКБ осложненных различными типами СМ находившихся в хирургических отделениях РНЦЭМП за период с 2001 по 2020 годы. Материал включал в себя больных СМ первого и второго типа. Больные, с СМ второго типа характеризующиеся наличием ХБС нами в зависимости от степени разрушения стенки холедоха были распределены на три подгруппы: II А тип - до 1/3 окружности, II В тип - до 2/3 окружности и II С тип - более 2/3 вплоть до всей окружности. В зависимости от тактики и способа лечебно-диагностических процедур все больные с СМ были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли 158 (56,4%) больных, у которых применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика. У 122 (43,6%) больных основной группы лечебно-диагностический процесс был дополнен современными способами лучевой и эндовизуальной диагностики, а также лапароскопическими вмешательствами. Мужчин было – 89 (31,8%), женщин – 191 (68,2%). Средний возраст больных составил 57,8±5,3 год. Результаты и их обсуждение. Из 280 пациентов у 21 было выявлено наличие СМ первого типа (7,5%), а у 259 СМ II типа (92,5%). При этом СМ II А тип выявлено у 93 (33,2%), СМ II В тип у 155 (55,4%) и СМ II С типу 11 (3,9%) больных. У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи (МЖ) с билирубинемией от 25 до 1000,7 мкмоль/л. У 157 (56,1%) больных имелась клиника ГХ. Из 280 больных у 229 (81,8%) произведено ЭРПХГ, при этом у 19 пациентов нами были обнаружены признаки характерные первому типу СМ, а у 210 больных второму типу. Тем, кому не удалось или были противопоказания к проведению ЭРПХГ, было выполнено ЧЧХС и ЧЧХГ 32 (11,4%) больным. У 29 пациентов как контрольной (21), так и основной групп (8), в силу наличия тяжелой сопутствующей патологии, первый этап лечения оказался окончательным. Остальным 251 больному вторым этапом проводились оперативные вмешательства с целью радикальной коррекции имеющихся различных типов СМ. Из них 153 больных оперированы в экстренном, 98 больных в отсроченном порядке. При этом у 137 больных контрольной группы все данные вмешательства осуществлялись традиционным лапаротомным доступом. В отличие от этого у больных основной группы лапароскопические вмешательства нами рассматривались как приоритетные и были осуществлены у 22 пациентов. У 92 больных основной группы для коррекции СМ второго типа с ХБС применялся новый способ пластики,

разработанный в нашей клинике. У 6 больных из-за большого размера свища проведено гепатикоеюностомия у 4 больных и 2 больных была проведена гепатикодуоденостомия. Послеоперационная общая летальность наблюдалась у 10 больных, что составило 3,9%. Причиной смерти послужили множественные холангиогенные абсцессы с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности (8), ТЭЛА (1) и ОИМ (1). Послеоперационные осложнения всего возникли у 40 (15,9%) больных. Таким образом, предлагаемые нами подходы к диагностике и выбору тактики хирургического лечения больных с синдромом Мирizzi, усовершенствование техники хирургического лечения, в том числе расширение возможностей лапароскопической холецистэктомии с лапароскопической пластикой холецистобилиарного свища позволили практически двукратно снизить частоту послеоперационных осложнений с 20,4% до 10,5%, в три раза снизить показатель послеоперационной летальности с 5,8% до 1,8% и достоверно сократить средние сроки стационарного лечения.

481. Результаты лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Полозов С.В.

Сургут

- 1) БУ "Сургутская окружная клиническая больница",
- 2) БУ ВО ХМАО-Югры "Сургутский государственный университет"

Актуальность. Тактика ведения пациентов с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевой этиологии, по-прежнему, остается актуальным вопросом экстренной хирургии. Проведение комплекса консервативных мероприятий обеспечивает возможность выполнения радикального онкологического вмешательства в отсроченном порядке. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 136 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) опухолевой этиологии, пролеченных в период 2015-21 гг. В анализируемой группе 62 (45,6%) мужчины и 74 (54,4%) женщины. Средний возраст больных 59 ±

2,4 лет. Ведение больных осуществлялось в соответствии с разработанным лечебно-диагностическим алгоритмом, важнейшим этапом которого была диагностическая видеоколоноскопия направленная на установление диагноза и декомпрессии толстой кишки. Разработанный комплекс лечебных мероприятий направлен на проведение операции в отсроченном порядке. На фоне консервативной терапии ОКН разрешилась - у 112 (82,4%) больных. Оперированы в экстренном порядке - 24 (17,6%) пациента. Проведен сравнительный анализ результатов лечения при выполнении операции в экстренном и отсроченном порядке по характеру течения раннего послеоперационного периода, исходу лечения и объему выполненной лимфаденэктомии, путем прямого подсчета количества удаленных лимфатических узлов, представленных в макропрепарате. Результаты и обсуждение. Консервативные мероприятия без использования эндоскопической декомпрессии стали эффективными – у 20 (14,7%) больных. Эндоскопическая декомпрессия толстой кишки выполнена - у 92 (67,6%) пациентов: путем интубации - у 54 (39,7%), при использовании нитинолового саморасправляющегося стента – у 38 (27,9%) больных. После подготовки все пациенты подвергнуты хирургическому вмешательству в отсроченном порядке в соответствии с принципами «онкологического радикализма»: правосторонняя гемиколэктомия выполнена – у 18 (13,2%), резекция сигмовидной кишки – у 21 (15,4%), левосторонняя гемиколэктомия – у 20 (14,7%), резекция поперечно-ободочной кишки – у 9 (6,6%), передняя резекция прямой кишки – у 13 (9,6%) и экстирпация прямой кишки – у 10 (7,4%) больных. Первичный анастомоз сформирован - у 66 (48,5%) человек. Среди пациентов, оперированных в экстренном порядке, правосторонняя гемиколэктомия проведена – у 5 (3,6%) больных, резекция сигмовидной кишки – у 8 (5,9%), левосторонняя гемиколэктомия – у 9 (6,6%), резекция поперечно-ободочной кишки – у 2 (1,4%) пациентов. Первичный анастомоз наложен - у 7 (5,1%) человек. Несостоятельность анастомоза среди оперированных в экстренном порядке отмечена - у 3 (2,2%), в отсроченном порядке у – 9 (6,6%) пациентов. Среди оперированных в экстренном порядке 3 (2,2%) летальных исхода. В группе сравнения летальных исходов не наблюдалось. При оценке количества удаленных лимфатических узлов у больных оперированных в экстренном порядке получен средний показатель $8,3 \pm 4,4$. В группе сравнения этот показатель составил - $12,6 \pm 2,1$ ($p=0,03$). Выводы. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм

для больных с острой obturационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии позволяет разрешить ОКН в 82,4% наблюдений. Выполненные в отсроченном порядке хирургические вмешательства сопровождаются лучшей результативностью в сравнении с операциями проведенными в срочном порядке по клиническим признакам, объему выполненной лимфаденэктомии и прогностически лучшим результатом лечения для группы больных с осложнениями колоректального рака.

482. Особенности хирургии грыж у пациентов с высоким операционным риском

Самарцев В.А., Паршаков А.А., Гаврилов В.А.

Пермь

- 1) ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России,
- 2) ГАУЗ ПК ГКБ №4

Актуальность. Актуальной проблемой современной герниологии является прогрессирующий рост количества пациентов с большими вентральными (ВГ) и послеоперационными грыжами (ПГ) W3 с отягощенным коморбидным статусом, а также наличием сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости (БП). Риск развития послеоперационных осложнений (ПО) у данной группы больных увеличивается на 20-30% относительно пациентов с неотягощенным коморбидным статусом. В настоящий момент не представлены единые протоколы периоперационного ведения данной группы больных, а отдельные предложенные прогностические шкалы и алгоритмы не адаптированы для хирургии грыж у групп высокого операционно-анестезиологического риска. Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 450 пациентов, оперированных по поводу ВГ и ПГ. Из них у 95(21%) пациентов были ущемленные грыжи (УГ). У 76(16,9%) пациентов с большими ВГ и ПГ W3 и распространением дефекта на несколько анатомических областей с сопутствующим ожирением выполнялось дополнительное

обследование. Для прогнозирования риска развития в послеоперационном периоде венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) использовалась шкала Caprini в модификации ACCP. Вне зависимости от группы риска всем пациентам применялась ранняя активизация в послеоперационном периоде и ношение противоэмболической эластической компрессии. У пациентов с умеренным и высокой группой риска дополнительно применялись низкомолекулярные гепарины в профилактической дозировке. Для стратификации риска развития ПО использовались шкалы ASA и MHGS. Для прогнозирования сердечно-сосудистого риска в периоперационном периоде использовались следующие шкалы: при выполнении экстренных операций – Goldman и Detsky: пациентов I класса (риск осложнений 1-7%) было 35(37%) человек, II класса (риск: 7-11%) – 34(36%), III класса (риск: 14-38%) – 15(16%), IV класса (риск – 38-100%) – 11(12%) человек. В плановой герниологии использовалась шкала Lee: I(очень низкий) – 98(28%) человек, II (низкий) – 167(47%), III (промежуточный) – 56(16%), IV классы (высокий) – 34(10%) человек. Пациентам III и IV классов по Goldman и Lee, высоким риском ВТЭО и ASA, а также потерей домена более 15% от объема БП перед операцией проводили дополнительное обследование ЭХО-КГ, доплерография вен нижних конечностей, КТ грудной и БП с 3D-моделированием грыжевого дефекта и брюшной стенки и др. Также использовался оригинальный алгоритм выбора способа герниопластики (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ №201961699 от 19 июля 2019 г.). При наличии сопутствующей хирургической патологии органов БП проводились одномоментные симультанные оперативные вмешательства. Для реабилитации больных широко использовались технологии ERAS. Результаты. Учитывая прогрессирующий рост заболеваемости COVID-19, перепрофилирование хирургических стационаров и снижение доступности плановой хирургической помощи отмечается рост числа УГ, а также пациентов с классами III и IV классами по ASA. Герниопластика Sublay выполнена у 204(45,3%) больных, IPOM – у 81(18,0%) пациентов, TAR - у 152(33,8%) пациентов. У 13(2,9%) пациентов с пупочными грыжами выполнена герниопластика с установкой имплант-системы Hernia-Patch. Симультанные операции выполнены у 84(18,7%) пациентов: sleeve-резекция желудка - 21(25,0%) пациентов, лапароскопическая холецистэктомия - 30(35,7%), герниопластика TAPP - 16(19,0%), герниопластика eTEP - 5(6,0%), поперечная абдоминопластика - 12(14,3%). Всего в послеоперационном периоде ПО отмечены у

38(8,4%) пациентов: из них после операции по методике sublay - у 15(7,4%); TAR - у 19(12,5%), IPOM - у 4(4,9%) пациентов. Выводы. Таким образом, использование в предоперационном периоде предложенного алгоритма с использованием шкал ASA и MHGS, Goldman и Lee, Detsky у пациентов с грыжами W3 и отягощенным коморбидным фоном, позволяет достоверно и своевременно стратифицировать периоперационные риски развития осложнений и выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства.

483. Малотравматичный хирургический доступ к щитовидной железе

*Письменный И.В. (1), Макаров И.В. (2,1),
Письменный В.И. (1)*

Самара

1 ЧУЗ "Клиническая больница "РДЖ - Медицина"
г. Самара, 2) ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Существующие малоинвазивные доступы к щитовидной железе (ЩЖ) не всегда отвечают требованиям меньшей травматичности. Видеоассистированные, эндоскопические, роботизированные технологии не являются широко распространенными в связи с высокой стоимостью, использованием специального оборудования, определенной и организационной и технической сложностью в исполнении. Материалы и методы. Прооперировано 52 пациента с узловым и многоузловым эутиреоидным зобом II ст. Возраст колебался от 19 до 76 лет; 10 мужчин и 42 женщины. В группу сравнения вошли 28 человек у которых осуществлялся стандартный доступ по Кохеру. Основную группу составили 24 человека, у которых осуществлялся доступ по предложенной методике (патент РФ на изобретение №2726006 от 08.07.2020). В основной и контрольной группе выполняли либо гемитиреоидэктомию, либо тиреоидэктомию. Согласно предложенному доступу, разрез на коже от 2,5 до 4,0 см выполняли по верхней шейной складке. Нижний кожный лоскут отсепаарывали вниз максимально до 3,0 см в виде усеченного конуса, вершина которого направлена к яремной вырезке. После этого выделяется верхний полюс ЩЖ, с последующим ее удалением.

Полученные результаты. В исследуемой группе площадь раневой поверхности составила 7,94±1,66 см², в контрольной группе – 18,27±3,48 см², раневая поверхность уменьшена на 56,6%. Оценка рубцов по шкале Stony Brook (SBSES) в группе сравнения составила 2,2 балла, в исследуемой группе – 3,2 балла. В исследуемой группе повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН) и гипопаратиреоза не было. В группе сравнения транзитный парез ВГН и гипопаратиреоз отмечен в 2-х случаях. Обсуждение. Предложенный доступ может стать возможной альтернативой малоинвазивным вмешательствам. Верхний шейный доступ к ЩЖ позволяет адекватно выполнить радикальную операцию, при этом уменьшается площадь раневой поверхности, снижается вероятность возникновения специфических осложнений, улучшается косметический результат операции. Выводы. Разработанный верхний шейный доступ снижает площадь раневой поверхности на 56,6%. Позволяет достоверно визуализировать возвратные и верхние гортанные нервы, что снижает риск их повреждения. Уменьшает частоту послеоперационных осложнений в 4 раза. Улучшает косметический эффект операции. Рекомендации. Верхний хирургический доступ к ЩЖ можно использовать при отсутствии загрудинного расположения зоба, для снижения травматичности оперативного вмешательства и повышения периоперационной безопасности.

484.Тромбэмболические осложнения органов брюшной полости в неотложной абдоминальной хирургии у реконвалесцентов новой коронавирусной инфекции

Тагиров М.Р., Филиппов В.А., Халилов Х.М., Коробков В.Н., Зайнутдинов А.М., Канаев Б.А.

Казань

1) КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2) ГАУЗ «ГКБ№7»

Актуальность. В последние два года пандемия новой коронавирусной инфекции сделала большой вызов во все сферы человеческой жизни. По официальным данным университета Джона

Хопкинса на 29.01.2022 по всему миру зарегистрировано 370 086 414 случаев заражения COVID-19, 5 651 008 случаев смерти и 9 936 899 358 случаев выздоровления. Эти цифры с каждым днём растут. В структуре больных COVID - 19 растёт и роль острых хирургических осложнений требующих экстренных неотложных хирургических вмешательств. В практике неотложной абдоминальной хирургии существенно возросли случаи острого мезентериального тромбоза, панкреонекроза, ишемического инфаркта органов брюшной полости. Опасность этих осложнений вызвана их развитием на фоне тяжелого течения вирусной пневмонии, трудностью диагностики, быстрым прогрессированием обусловленного присоединением к ним вторичной бактериальной инфекции. В то же время при COVID-19 может развиваться симптоматика, имитирующая острую хирургическую патологию, обусловленная серозным перитонитом. Ошибочно выполненная при этом лапаротомия может усугубить и без того выраженные нарушения гомеостаза и привести к летальному исходу. Тромбэмболические осложнения органов брюшной полости у больных после перенесенного COVID-19 приводят к поздней диагностике и высокой послеоперационной летальности, достигающей более 90%. Цель исследования. Анализ диагностики и лечения пациентов, перенесших Ковид – 19 с развившимся острым тромбозом мезентериальных сосудов (в раннем периоде реконвалесценции, от 7 до 30 дней). Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни пациентов с диагнозом острый мезентериальный тромбоз, у 81% которых в анамнезе подтвержденный случай НКВИ, находившихся в хирургическом отделении №2 городской клинической больницы №7 г. Казани. Возраст больных варьировал от 41 до 87 лет. Всего мужчин 14 (32,6%), женщин 29 (67,4%). При первичном осмотре в ПДО (приемно - диагностическое отделение) преобладали такие клинические симптомы как резкая, острая боль в животе – 97%, тошнота – 43%, рвота – 34%, полуоформленный стул в виде малинового желе 17%. При запоздалом (более 12 случаев) обращении и признаках перитонита у половины пациентов развилось тяжелое состояние с явлениями септического шока. Больные были обследованы совместно с реаниматологами, терапевтами, кардиологами в противошоковой палате. Тяжесть состояния больных обуславливали сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, хроническая сердечная и дыхательная недостаточность, ишемическая болезнь сердца,

хронические заболевания почек разной степени тяжести. Из широкого арсенала инструментальных методов диагностики наиболее информативными являлись: обзорная рентгенография ОГК и ОБП, УЗИ и КТ брюшной полости с контрастированием. Ультразвуковое исследование позволяет выявить свободную жидкость в брюшной полости, межкишечные абсцессы, парез кишечника, но мало информативно для диагностики некроза и перфорации кишки. Обзорная рентгенография, выполненная во всех случаях, оказалась более специфичным методом диагностики перфорации кишечника диагностированная у 8 пациентов (18,6%). При диагностике острого мезентерального тромбоза РКТ с контрастированием остается на первом месте по информативности. При проведении РКТ-исследований органов брюшной полости с внутривенным, динамическим, болюсным контрастированием в предоперационном периоде были выявлены: утолщение стенок пораженного участка кишки и расширение просвета петель кишечника с интестинальным пневматозом пораженного участка кишки, тяжесть и уплотнение параколической клетчатки, асцит (жидкость между петлями кишечника в малом тазу, по заднему контуру печени и селезенки), участки отсутствия или резкого снижения накопления контрастного вещества стенкой пораженного участка кишки. Для определения тактики оперативного вмешательства в 47% случаев операция начата с проведения диагностической лапароскопии, при которой подтверждено заключение КТ о наличии мезентерального тромбоза. У оперированных больных тотальный мезентеральный тромбоз диагностирован у 86,6%, сегментарный мезентеральный тромбоз у 13,4% прооперированных. При тромбозе с тотальным некрозом случай признавался инкурабельным. При сегментарном некрозе кишечника осуществлялся переход на срединную лапаротомию, выполнялась резекция пораженного участка кишки с наложением анастомоза, илеостомия или колостомия, ревизия, санация и дренирование брюшной полости. В настоящее время нет достоверных лабораторных маркеров, которые указывают на наличие или отсутствие некроза стенки кишки. Тем не менее, повышенный D-димер и повышенное тромбообразование могут об этом указывать. При обследовании, кроме проведения РКТ, мы учитывали данные показатели анализов крови: у 39 пациентов (90,7%) повышение D-димера до 3038,0 мкг/мл. Но парадоксально показатели коагулограммы оставались в пределах нормы: МНО (международное нормализованное отношение) 1,1-1,35, АПТВ (активированное парциальное

тромбопластиновое время) 23,1-29,05 сек, протромбиновое время 12,7-14,8 секунд. Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ является показательным при диагностике тромбоэмболических осложнений у реконвалесцентов новой коронавирусной инфекцией и подтверждает высокую достоверность РКТ исследования при данном диагнозе. Нормальные показатели коагулограммы крови не исключают высокую вероятность острого мезентерального тромбоза, а достоверная интерпретация РКТ – обследования позволяет определить активную хирургическую тактику лечения для пациентов с подозрением на тромбоз мезентериальных сосудов. Заключение. Лабораторные и инструментальные методы исследования, включая РКТ с контрастированием, позволяют своевременно подтверждать первичный диагноз при мезентериальном тромбозе у реконвалесцентов Ковид-19 и соответственно, своевременно выставлять показания для экстренного оперативного вмешательства.

485. Лечение вторичных гнойно-септических ран у больных сахарным диабетом второго типа в условиях COVID-19

Гололобов А.М. (2), Мельников В.В. (1),
Чухнина Ю.Г. (2)

Астрахань

1) ФГБОУ ВО Астраханский Государственный медицинский университет МЗ РФ, 2) ГБУЗ АО ГКБ №3 им. С.М. Кирова

Актуальность. Скудные сведения об особенностях заживления и лечения гнойных ран при пандемии COVID-19. Цель исследования. Оценить результаты комплексного лечения вторичных гнойно-септических ран у больных сахарным диабетом (СД) второго типа при пандемии COVID-19. Материал и методы. Результаты лечения 88 больных с гнойными ранами различного генеза в условиях COVID-19 с поражением легочной ткани от 25% до 50%. У 32 человек (36,4%) отмечался инсулинозависимый СД 2 типа с давностью заболевания от 3 до 12 лет. Из них у 22 (25,0%) имелось нагноение операционных ран передней

брюшной стенки (10), культы бедра (12). Мужчин было 9 человек (10,2%), женщин – 13 (14,8%) в возрасте от 42 до 76 лет. Средний возраст – 62,6±4,6 г. Течение гнойной инфекции (ГИ) проявлялась в ее генерализованной форме: наблюдалось 3 и более маркеров синдрома SIRS, раны характеризовались обширностью гнойно-некротического поражения. В лабораторных показателях периферической крови картина анемии, лейкоцитоз > 16,0x10⁹/л, СОЭ >40 мм/час, ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу >8 у.е., снижение уровня содержания белка до 40-45 г/л, гипергликемия (до 28 ммоль/л). У всех пациентов после хирургической санации гнойных ран осуществлялась гидрохирургическая обработка (ГХО) раневой поверхности при помощи аппарата «VERSAJET II» и NO-терапия потоком экзогенного оксида азота. У 9 человек местное ведение ран проводилось повязками с мазью «Биоинтегра», эмпирическая антибиотикотерапия сочеталась с 3-х кратным внутривенным введением интерлейкина-2 (IL-2) человека (Ронколейкин) в дозе 500 000 ед. с 24 часовой периодичностью. Анемия и гипопропротеинемия устранялись трансфузиями совместимой эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы. Уровень глюкозы крови корригировался врачом-эндокринологом. Для оценки эффективности лечения учитывались в динамике клинические симптомы проявления гнойной раневой инфекции, бактериологические, лабораторные и биохимические показатели крови, ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу, С-рб, клеточной реакции в поверхностных биоптатах ран, pH-метрией раневого экссудата. Полученные данные подвергались статистической обработке. Результаты и их обсуждение. До лечения у всех пациентов ГИ проявлялась в ее генерализованной форме: наблюдалось 3 и более маркеров синдрома SIRS, раны характеризовались обширностью гнойно-некротического поражения, в лабораторных показателях периферической крови наблюдалась анемия, лейкоцитоз > 16,0x10⁹ /л, СОЭ >40 мм/час, ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу >8 у.е., снижение уровня содержания белка до 40-45 г/л, гипергликемия (до 28 ммоль/л). В начале лечения pH раневого экссудата составлял в среднем 5,6±0,5 (p<0,05), в мазках-отпечатках дегенеративная клеточная реакция с преобладанием незавершенного и извращенного форм фагоцитоза и большим скоплением раневой флоры. В группе больных с ведением ран мазью «Биоинтегра» и применением иммунокорректирующей терапии «Ронколейкином» эффект был более выраженным: общее состояние и температура тела нормализовались к исходу 3-5-х суток, улучшалось общее самочувствие, снижался и стабилизировался показатель уровня глюкозы

крови. К этому времени гнойный процесс локализовался в пределах поврежденных тканей, в мазках-отпечатках регистрировалось увеличение нормальных нейтрофилов с завершённой формой фагоцитоза и смещением pH в нейтральную сторону (6,6±0,2, p <0,05). Показатели ЛИИ и С-рб уменьшались в 2-2,5 раза. Сроки лечения снижались на 5-7 суток. Обсуждение результатов. ГХО и NO-терапия в сочетании с местным ведением ран мазью «Биоинтегра» и иммунотерапией с Ронколейкином* в кратчайшие сроки устраняют бурный характер гнойного процесса, создают благоприятные условия для заживления ран. Выводы. ГХО и NO-терапия в сочетании ведения ран повязками с мазью «Биоинтегра» и иммунотерапией Ронколейкином оптимизируют комплексное лечение гнойно-септических ран у больных с СД второго типа при COVID-19.

486.Холангиогенные абсцессы печени. Особенности диагностики и лечения.

*Ионкин Д.А., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А.,
Чжао А.В., Вишневский В.А.*

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского»
МЗ РФ

Актуальность. Увеличение числа больных холангиогенными абсцессами печени диктует необходимость выбора оптимального объема обследования и хирургического лечения. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с холангиогенными абсцессами печени. Материалы и методы. В нашем центре с 2012 по 2020 гг. находилось на лечении 64 больных холангиогенными абсцессами печени. Женщин было 36(66%), мужчин – 28(44%). Средний возраст составил 48,4-8,6 лет. У 41(64,1%) больного абсцессы локализовались в правой доле (солитарные – 22(34,4%); множественные-14(21,9%); милиарные -5(7,8%). Поражение левой доли было отмечено у 6(9,3%) больных (солитарные-2(3,1%); множественные – 4(6,2%). Наличие абсцессов в обеих долях было отмечено у 17 (26,6%) больных (множественные-11(17,2%); милиарные – 6(9,3%). Всем пациентам выполнялась

комплексная лучевая диагностика, включая УЗИ с доплеровским картированием, СКТ с внутривенным болюсным контрастированием, МРТ с внутривенным болюсным контрастированием. Результаты. При использовании УЗИ с доплеровским картированием чувствительность метода составила 85-95%, специфичность – 84-92%. При применении СКТ с внутривенным болюсным контрастированием чувствительность метода составила 92-98%, специфичность – 92-98%. При применении МРТ с внутривенным болюсным усилением чувствительность метода составила 94-100%, специфичность – 96-100%. Пункция и дренирование под ультразвуковым контролем как окончательный метод на фоне соответствующей антибактериальной терапии были применены в 18(28,1%) наблюдениях. Как подготовительный этап перед резекцией печени пункционно-дренажное лечение было применено в 32(50%) наблюдениях. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) как окончательный метод на фоне соответствующей антибактериальной терапии была применена в 2-х (3,1%) наблюдениях, в 36(56,2%) случаях ЧЧХС применялась в качестве подготовки к оперативному вмешательству. В 24(34,7%) ЧЧХС использовалась вместе с дренированием абсцесса под УЗ-контролем. В 2-х (3,1%) наблюдениях оказалось эффективным ретроградное эндоскопическое дренирование полости абсцесса. В 20 (31,2) наблюдениях были выполнены хирургические резекционные вмешательства, в 12 (18,7%) наблюдениях после предварительной стабилизации состояния пациентов. Резекция печени в объеме гемигепатэктомии была произведена в 8 (12,5%) случаях, атипичная резекция – 8(12,5%), резекция 1-2 сегментов – в 4 (6,2%) наблюдениях. Был отмечен 1(1,5%) летальный исход после дренирования полости абсцесса на фоне развития полиорганной недостаточности, прогрессирования сепсиса у онкологического больного. После расширенной гемигепатэктомии был отмечен так же 1(1,5%) летальный исход на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности у пациента с опухолью Клатскина. Заключение. При невозможности пункционно-дренажного (малые размеры очагов) и хирургического (билобарное поражение) лечения, эффективной оказалась антибиотикотерапия как самостоятельный метод лечения при восстановлении пассажа желчи. Чрескожные методы лечения показывают высокую эффективность после устранения первичного очага инфекции и при отсутствии секвестров в полости абсцессов. Пункции наиболее эффективны при размерах абсцессов печени <80 мм, а дренирования

<120 мм. При абсцессах печени размерами >120 мм, наличии секвестров, а также при хронических абсцессах и деструкции целой доли печени показано применение открытых хирургических операций. Пункционно-дренажное лечение может являться как окончательным, так и первым этапом перед хирургическим лечением. Важнейшим фактором, определяющим прогноз являются фоновые заболевания, послужившее причиной развития абсцесса. Крайне неблагоприятен прогноз при онкологическом заболевании, а также при множественных абсцессах, при которых летальность достигает 50 % и более.

487. Применение криодеструкции в дополнении к резекции при альвеококкозе печени

Ионкин Д.А., Вишневский В.А., Степанова Ю.А., Чжао А.В.

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
МЗ РФ

Актуальность. Радикальным методом лечения альвеококкоза печени остается хирургическая операция, направленная на удаление паразитарной ткани. Но в связи с поздней диагностикой выполнение радикального вмешательства зачастую невозможно. Цель. Улучшение результатов лечения больных альвеококкозом печени. Материалы и методы. В НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского с 2012 по 2021 гг. накоплен опыт хирургического лечения 72 больных альвеококкозом печени. У 39 (54,1%) больных удалось выполнить радикальное хирургическое удаление паразитарного образования. С 2012 года мы начали применять криодеструкцию (КД) оставшейся части паразитарной ткани. С использованием данной методики были прооперированы 30 (41,6%) пациентов. Возраст пациентов варьировался в пределах от 19 до 78 лет, среди пациентов преобладали женщины (мужчин-12/ женщин-18). Средний возраст – 34,6±5 лет (24-52 лет). Противопаразитарная терапия альбендазолом была назначена 86,2% пациентов. Почти всем пациентам выполнялись повторные резекции печени. Этап выполнения криодеструкции составил от 3 до 8

мин.: замораживание при температуре от -176 до -184°C. Криолизис выполнялся на оставшейся части патологической ткани - правого купола диафрагмы (3), в воротах печени (7), оставшейся паренхимы левой доли после резекции правой доли (10), на остающихся сегментах правой доли (7), в парааортальной клетчатке (2), по ходу правого мочеточника(1). Впоследствии всем пациентам проводилась противогельминтная терапия. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде умер один больной после расширенной правосторонней гемигепатэктомии, дополненной резекцией 1 сегмента и НПВ. Криодеструкция была выполнена на краю резекции печени, по ходу правого мочеточника. Причина смерти - прогрессирующая полиорганная недостаточности. Желчные свищи были выявлены в 2-х наблюдениях (6,8%). Нагноение послеоперационной раны были отмечены в 2-х случаях (6,8%), правосторонний гидроторакс - 3 (9,6%), пневмония - 1 (3,2%). Проявления печеночной недостаточности после криотерапии в зоне ворот печени отмечались у 2 (6,8%) пациентов, что потребовало дополнительного лечения: с ЭРХПГ + эндоскопическое дренирование желчных путей – в 2 (6,8%) наблюдениях, ЧЧХС – в 1 (3,3%). В отдаленные сроки наблюдения более 10 лет комплексное обследование, включая биохимические показатели, результаты УЗИ, спиральной КТ, МРТ и МРХПГ, не показала никаких признаков продолженного роста. Признаков рецидива в брюшной полости, в области мочевыводящих путей или области раны не отмечено. Вывод. Используя сочетание резекции печени и криодеструкции участков пораженных соседних органов и тканей, особенно у пациентов, перенесших повторное хирургическое вмешательство, можно считать радикальным лечением альвеококкоза печени. Риск развития печеночной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде не является причиной для отказа от радикального лечения. Отсутствие признаков рецидива паразитарного поражения позволяет рекомендовать КД при лечении альвеококкоза печени, особенно при повторных вмешательствах.

488.Эндоскопические методы диагностики и лечения холедохолитиаза, опухолей и стриктур холедоха

*Ганиев Р.Ф., Рахметов Р.Г., Дунюшкин С.Е.,
Иткин А.М., Нагаев Ф.Р.*

Уфа

Клиника Башкирского государственного
медицинского университета

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение больных с хирургическими заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны остается актуальной. Это можно связать как с ростом заболеваемости, наряду с увеличением количества больных с запущенными формами, так и с неудовлетворительными результатами традиционного хирургического лечения. Поэтому на ведущее место, наряду с неинвазивными методами диагностики и традиционным хирургическим лечением, выходит эндоскопическая диагностика, а именно эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, как наиболее ценный и информативный метод. Диагностическая точность его высока и достигает 95-98%. Материалы и методы. За последние три года в отделении эндоскопии клиники БГМУ на дооперационном этапе диагностическая ЭРПХГ была выполнена у 234 пациентов с желчнокаменной болезнью и эпизодами желтухи в анамнезе, а так же при подозрении на наличие патологии в протоковой системе поджелудочной железы. Процент успешных канюляций составил 97,5%. Подготовка к исследованию и премедикация являются традиционными. Исследования выполняются на эндоскопическом видеокомплексе Olympus EVIS EXERA-III с видеодуоденоскопами TGF Q-180V и рентгенохирургический аппарат Philips Veradius Uniti, который позволяет минимум вдвое снизить дозу облучения за счет работы в импульсном режиме, фиксировать результаты в цифровом формате. Результаты. При анализе данных ЭРПХГ, выполненных на дооперационном этапе у больных с механической желтухой, мы выявили в 66% - холедохолитиаз, опухоли БДС – 5%, опухоли головки поджелудочной железы – 19%, стриктуры терминального отдела холедоха – 5%, хронический индуративный панкреатит - у 5% больных. При наличии технических условий, у 211 пациентов после проведения холангиографии нами была выполнена дозированная папиллосфинктеротомия. Следующим этапом у 198 больных произведена баллонная дилатация рассеченной папиллы для

облегчения дальнейших манипуляций на холедохе, работа осуществлялась инструментами производства фирмы «Olympus», «Boston Scientific», «Cook» с различным диаметром раскрытия баллона, который раздували до 4 – 9 атм. одно или двукратно под рентгенологическим контролем. Конкременты из просвета холедоха в 148 случаях удалялись при помощи ревизионного баллона и в 6 случаях – корзины Dormia. У 39 больных желтухами опухолевого генеза и доброкачественными стенозами холедоха производилась установка нитиноловых и полимерных билиарных стентов. В работе мы использовали нитиноловые самораскрывающиеся стенты плетеной конструкции, с пленочным покрытием и без него с различными диаметрами раскрытия и длиной фирм «Olympus», «Boston Scientific», «Ella», «Endo-flex». Полимерные стенты фирм «Olympus», «Boston Scientific», «Cook» прямые и односторонне изогнутого типа. Все импланты подбирались индивидуально, как по длине, так и по диаметру раскрытия в зависимости характера заболевания и конкретной клинической ситуации. После произведенного билиарного стентирования у всех пациентов было достигнуто адекватное дренирование желчных протоков. Из осложнений после эндоскопических вмешательств необходимо отметить 2 случая деструктивного панкреатита и 1 летальный случай вследствие панкреонекроза, что составляет 1,3%. Выводы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются «золотым стандартом» в диагностике и лечении механической желтухи доброкачественного генеза. Их эффективность составила 98%. Эндоскопическое ретроградное дренирование желчных протоков позволяет подготовить больных с механической желтухой к оперативным вмешательствам, в том числе и радикальным, либо является окончательным методом лечения опухолей органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой у неоперабельных больных. Высокая эффективность эндоскопических вмешательств и снижения числа осложнений обеспечивается наличием высококвалифицированных специалистов, современным оборудованием, расходными материалами и комплексным применением эндоскопических методик.

489. Возможности применения видеолaparоскопии в лечении перфоративных гастродуоденальных язв

Рузбойзода К.Р. (1,2), Холов К.Р. (2), Сайдалиев Дж.М. (2), Султонов Б.Дж. (2), Икромов Б.А. (2), Султонов Р.Б. (2), Халимов Дж.С. (1,2)

Душанбе, Таджикистан

- 1) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,
- 2) ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи»

Актуальность. В настоящее время, несмотря на значительный прогресс в консервативном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, частота перфорация гастродуоденальных язв данной патологии, требующей urgentного хирургического лечения не снижаются. Последние годы широкое распространение для лечения язвенной болезни получили применение эндовидеохирургической технологии. Цель исследования – оценить роль видеолaparоскопии в лечении перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ). Материал и методы. Дан анализ результаты обследования и лечения 180 больных ПГДЯ. Всех исследуемых пациентов разделили на две группы. В первую – (ретроспективную), контрольную группу были включены 86 (47,7%) больных для лечения, которых выполнялись традиционные, открытые оперативные вмешательства. Во вторую – (проспективная) основную группу включены 94 (52,3%) пациентов, которым выполнено видеолaparоскопическое вмешательство. В зависимости от момента ПГДЯ больные поступили в стационар в следующем: в 137 (76,1%) наблюдениях поступили первые 6 часов от момента перфорации, от 6 до 24 часов - 34 (18,9%) наблюдениях, позднее 24 часов - 9 (5%) наблюдениях. В зависимости от локализации перфоративной язвы - в теле желудка локализовалось в 5 (2,8%) наблюдениях, в области пилорического отдела желудка в 63 (35%) случаях и в луковице двенадцатиперстной кишки в 112 (62,2%) случаях. Результаты исследования. Следует отметить, что при не информативности лучевых методов диагностики в 12 (6,6%) наблюдениях у больных основной группы также применялось диагностическая видеолaparоскопия, при котором во всех случаях позволила подтвердить диагноз и возможность видеолaparоскопической ушивания ПГДЯ. Во всех наблюдениях больным с ПГДЯ как контрольной, так и основной группы выполняли

ушивание перфоративного отверстия с дренированием брюшной полости. В 8 (8,5%) наблюдениях у больных основной группы было предпринято конверсия на лапаротомию. Причинами конверсии были распространенный гнойный перитонит у 5 (5,3%) больных и выраженный парез кишечника - у 3 (3,1%) пациентов. В остальных 86 (91,5%) случаях выполнено ушивание перфоративного отверстия видеолaparоскопическим способом с наложением интракорпорального шва, санацией и дренированием брюшной полости полихлорвиниловой трубкой. У больных контрольной группы также были выполнены ушивание ПГДЯ, с санацией и дренированием брюшной полости, но только открытым, традиционным методом. В послеоперационном периоде после видеолaparоскопического вмешательства протекало более благоприятно, гладко. Активизация пациентов проводилась на первые сутки после операции, потребность в ведению анальгетиках, в том числе наркотических у больных основной группы была значительно ниже, ранние сроки после операции возобновлялся прием пищи по сравнению больных с контрольной группой. Длительность госпитализации в основной группе в среднем составляла 4-5 дней, в группе сравнения этот показатель составил от 10 до 22 суток соответственно. В послеоперационные осложнения у больных основной группы наблюдалось в 2 (2,1%) больного в виде нагноение троакарных ран, которые пролечены консервативно, местно. Летальный исход не наблюдалось. Тогда как у больных контрольной группы послеоперационные осложнения развилось в 13 (15,1%) наблюдениях в виде нагноение послеоперационной раны в 5 (5,8%) случаях, несостоятельность швов - 1 (1,2%), поддиафрагмальный абсцесс - 1 (1,2%), послеоперационная пневмония - 2 (2,3%) и ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость - 2 случая, эвентрация - 1 (1,2%). В 3 (3,5%) наблюдениях потребовалось проведении релапаротомии. Летальные исходы наблюдалось в 5 (5,8%) случаях. Заключение. Таким образом, видеолaparоскопический метод ушивания ПГДЯ является операцией выбора с учетом критериями отбора пациентов.

490.Способ до и периоперационной диагностики как фактор повышения безопасности операция на околощитовидных железах

Макаров И.В., Карпова Д.О., Капитонова С.А.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. В настоящее время отмечается рост пациентов с вторичным (ВГПТ) и третичным гиперпаратиреозом (ТГПТ). Это связано не только с улучшением выявляемости данных пациентов, но и с увеличением их численности в общей популяции, связанный с повышением числа больных с хронической болезнью почек(ХБП) в ее терминальной стадии. Материалы и методы. С 2012 года по настоящее время было прооперировано 79 пациентов с диагнозом ВГПТ и ТГПТ. Среди них было 43 женщины и 34 мужчины. Средний возраст пациентов составил $53,24 \pm 11,82$ лет. У всех пациентов в анамнезе хроническое заболевание почек в 5D стадии, все пациенты находились на гемодиализе. Длительность анамнеза по почечному заболеванию $10,4 \pm 2,31$ лет, в среднем на гемодиализе пациенты находились $6,83 \pm 1,4$ лет. Всем пациентам проводилось исследование общего и ионизированного кальция, паратгормона и фосфора. Топическая диагностика патологически измененных околощитовидных желез (ОЩЖ) осуществлялась с помощью УЗИ, сцинтиграфии и МРТ/КТ исследования щитовидной железы и ОЩЖ. Кроме того 37 пациентам было проведено 3D моделирование, а 14 пациентам интраоперационная навигация с помощью аппаратно-программного комплекса «Автоплан». Полученные результаты. УЗИ щитовидной железы и ОЩЖ было проведено всем пациентам, сцинтиграфия 75 пациентам, КТ/МРТ исследование - 67 пациентам. Чувствительность методов была следующей: УЗИ - 85%, сцинтиграфия - 90 %, КТ/МРТ - 95%. Тотальная паратиреоидэктомия выполнена 44 пациентам, субтотальная паратиреоидэктомия - 20 пациентам, тотальная паратиреоидэктомия с ауто трансплантацией ткани околощитовидной железы в мышцы предплечья - 15 пациентам. При этом всем пациентам, которым проводилось 3D моделирование и интраоперационная навигация (1 группа) выполняли тотальную паратиреоидэктомию. В группе пациентов без 3D моделирования и интраоперационной навигации (2 группа), в связи с рецидивом заболевания, четверо были оперированы дважды, один трижды. Медиана ПТТ

в 1 группе пациентов до операции составила 2153,2 pg/ml, во 2 группе – 1432,6 pg/ml. На следующий день после операции медиана ПТГ в 1 группе снизилась до 97,4 pg/ml (уменьшилась на 2055,8 pg/ml – 95,5%), а в группе сравнения – до 126,8 pg/ml (уменьшился на 1305,8 pg/ml – 91,2%). Значение медианы Ca²⁺ в 1 группе до операции составило 1,25 ммоль/л, после операции – 0,87 ммоль/л (уменьшение на 0,38 ммоль/л – 30,4%). Значение медианы Ca²⁺ во 2 группе до операции составило 1,21 ммоль/л, после операции – 0,88 ммоль/л (уменьшение на 0,33 ммоль/л – 27,3%).

Обсуждение. Использование 3D-моделирования и АПК «Автоплан» обеспечивает быстрое обнаружение всех аденом ОЩЖ, прецизионное их удаление и отсутствие необходимости выполнения часто травматичной эксплорации шеи в поисках измененных ОЩЖ. При этом, выполнение тотальной паратиреоидэктомии обеспечивает безрецидивное лечение данного заболевания.

Вывод. Использование 3D моделирования и интраоперационной навигации, как способа до и периоперационной навигации, повышает эффективность и безопасность выполнения оперативного вмешательства на околощитовидных железах.

Рекомендации. Для точной дооперационной топической диагностики измененных ОЩЖ необходимо использовать несколько инструментальных методов: УЗИ, сцинтиграфию и КТ/МРТ. Применения АПК «Автоплан» позволяет максимально быстро и безопасно выполнить хирургическое вмешательство.

491. Новые горизонты в обучении военно-полевой хирургии и хирургии повреждений

Гончаров А.В., Рева В.А., Петров А.Н., Суворов В.В., Маркевич В.Ю., Носов А.М., Скакунова Т.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Актуальность. Подходы к подготовке специалистов как в области военно-полевой хирургии, так и в хирургии повреждений требуют постоянного

совершенствования в соответствии с меняющимися реалиями лечения раненых и пострадавших. С 2018 года в Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова создана учебно-практическая образовательная платформа SMART (Современные методы и алгоритмы лечения ранений и травм), состоящая из нескольких отдельных курсов, посвященных различным аспектам единого процесса оказания помощи при тяжелых ранениях и травмах. Обучение включает теоретическую часть и практическую работу на роботах-симуляторах, крупных биообъектах и кадаверном материале. Всего за 4 года существования обучающей платформы SMART на 18 курсах подготовку по различным вопросам хирургии повреждений прошло 658 слушателей. Базовый курс хирургии повреждений SMART проводился в различных форматах: очно в течение 2 дней, затем — 3 дней, с 2020 года, ввиду сложной эпидемиологической ситуации, он проводится в смешанном онлайн (2 дня) и офлайн (2 дня) формате. Эффективность проведения различных форматов проведения курса нуждается в изучении. Цель исследования. Провести анализ эффективности проведения учебных курсов хирургии повреждений SMART в зависимости от формата их проведения. Материал и методы. Перед началом и по окончании каждого учебного курса SMART проводилось тестирование участников. Вопросы теста были разделены на 5 групп (повреждения шеи, груди, живота, магистральных сосудов и общие вопросы) по 3 вопроса в каждой. Затем была выполнена оценка эффективности учебных программ курсов хирургии повреждений SMART, которые проводились в очном (n=55) и в смешанном (n=34) форматах. Полученные результаты. Анализ результатов анкетирования участников курса (n=55), проводимого очно в течение 3 дней, показал, что уровень теоретической подготовки (количество правильных ответов) слушателей возростал практически в 2 раза в сравнении с исходным уровнем знаний с 39,6% до 78,4% (p<0,05). Наибольшие трудности возникали у слушателей по вопросам повреждения шеи и магистральных сосудов. Анализ результатов курсов, проводимых в смешанном формате, показал также статистически значимое увеличение количества правильных ответов (p<0,05) до и после проведения практической части курса с 58,8% до 70,8% соответственно. В то же время проведение курса в смешанном формате позволило слушателям лучше подготовиться к проведению его практической части, о чем свидетельствует больший процент правильных ответов при исходном тестировании в данной группе обучаемых (58,8% против 39,6%).

Такой результат обусловлен возможностью слушателей лучше усвоить информацию, полученную в ходе онлайн лекций, дополнительно подготовиться по вопросам, которые вызвали трудности. Обсуждение результатов. Таким образом, на сегодняшний день смешанный формат учебно-практического курса хирургии повреждений и военно-полевой хирургии SMART может рассматриваться в качестве наиболее эффективной обучающей платформы подготовки специалистов данного направления. Выводы. Обучение на краткосрочных интенсивных учебно-практических курсах SMART в смешанном формате является оптимальным вариантом проведения подобных курсов. Проведение онлайн мини лекций позволяет слушателю качественнее подготовиться к практической части курса, позволяя сконцентрироваться на отработке мануальных навыков в ходе выполнения оперативных вмешательств на биообъектах и кадаверах.

492. Пневмомедиастинум у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

*Шнейдер В.Э. (1,2), Кононыхин А.А. (2),
Агасиев М.В. (1), Низамов Ф.Х. (2), Соколова В.В. (2),
Чахчахов Я.А. (1)*

Тюмень

1) ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №1
2), ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Несмотря на то, что пневмомедиастинум (ПМ) при COVID-19 встречается редко (по нашим данным в 0,9% случаев), возникновение этого осложнения является неблагоприятным фактором исхода (Wang J., 2020). Материалы и методы. В исследование были включены пациенты старше 18 лет, которые находились на лечении в моноинфекционном госпитале на базе ГБУЗ ТО ОКБ№1 г. Тюмени с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), осложнившейся ПМ, в период с мая 2020 года по январь 2022 года. Исследуемые были распределены в 2 группы в зависимости от исхода: первую группу составили пациенты, выписанные из стационара, а вторую пациенты с летальным исходом. Обследование и

лечение в обеих группах было идентичным и осуществлялось в соответствии с временными методическими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) соответствующих редакций. Выраженность ПМ определяли следующим образом: 1 степень – воздух находился в пределах средостения, подкожная эмфизема отсутствовала; 2 степень – воздух в средостении и подкожная эмфизема, локализованная в мягких тканях шеи и/или верхней половины грудной клетки; 3 степень – подкожная эмфизема, которая выходит за пределы грудной клетки. Показанием к дренированию средостения был напряженный ПМ, который сопровождался выраженными гемодинамическими нарушениями (снижением сердечного выброса, уменьшением венозного возврата к сердцу), а также прогрессирующим расширением средостения в динамике. При сопутствующем пневмотораксе выполнялось дренирование плевральной полости. Результаты исследования. За исследуемый период ПМ был выявлен у 87 пациентов. Первую группу составили 43 пациента, выписанных из стационара (50,6%), вторую 44 пациента с летальным исходом (50,4%). Средний возраст в первой группе был равен $58,9 \pm 14$ лет, во второй $64,5 \pm 10,7$ лет. Установлено, что увеличение возраста у пациентов с ПМ имеет прямо пропорциональную зависимость с летальным исходом ($p=0,006$). Первая группа состояла из 26 мужчин (60,5%) и 17 женщин (39,5%), во вторую группу вошли 18 мужчин (40,9%) и 26 женщин (59,1%), различия статистически не значимы ($p=0,07$). Исходная легочная патология в виде бронхиальной астмы или ХОБЛ не оказывала влияния на исход ($p=0,73$). Респираторная поддержка в виде инвазивной вентиляции легких (ИВЛ) в 1 группе проводилась в 46,5% случаев, а во второй в 95,5% ($p<0,001$). В группе выписанных пациентов при возникновении ПМ дренирование средостения выполнялось в 13,9% случаев ($n=6$), а в группе пациентов с летальным исходом в 29,5% случаев ($p=0,134$). Применение системных глюкокортикостероидов, биологических препаратов, а также использование антиковидной плазмы не влияло на возникновение летального исхода. Тяжесть поражения легочной ткани, по данным КТ в исследуемых группах не имело значимых различий ($p>0,05$). У пациентов, выписанных из стационара, в 67,4% случаев ($n=29$) ПМ локализовался в пределах средостения, в 27,9% случаев ($n=12$) он распространялся в подкожно-жировую клетчатку шеи и грудной клетки, а в 4,7% случаев ($n=2$) выходил за пределы грудной клетки. Во второй группе ПМ 1 степени обнаружен в 29,5% случаев ($n=13$), в 61,3% случаев был 2 степени и 9%

случаев (n=4) - 3 степени (p=0,002). Средняя продолжительность амбулаторного этапа лечения была выше во 2 группе - 7 [5; 9,25] суток, у выписанных пациентов она составила 6 [4;10] суток (p>0,05). Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) и сепсис наблюдались в 50% случаев (n=22) в группе пациентов с летальным исходом, а у выписанных пациентов лишь в 23,2% случаев (p=0,01). Таким образом, летальность у пациентов с новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осложненной ПМ статистически значимо взаимосвязана с возрастом, выраженность ПМ, проведение ИВЛ, развитием ССВО и сепсиса.

493. Результаты новой методики УЗИ и его роль в ранней диагностики некоторых воспалительных хирургических заболеваний кишечника

Алиева Н.З., Кязимов И.Л.

Баку, Азербайджан.

Научный центр хирургии им.акад.
М.А.Топчибашева.

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости и распространенности воспалительной заболеваний кишечника, такие как болезнь Крона и неспецифический язвенный колит. Актуальность проблемы этих заболеваний определяется не только высоким ростом заболеваемости в последние два-три десятилетия, но и преимущественным поражением лиц молодого возраста, частой инвалидизацией и поздней диагностикой. В последнее время в экономически развитых странах мира отмечается опережение роста заболеваемости болезнью Крона над неспецифическом язвенным колитом. Особенно прослеживается тенденция к росту заболеваемости и распространенности этих заболеваний в странах Северной Америки и Северной Европы (25-50 случаев на 100000 человек). Проблема своевременной диагностики и мониторинга за течением воспалительных хирургических заболеваний толстой кишки является одной из самых сложных в современной радиологии и хирургической гастроэнтерологии. Ранняя диагностика патологии тонкой и толстой кишки и

своевременное их лечение-самый важный фактор благоприятного прогноза течения данных заболеваний. В комплекс диагностики неонкологических хирургических заболеваний толстого кишечника, такие как болезнью Крона и неспецифического язвенного колита входят как инструментальное (рентген, эндоскопия, КТ, МРТ) так и лабораторные и патогистологические исследования. Преимуществом УЗИ над рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями а также компьютерной и магнитно-резонансной томографии является его общей доступности, неинвазивности и дешевизне. УЗИ выявляет не только симптомы поражения полого органа как при неспецифического язвенного колита, но и специфические для болезни Крона симптомы: симптом «кокарды» (утолщение стенки кишки), объемное образование в брюшной полости, иногда абсцессы брюшной полости. Но на раннем этапе обострение этих болезней, повышенная гиперперистальтика и инфильтрация кишечника, а также пневматоз не всегда позволяет выявить пораженной части кишечника и степень поражения ее стенки при УЗИ. Поэтому необходима новые подходы УЗИ для улучшения диагностики и раннее выявления патологии. Цель работы. Изучить эффективности новой методики УЗИ и его роль в диагностики некоторых хирургических воспалительных заболеваний кишечника. Материалы и методы. В Научном Центре Хирургии им.акад.М.А.Топчибашева с августа 2021 года до февраля 2022 года предложенной нами новой методикой УЗИ обследовались 23 больных в возрасте 19-56 лет с диагнозом болезнью Крона (БК) и неспецифический язвенный колит (НЯК). Из этих 52% больных были в возрасте до 40 лет. Мужчин было 14, женщин - 9. Из них - 17 больных с диагнозом БК, 6 больных с НЯК. Особенностью предложенной нами модификации УЗИ является проведение обследования с тестом «Холодовая проба». Суть метода является улучшения информативности для оценки степени утолщение стенки тонкой и толстой кишки, определить разницы нормальных и пораженных сегментов кишки с некоторыми параметрами (диапазон перистальтики, толщина стенки, приблизительные количество суженных сегментов, диаметр просвета дилатационных и суженных сегментов кишки а также количество свободной жидкости в брюшной полости и межкишечных пространств). С целью улучшение информации в обследовании с УЗИ мы используем холодный гель. После проведение стандартной УЗИ (обследования паренхиматозных органов, определение свободного газа и жидкости в брюшной полости, степень перистальтики и

приблизительная степень расширения и сужения просвета кишечника и т.д.) холодным гелом (+5-6°C) в течение 15-20 минут компрессируем переднюю брюшную стенку. Все больные до обследования ознакомлены сутью процедуры и давали письменную согласие. После этого повторно проводили стандартную УЗИ и регистрировали данные и сравнивали с предыдущими показателями. В данной материале обследованных больных предлагается обработанные данные с параметрами толщины стенки кишки, свободной жидкости в брюшной полости и межкишечном пространстве. Полученные результаты. В стандартном УЗИ у больных с острой фазой болезни Крона толщина стенки колебались от 5,0 до 7,5 мм, а после теста «Холодовая проба» эти показатели значительно снизились и колебались от 4,1 до 6,7 мм. Количество жидкости в межкишечных пространствах отмечены в объеме 70-120 мл, а в брюшной полости до 300-500 мл. После теста «Холодовая проба» объем в межкишечных пространствах немного повысилась (150-200 мл), а в брюшной полости изменение этих показателей были незначительны (до 20 мл). У больных с НЯК показатели пораженного участка толстой кишки не изменялись: толщина стенки кишки колебались от 3,8 мм до 4,3 мм. Обсуждение. Своевременная диагностика, рано и правильно поставленный диагноз БК и НЯК открывает путь адекватную консервативную лечению и уменьшает риск осложнений, которой является показанием хирургической операций. Предложенная нами методика – УЗИ с тестом «Холодовая проба» у обследованных больных (всего 23 больных) с БК и НЯК временно уменьшая перистальтики и инфильтрации тонкой и толстой кишки позволяет выявление точные данные степени утолщения стенки кишки и наличие свободной жидкости межкишечно и в брюшной полости. Выводы. Разработанная и предложенная нами методика УЗИ используя тестом «Холодовая проба» может быть использована как компонентом стандартной УЗИ при обследовании БК которой является важной части комплексной диагностики воспалительных хирургических заболеваний тонкого и толстого кишечника. Данные УЗИ с тестом «Холодовая проба» у больных с НЯК пока очень скудные и это можно объяснить с малым количеством обследованных больных и мы предполагаем дальше продолжить исследования над этим контингентом больных.

494. Роль эндосонографии в диагностике и лечении хронического панкреатита

Коробка В.Л., Толстопяттов С.В., Василенко В.С.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО "Ростовская областная клиническая больница"

Введение. Заболевания органов панкреатобилиарной зоны являются сложной проблемой для комплексной диагностики и лечения. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) в настоящее время является «золотым» стандартом в диагностике заболеваний поджелудочной железы. Применительно к панкреатобилиарной зоне, ЭУС дала возможность получать детализированное изображение поджелудочной железы, желчевыводящих путей и их патологических изменений. С появлением конвексного эхоэндоскопа метод значительно расширил свои возможности, что позволило наряду с диагностикой выполнять интервенционные оперативные вмешательства под ЭУС контролем на органах гепатобилиарной зоны. Методы и материалы. В Ростовской областной клинической больнице применение ЭУС как диагностического и лечебного метода начато с 2012 года. За 10 лет было выполнено 753 диагностические манипуляции из них 156 лечебных процедур при патологии поджелудочной железы. Результаты. Из общего числа обследованных пациентов в 352 (46,7%) случаях были выявлены воспалительные изменения в поджелудочной железе, характерные для хронического панкреатита. При эндосонографической оценке паренхимы органа критериями патологических изменений служат: неомогенная эхоструктура паренхимы железы, чередующиеся зоны пониженной эхогенности с мелкими (1-3 мм) включениями, гиперэхогенные включения с акустическими тенями (кальцификация железы), линейные, различной формы и протяженности тяжистые включения (междольковый фиброз), неровный, бугристый гиперэхогенный контур железы (фиброзные изменения паренхимы и атрофия железы), анэхогенные включения размерами более 5 мм (наличие псевдокист). Критериями патологического изменения протока поджелудочной железы при хроническом панкреатите являются: расширение вирсунгова протока более 3 мм, извитой ход протока, внутрипротоковые эхогенные образования с акустическими тенями и без них (камни, кальцинаты стенки, белковые преципитаты),

гиперэхогенная (фиброзно измененная) стенка протока, расширение его боковых ветвей. У 156 (44,6%) пациентов был выявлен панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы, что было подтверждено при помощи ЭУС с тонкоигольной пункционной биопсией и гистологической верификаций процесса. Из них у 87 (55,7%) пациентов панкреатит сопровождался компрессией общего желчного протока и развитием билиарной гипертензии. Данное заболевание у 165 (46,8%) больных сопровождалось кистозной трансформацией поджелудочной железы и формированием кист в различных отделах органа, большинство локализовалось в головке поджелудочной железы 89 (53,9%) пациентов. При этом дренирование псевдокист поджелудочной под ЭУС-контролем выполнялось в 27 (30,3%) случаях, 2(7,4%) пациентам саморасширяющимся металлическим стентом, 25(92,6%) пациентам пластиковым стентом. В 31 (8,8%) наблюдениях в ходе проведения ЭУС поджелудочной железы был выявлен вирусноглистиаз, чаще всего конкременты располагались в головке железы у 19 (61,2%) пациентов и в теле железы у 11(35,4%) пациентов. Эндоскопическая вирусноглистоэкстракция с последующим стентированием главного панкреатического протока выполнена 7 (22,5%) пациентам. Заключение. При кажущейся простоте диагностики хронического панкреатита не редко возникают трудности в проведении дифференциального диагноза с опухолевым поражением ПЖ и прилежащих органов. Обладая широким диагностическим спектром и достоверностью получаемых результатов, эндосонография позволяет не только провести уточнение диагноза перед предстоящим вмешательством, но и определить тактические подходы лечения заболеваний поджелудочной железы. Кроме того, она может выступать надежным техническим подспорьем безопасного проведения ряда малоинвазивных процедур, успешно решая проблему угрожающих жизни пациента осложнений, возникающих при традиционных методах хирургического лечения больных.

495. Экспериментальное обоснование применения нового способа хирургического гемостаза обширных травматических повреждений печени

*Воронцов А.К. (1), Пархисенко Ю.А. (2),
Чередников Е.Ф. (2), Баранников С.В. (2),
Безалтынных А.А. (3)*

1) Брянск, 2) Воронеж, 3) Смоленск

1) ГАУЗ Брянская городская больница №1, 2) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 3) ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Актуальность. Проблема остановки кровотечения при обширных травматических повреждениях паренхиматозных органов представляет проблему, не решенную до настоящего времени. Летальность при тяжелых повреждениях печени на протяжении многих лет остается высокой и не имеет тенденции к снижению. Цель исследования – разработать способ хирургического гемостаза обширных травматических повреждений печени путем тампонады гемостатическим материалом с последующим пакетированием полосками сетчатого эндопротеза и оценить его эффективность в эксперименте *in vivo*. Материал и методы. Экспериментальные исследования проведены на базе института ветеринарной медицины и биотехнологии Брянского аграрного государственного университета. В исследование включены 40 лабораторных животных (свинья) с активным паренхиматозным кровотечением из моделированных травматических ран печени. Модель травматического повреждения печени воспроизводилась следующим образом: Животным под общим эфирным наркозом выполнялась лапаротомия. В операционную рану выводилась правая доля печени, которую помещали на специальную подставку. Полым металлическим цилиндром 1,0 см с толщиной стенок 3,0 мм наносилась механическая травма печени в области 2-3 сегментов глубиной 4,0 см, с извлечением части паренхимы для получения активного паренхиматозного кровотечения. Животные были разделены на две группы: опытную и контрольную по 20 животных в каждой. В опытной группе животных активное паренхиматозное кровотечение останавливали путем тампонирующей раны печени гемостатическим материалом, состоящим из гемостатического средства Сургистамп и гранулированного сорбента Молселект G-50 с последующим пакетированием полосками пропиленового сетчатого эндопротеза (Патент РФ № 2674874). В контрольной группе животных

остановка кровотечения производилась путем ушивания раны печени шовным материалом (ПГА-2.0). Оценку результатов эксперимента осуществляли по следующим показателям: время остановки кровотечения в опытных и контрольных ранах, признаки возобновления кровотечения, особенности репаративной регенерации печени при гистологических и иммуногистохимических исследованиях. Результаты. Экспериментальные исследования применения разработанного способа хирургического гемостаза активного паренхиматозного кровотечения из моделированных травматических ран печени у 20 животных (свиньи) показали, что сразу после тампонирования раны печени гемостатическим материалом, состоящим из Сургистампа и Молселекта G-50 с последующим пакетированием, проявились их кровоостанавливающие свойства. Время достижения гемостаза в опытных ранах составило 5.0(4.5-6.0) мин ($P<0.01$). Окончательный гемостаз был достигнут в 19 ранах ($P=0.02$) опытной группы. В одной ране при применении разработанного метода после осуществления основного оперативного приема наблюдалось диффузное кровотечение из экспериментальной раны печени в виде просачивания, которое было остановлено путем дополнительного нанесения в рану гранулированного сорбента Молселект G-50. Остановка кровотечения в контрольных ранах составила 12.0(12.0-13.0) мин ($P<0.01$). При этом в контрольных ранах в 7 случаях после осуществления основного этапа операции сохранялось подтекание крови из раны печени. В трех случаях гемостаз был достигнут путем проведения тугой тампонады раны печени, в 4-х случаях гемостаз удалось достичь путем тампонирования раны печени гемостатической губкой, с последующим прошиванием раны и фиксацией сальника. Выводы. Экспериментальные исследования с применением способа хирургического гемостаза путем тампонады гемостатическим материалом с последующим пакетированием полосками полипропиленового сетчатого эндопротеза для остановки активного паренхиматозного кровотечения из моделированных обширных травматических ран печени у свиней позволило заключить, что такой способ приводит к эффективному гемостазу ($P=0.02$), уменьшает время остановки кровотечения с 12.0(12.0-13.0) мин до 5.0(4.5-6.0) мин ($P<0.01$) и снижает вероятность повторного кровотечения ($P=0.02$).

496. Клиническая анатомия целиако-мезентериального бассейна, перспективы эндovasкулярной эмболизации при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях

Хитарьян А.Г., Бондаренко И.В., Андреев Е.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Летальность от язвенных желудочно-кишечных кровотечений (ЯЖКК) среди неоперированных пациентов варьирует от 3,9% до 8,2%, у оперированных – от 17,4% до 36,9% (Кубышкин В.А., с соавт. 2017). При эндоскопическом гемостазе(Г) летальность в 2 и более раз выше при высокой оперативной активности – 25,7% и 14,6% соответственно (Ревিশвили А.Ш., с соавт. 2019). Использование эндovasкулярной эмболизации (ЭЭ) для Г при ЯЖКК открывает перспективу снижения летальности у больных с высоким операционным риском. Цель исследования. Представить данные о кровоснабжении желудка и гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), актуальные для ЭЭ в целиако-мезентериальном бассейне (ЦМБ) при лечении пациентов с ЯЖКК. Материал и методы. Данные архивов компьютерной томографии (КТ) МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростов-на-Дону» и ЧУЗ Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону – 117 КТ. Критерии включения: оба пола, все возрастные периоды. Критерии исключения: опухоль и операция в ГПДЗ (кроме холецистэктомии), портальная гипертензия, синдром Маллори-Вейсса. Статистическая обработка. В Microsoft Exel 2017 сформирована база данных, анализ Statistica 10 и Microsoft Exel 2017. При сравнении показателей использовали t- и U-критерии, угловое преобразование ?. Уровень значимости 5,0% ($p<0,05$). Полученные результаты и обсуждение. Мужчины составили 53,8%, возраст $57,3\pm 1,6$ лет, женщины 46,2%, возраст $55,5\pm 2,0$ лет. Обычное строение чревного ствола (ЧС) установлено в 88,9%, печеночно-селезеночный ствол выявлен в 0,9%, печеночно-желудочной ствол в 0,9%, желудочно-селезеночный ствол в 1,7%, печеночно-брыжеечный ствол в 5,1 %, чревно-ободочный ствол в 1,7% случаев, левая желудочная (ЛЖА), селезеночная (СА) и общая печеночная (ОПА) артерия являлись ветвями брюшной аорты (БА) в 0,9%. Кровоснабжение желудка в 54,7% осуществлялось преимущественно правой

желудочной (ПЖА) и правой желудочно-сальниковой (ПЖСА) артериями. В 15,3% ЛЖА и левой желудочно-сальниковой артерией (ЛЖСА). Равномерный тип кровоснабжения желудка установлен в 29,9%. Кроме локализации ЯЖКК в бассейне ЛЖСА, в большинстве случаев возможна селективная ЭЭ. При ЭЭЛЖА необходимо учитывать, что ЛЖА является ветвью ЧС 1-го порядка в 95,7%, в 2,6% БА и левого печеночно-желудочного ствола в 1,7% случаев. В 4,3% имелись сосуды аналогичные ЛЖА. Восходящая ветвь ЛЖА на задней стенке кардиального отдела установлена в 35,0% наблюдений. Анастомоз между ЛЖА и ПЖА, в виде единого сосуда с равномерным диаметром, установлен в 55,6%. В 9,4% при сочетании восходящей ветви ЛЖА с анастомозом с ПЖА для Г в бассейне ветвей ЛЖА может потребоваться ЭЭ ПЖА. ОПА явилась источником ПЖА в 67,5%, последняя анастомозировала с ЛЖА в 57,0% посредством 1-4 ветвей. ЭЭ ЛЖСА потенциально сопряжена с риском ишемии селезенки – СА источник ЛЖСА в 76,1%. Обычное анатомическое строение в бассейне поджелудочно-двенадцатиперстной артерии (ПДА) установлено в 82,2%, на 91,5% КТ бассейны ЧС и верхняя брыжеечная артерия анастомозировали вдоль ДПК, преимущественно за счет ветвей ПДА. Учитывая выраженность анастомозов и aberrантных ПДА, ЭЭ их ветвей не сопряжена с риском трансмуральной ишемии ДПК. Выводы и рекомендации. При локализации ЯЖКК в области малой кривизны, либо в антральном отделе целесообразна ЭЭ бассейна ЛЖА, при диаметре ЛЖА менее 2 мм возможна ЭЭ ЛЖА, при неэффективности Г целесообразна ЭЭ бассейна ПЖА. При ЭЭ ЛЖА следует учитывать, что она является ветвью ЧС 1-го порядка в 95,7%, в 2,6% ветвью БА и левого печеночно-желудочного ствола в 1,7% случаев. При локализации ЯЖКК в области большой кривизны для Г целесообразна ЭЭ ПЖСА, при неэффективности необходима ЭЭ ЛЖСА. При локализации ЯЖКК в пилорическом отделе либо в луковице ДПК возможен Г последовательной ЭЭ верхней панкреатодуоденальной артерии и ЖДА, целесообразна ЭЭ в непосредственной близости от бифуркации ЖДА, на расстоянии до 1,0 см от ее ответвления от ОПА. При локализации ЯЖКК в ДПК дистальнее луковицы для достижения Г необходима ЭЭ в бассейне ПДА.

497. Артериальные тромбозы при COVID-19: диагностика и лечение

Меджидов Р.Т. Джанаев М.З.

Махачкала

ГБУ РД ГКБ г. Махачкала

Введение. Ведущей причиной летального исхода коронавирусной инфекции COVID-19 – тромбозы и тромбоэмболические осложнения. Тромбообразование как в венозном русле так и в артериальном русле. Нами в настоящее время накоплен определенный опыт в лечении данных осложнений. Однако вопросы в хирургическом лечении, ведение пациентов в послеоперационном периоде и реабилитации не изучен и является весьма актуальным. Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения артериальных тромбозов вызванных коронавирусной инфекцией COVID-19. Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 78 пациентов с тромбозами периферических магистральных артерий в ковидном госпитале за 2 года. Возраст варьировал от 46 лет до 87 лет. Мужчин было 56 (71,8%), женщин 22 (28,2%). У 47 (60,3%) пациентов сахарный диабет 2 типа, у 35 (44,9%) гипертоническая болезнь, у 29 (37,2%) ишемическая болезнь сердца. Новая коронавирусная инфекция была идентифицирована в 63 (80,8) случаях. Объем поражения легких в варианте КТ 1 (до 25% поражения) в 20 (25,6%) случаях, КТ 2 (25-50% поражения) – 19 (24,4%) случаях, КТ 3 (50-75% поражения) – 22 (28,2%) случаях, КТ 4 (75-100% поражения) – 17 (21,9%) случаях. Тромбоз на уровне аорты – 2 (2,56%) случая, тромбоз и атеротромбоз на уровне общей подвздошной артерии (ОПА) в 3 (3,85%) случаях, тромбоз и атеротромбоз на уровне наружной подвздошной артерии (НПА) в 15 (19,2%) случаях, на уровне общей бедренной артерии (ОБА) в 5 (6,4%) случаях, тромбоз на уровне поверхностной бедренной артерии (ПБА) в 14 (17,5%) случаях, тромбоз на уровне глубокой бедренной артерии (ГБА) в 3 (3,9%) случае, на уровне подколенной артерии (ПКА) в 10 (12,8%) случаях, на уровне передней большеберцовой артерии (ПББА), задней большеберцовой артерии (ЗББА), малоберцовой артерии (МБА) в 16 (20,5%) случаях, тромбоз на уровне плечевой артерии в 8 (10,3%) случаях, на уровне подключичной артерии в 1 (1,3%) случае. Тромбоз шунта в послеоперационном периоде в 1 (1,3%) случае. У 78 пациентов выявлено 107 тромботических осложнений. Первичная ампутация выполнена в

11(14,1%) случаях, вторичная ампутация выполнена в 19(24,4%)случаях. Общая летальность составила 33(37,2%), после тромбэктомии 15(19,2%), после ампутации 11(14,1%), на фоне консервативной терапии 7(9%). Результаты и их обсуждение. Оперативное вмешательство получили 68(87,2%). Тромбэктомия из периферических артерий выполнено в 48(61,5%) случаях из них в 8(10,3%) случаях выполнена тромбэндартерэктомия, использован артериотомический доступ, стентирование в 19(24,4%) наблюдениях. Ретромбэктомия выполнена в 25(32,1%) наблюдениях, ретромбэктомия в 2(2,6%) случае выполнена четырежды, в 7(9%)наблюдениях трижды. В 17(21,8%) случаях выполнена пластика венозной вставкой. В 2(2,6%) случае выполнено протезирование периферической артерии, протезирование плечевой артерии и протезирование НПА с переходом на ОБА. Общая летальность составила 33(37,2%) случаев от общего количества пациентов. Первичная ампутация выполнена в 11(14,1%) случаях, вторичная ампутация выполнена в 19(24,4%) случаях. При первичной ампутации конечности летальность от тромботических осложнений при covid-19 выше, чем после тромбэктомии. Однако состояние пациентов усугублялось, и причиной смерти служил не тромбоз, не ампутация н/к и его осложнения, а дыхательная недостаточность (ДН), острый респираторный дистресс-синдром(ОРДС), тяжелый острый респираторный дистресс-синдром (ТОРДС). Заключение. При новой коронавирусной инфекции имеет место рост тромботических осложнений, летальность пациентов при развитии тромбозов высокая. Тактика ведения пациентов при возникновении тромботических осложнений нуждается корректировке. Индивидуальный подбор дозировки антикоагулянтной терапии, и их метода введения. Так же имеет место по вышеуказанным данным, выполнять антеградную тромбэктомию как метод выбора при вовлечении в процесс тромбоза, артерий голени.

498.Комбинированные миниинвазивные технологии в лечении пациентов с варикозной болезнью в стадии трофической язвы

Бурцев Д.В., Вагнер Д.О., Трусов П.В.

Ростов-на-Дону

ГАУ РО Областной Консультативно-диагностический Центр.

Актуальность. В настоящее время флебология развивается по пути уменьшения инвазивности хирургического лечения. В своей работе мы постарались найти наиболее результативное сочетание малоинвазивных технологий в лечении декомпенсированной варикозной болезни, оценить эффективность применения комбинированных технологий, сочетающих радиочастотную облитерацию с микропенной склеротерапией и микрофлебэктомией в лечении пациентов с варикозной болезнью, в стадии трофических язв и определить факторы, препятствующие достижению удовлетворительного результата лечения. Материал и методы. С 2014 по 2019 гг. под наблюдением находилось 74 пациента с варикозной болезнью, в стадии трофической язвы (ХВН С6). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от объёма оперативного вмешательства. В первую группу было включено 35 пациентов у которых объём оперативного вмешательства включал радиочастотную облитерацию ствола БПВ на уровне бедра, дополненную микрофлебэктомией перфорантных вен голени, притоковых вен бедра и голени, склеротерапией притоков на уровне бедра и голени 1,5% пенной формой раствора натрия тетрадецил сульфата (Фибровейн). Во вторую группу включено 39 пациентов, которым, вышеуказанный объём оперативного вмешательства был дополнен диссекцией истока БПВ в области медиальной лодыжки, сопровождающейся лигированием и пересечением его притоков. Всем пациентам выполнялась радиочастотная облитерация (РЧО) стволов больших подкожных на уровне бедра. Участок ствола БПВ на уровне голени не подвергался термооблитерации. Контрольные осмотры проводились через 7-10 дней, 1,5 мес., 6 месяцев и 1 год. Результаты. Заживление трофических язв в течение 6 месяцев отмечено в 19 (54%) случаях в 1 группе и в 27 (69%) случаях во 2 группе. Через 1 год, после вмешательства, заживление язв в 1-ой группе пациентов отмечено в 23 (66%), во 2-ой группе - в 34 (87%) случаях. Реканализаций стволов БПВ в сроки до 1 года не

отмечено. В 8 (23%) случаях в 1 группе и в 5 (13 %) случаях во 2 группе выполнялись этапная минифлебэктомии и микропенная склеротерапия подкожных притоков на голени через 2-3 мес после первичного вмешательства. Повторные вмешательства были эффективны, но в 12 (34%) случаях в 1 группе и в 5 (13%) случаях во 2 группе отмечено уменьшение размеров трофических язв, но полного их заживления не зафиксировано. Все эти пациенты страдали выраженным ожирением (ИМТ>0,35). Выводы: 1) РЧО стволов подкожных вен в сочетании с минифлебэктомией перфорантных и притоковых вен н/конечностей, микропенной склеротерапией подкожных притоков н/конечностей наиболее эффективна при условии сочетания этого вмешательства с диссекцией истока БПВ в области медиальной лодыжки. 2) Данный объём хирургического вмешательства является эффективным и малотравматичным, позволяющим наиболее полно устранить патологический рефлюкс, ликвидировать трофические расстройства и избежать послеоперационных осложнений. 3) Сопутствующее АКО высокой степени является одним из основных факторов, препятствующих достижению максимального результата антирефлюксного хирургического вмешательства.

499.Ближайшие и отдаленные результаты резекций печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы на фоне цирроза печени

Соловьева О.Н., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Тараканов П.В., Куликова Н.Д., Елизарова Н.И., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение. Результаты лечения больных гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), развившейся на фоне цирроза зависят от онкологических факторов, тяжести цирроза и его осложнений. Цель. Сравнение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) на фоне цирроза печени и портальной гипертензии (ПГ). Методы: Были проанализированы

демографические характеристики, периоперационные данные, непосредственные хирургические и отдаленные онкологические результаты 93 пациентов с ГЦК, которым были выполнены радикальные резекции печени с января 2015 года по декабрь 2021 года. Из них: 13 (14%) пациентов оперированы на фоне портальной гипертензии (ПГ). Степень цирроза оценивалась по классификации Child—Pugh, ПГ по степени ВРВ пищевода (2,3 степень). В одно- и многофакторном регрессионном анализе изучено влияние на непосредственные результаты и выживаемость следующих факторов: степень цирроза, хирургический доступ, кровопотеря, время операции, наличие тяжелых осложнений после операции; возраст; ASA; наличие ВРВ 2, 3 степени; уровень общего билирубина; исходный уровень альфа-фетопротейна; исходный уровень альбумина; размер опухоли; локализация опухоли в задних сегментах печени, анатомический характер резекции; край резекции. Результаты. Наличие портальной гипертензии ассоциировалось с большей кровопотерей, тяжестью и количеством осложнений, летальностью, уровнем АФП. В группе ПГ тяжелые послеоперационные осложнения возникли у 20% больных, 90-дневная летальность составила 15% ($p=0,019$). Показатели 3-летней общей выживаемости (ОВ) в группе пациентов с ПГ составили 40% vs 62% в группе больных без ПГ ($p = 0,007$), Показатели 3-летней безрецидивной выживаемости не отличались: 52% vs 61% в группах с ПГ и без ПГ, соответственно ($p= 0,126$). Достоверное влияние на выживаемость оказали следующие факторы: ВРВ 2, 3 степени, интраоперационная кровопотеря и возраст пациента. Заключение. Портальная гипертензия является независимым фактором риска развития осложнений и летальности у пациентов после резекции печени по поводу ГЦК. Отдаленные результаты лечения пациентов с ГЦК на фоне цирроза печени после хирургического лечения зависели от онкологических и неонкологических факторов (степень ПГ).

500. Результаты лечения перитонита у больных с острой артериальной мезентериальной ишемией с использованием лапаростомии

Крэчун И.И. (1), Гидирим Г.П. (1), Шор Э.М. (1,2),
Мишин И.В. (1,2)

Кишинев, Республика Молдова

- 1) Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану,
- 2) Институт Срочной Медицины

Актуальность. Острая артериальная мезентериальная ишемия (ОАМИ) — угрожающая жизни патология органов брюшной полости. Уровень смертности в опубликованных исследованиях варьирует от 65% до 100%. Цель исследования является анализ результатов лечения перитонита у больных с ОАМИ с использованием лапаростомии. Материал и методы. Были проанализированы результаты хирургической тактики за последние 10 лет у больных с ОАМИ. Общее число пациентов ? 56 человек, мужчин ? 32(57,1%), женщин ? 24(42,9%). Средний возраст больных в изучаемом лоте составил 68.3 ± 1.2 лет (95% CI:65,71-70,82). Наличие сопутствующих заболеваний — $3,4 \pm 1.1$ (от 1 до 7), APACHE ? $26,8 \pm 1,1$ (95% CI:24,61-28,93). При выявлении причин ОАИ выявлена эмболия у 39(69,6%) больных, тромбоз — у 17(30,4%) пациентов. Полученные результаты и обсуждение. Во всех случаях в нашей клинике использовалась хирургическая тактика Damage Control Surgery (DCS): (1) резекция участков некроза кишечника во время первичного оперативного вмешательства без восстановления транзита по ЖКТ; (2) ушивание двухрядным швом обоих концов кишечника; (3) осуществление принципа лапаростомии (n=52), в комбинации с вакуумной повязкой (метод Vacuum – assisted closure, Topical Negative Pressure – TNP), с использованием стандартной системы V.A.C.® (Vacuum Assisted Closure®, KCI, San Antonio, Tex., USA) или с вакуумной повязкой с использованием импровизированной системы (n=17); (4) мониторинг и стабилизация больного в условиях реанимационного отделения; (5) плановые повторные оперативные вмешательства (санация брюшной полости, резекции кишечника, восстановление непрерывности ЖКТ). Установлено, что в среднем длина резецированного участка кишечника при первичной операции составил $234,8 \pm 16,4$ см (95% CI:201,5-267,0), резекция тонкого кишечника — 34(60.7%), резекция тонкой кишки + правосторонняя гемиколэктомия — 22(39,3%).

Среднее значение Mannheim Peritonitis Index (MPI) — $28,1 \pm 0,7$ (95% CI:26,59-29,49) и Peritoneal severity score (PSS) — $11,9 \pm 0,3$ (95% CI:11,46-12,51). Необходимое количество лаважей брюшной полости в среднем ? $1,4 \pm 0,1$ (от 1 до 6). Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта осуществлено через $43,9 \pm 1,8$ часа (95% CI:40,20-47,58). Послеоперационная 30-дневная смертность составила 32(57,1%) случаев. Выводы. Лечение перитонита у больных с ОАМИ с использованием лапаростомии (в комбинации с вакуумной повязкой) позволяет краткосрочно нивелировать внутрибрюшную гипертензию, уменьшить осложнения, связанные с сепсисом с обеспечением адекватной санации, ускорить восстановление желудочно-кишечного тракта и, тем самым, улучшить клинические исходы перитонита.

501. Диагностика и основные принципы лечения острого нарушения мезентериального кровообращения

Завражнов А.А. (1,2), Ханевич М.Д. (1,2),
Соловьев И.А. (2), Черемисин В.М. (2),
Зеленин В.В. (2), Хазов А.В. (2),
Меркулов Д.В. (2), Никольская Т.А. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» МЗ РФ, 2) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) относится к наиболее сложным и тяжёлым заболеваниям. Количество больных с ОНМК с каждым годом увеличивается. При этом летальность среди пациентов с ОНМК продолжает оставаться высокой, достигая 80%. Оснащение крупных лечебных учреждений современной диагностической техникой, совершенствование рентгенэндоваскулярных вмешательств, улучшило результаты лечения больных с ОНМК. Большое значение в этом направлении сыграли Рекомендации, подготовленные согласительной комиссией Всемирного общества неотложной хирургии (2017). Цель исследования. Повысить уровень диагностики

ОНМК, отработать оптимальную лечебную тактику, которая могла бы улучшить результаты лечения больных. Материал и методы. Нами проанализированы 226 больных за период с 2017 по 2022гг, которым при направлении в стационар или в самом стационаре было заподозрено ОНМК. Из них 138 (56,6%) пациентов были подвергнуты хирургическому вмешательству. Чрескожная транслюминальная ангиопластика со стентированием была произведена 10 больным, ещё у 10 больных была выполнена эмболэктомия, у 8 — операция ограничилась баллонной ангиопластикой. У 94 (73,4%) поступивших в стационар больных выполнялась лапаротомия. При этом у 41 (43,6%) больного она носила исключительно диагностический характер, у 53 (56,4%) - лечебный, когда выполнялось удаление поражённой части кишечника. Результаты и обсуждение. Не вызывает сомнения, что своевременная диагностика ОНМК и последующее неотложное вмешательство на брыжеечных сосудах лежит в основе эффективного лечения больных. Как показал анализ исследуемого клинического материала, наиболее объективным методом диагностики ОНМК является МСКТ живота в режиме ангиографии. Он показан всем пациентам, у которых имеется подозрение на ОНМК. Другие методы лучевой диагностики только затягивают начало лечебных мероприятий. При этом, инфузионная терапия, которая направлена на восстановление водно-электролитных нарушений, не должна затягивать диагностический поиск. В состав терапии целесообразно включить препараты антигипоксантами направленности (мафусол, конфумин, реамберин). Всем пациентам назначалась антикоагулянтная терапия. Хирургическое вмешательство в виде срединной лапаротомии выполнялось пациентам с клиникой перитонита. Отказано в операции 16 больным, находящимся в крайне тяжёлом состоянии. Один из важных моментов операции - это отказ от наложения межкишечного анастомоза. Повторное вмешательство производилось через 24-48 часов. Обязательным компонентом вмешательства являлась ревизия начальных отделов верхне-брыжеечной артерии с выполнением эмболэктомии или реканализации просвета сосуда. Важным моментом лечебно-диагностической тактики у больных, подвергшихся рентгенэндоваскулярным методам лечения, был контроль за состоянием кровообращения в стенке кишки. Для этой цели нами использовалась диагностическая лапароскопия. Выводы и рекомендации. Острое нарушение мезентериального кровообращения является

тяжёлым заболеванием, требующим принятия срочных диагностических и лечебных мероприятий, для выполнения которых требуется техническое оснащение стационара, включая возможность проведения в круглосуточном режиме МСКТ с ангиографией, а также эндоваскулярных вмешательств на сосудах брюшной полости. Поэтому для получения быстрой и адекватной медицинской помощи больные с подозрением на ОНМК должны направляться в сосудистые центры, имеющие штат, оснащение и опыт хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Данный подход к лечению позволяет снизить летальность у больных с ОНМК до уровня 60-70%.

502. TIPS у больных в листе ожидания на трансплантацию трупной печени. Есть ли место усовершенствованию методики?

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2), Дроздов П.А. (1), Левина О.Н. (1), Цуркан В.А. (1), Журавель О.С. (2)

Москва

- 1) ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ. Москва,
- 2) Кафедра хирургии РМАНПО

Цель. Оценить эффективность и безопасность совместного применения трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования и частичной эмболизации селезенки у больных циррозом печени, осложненным портальной гипертензией и гиперспленизмом, находящихся в листе ожидания на трансплантацию трупной печени. Материал и методы: С 2019 по 2020 гг в отделении трансплантации органов и/или тканей человека ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ 20 больным портальной гипертензией на фоне цирроза печени, осложнившейся развитием варикозного расширения вен пищевода и/или желудка и гиперспленизма в течении одной процедуры первым этапом операции проводилось трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование, вторым этапом — частичная эмболизация селезенки микросферами до полной окклюзии артерии. Все эти пациенты находились в листе ожидания на трансплантацию трупной печени. Динамическое наблюдение

проводилось на 3,6,9,12,15 месяц после операции. Результаты: При совместном использовании TIPS и ЧЭС госпитальной летальности и послеоперационных осложнений не зафиксировано. Однолетняя выживаемость после TIPS + ЧЭС составила 90%. В процессе динамического наблюдения зафиксировано 2 летальных исхода (10%), не связанных с кровотечением из ВРВ. Выраженность ВРВ пищевода и/или желудка уменьшилась у 19/20 больных (95%), осталась неизменной у 1/20 (5%) больного. Выраженность асцитического синдрома уменьшилась у 11/20 пациентов (55%), не изменилась у 9/20 пациентов (45%). У 5/20 пациентов (25%) отмечено усиление изначально имеющейся энцефалопатии. Через 6 месяцев после процедуры средний прирост уровня тромбоцитов в периферической крови составил $109,44 \pm 34,26$ (54 - 242) % по сравнению с дооперационным уровнем, через 12 месяцев – $96,37 \pm 23,62$ (41-166) %. Схожая динамика зафиксирована в отношении содержания лейкоцитов в крови, к концу 6 месяцев наблюдения средний прирост составил $34,14 \pm 24,96$ (0-89) % по сравнению с исходным уровнем, тогда как к концу 12 месяца – $21,47 \pm 18,46$ (0-62) %. В последующем у 12/20 больных (60%) выполнена ортотопическая трансплантация печени. Выводы: Совместное использование трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования и частичной эмболизации селезенки безопасно и эффективно для больных циррозом печени, находящихся в листе ожидания на трансплантацию трупной печени, имеющих варикозное расширение вен пищевода и/или желудка и гиперспленизм.

503. Лапароскопические резекции печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы: оценка ближайших результатов

Соловьева О.Н., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Тараканов П.В., Куликова Н.Д., Елизарова Н.И., Цвирукун В.В., Ефанов М.Г.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение. Резекция печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы сопряжена с дополнительными рисками, связанными с фоновым заболеванием печени и его осложнениями, в том числе за счет цирроза печени и портальной гипертензии. В этой связи, привлекательными являются пути снижения рисков, одним из которых, является лапароскопическая хирургия. Цель. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с ГЦК. Методы. Были проанализированы демографические характеристики, периоперационные данные, непосредственные хирургические результаты резекции печени в группах лапароскопического и открытого доступа с января 2015 года по декабрь 2021 года. Послеоперационные осложнения оценивались на основании шкалы Claven-Dindo. Прослежена 90-дневная летальность. Результаты. Резекции выполнены у 93 пациентов, включая 61 (65%) лапароскопическую резекцию (ЛРП) и 32 (35%) открытые резекции (ОРП). Средний объем кровопотери при ЛРП и ОРП составил 400 мл и 1300 мл, соответственно ($p=0,001$); средняя продолжительность операции составила 300 мин и 410 ($p=0,00262$), соответственно. Послеоперационные осложнения диагностированы у 9,8% и 31% пациентов после ЛРП и ОРП, соответственно ($p=0,05$). Послеоперационная летальность составила 0% и 6% в группах ЛРП и ОРП, соответственно. Средняя продолжительность стационарного лечения после резекции составила 7 дней и 13 дней после ЛРП и ОРП, соответственно ($p=0,0007$). Заключение. Лапароскопическая резекция достоверно улучшает непосредственные результаты по сравнению с открытой резекцией у пациентов с ГЦК.

504. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени, осложнённого цистобилиарным свищом

Шаталов А.Д. (1), Хацко В.В. (1), Войтюк В.Н. (2), Дудин А.М. (1), Кузьменко А.Е. (1), Греджев Ф.А. (1)

Донецк

1) ГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», 2) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

Актуальность. Эхинококкоз печени является актуальной проблемой медицинской паразитологии и хирургии во многих странах, особенно в эндемичных районах. Вопрос об оптимальной тактике лечения таких больных остаётся дискуссионным, особенно при наличии сообщения полости эхинококковой кисты с просветом жёлчного протока. Оперативное вмешательство зависит от размера кисты, стадии эхинококкоза, а также наличия или отсутствия осложнений и возможности их верификации до операции. Цель работы. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени (ГЭП), с наличием или отсутствием цистобилиарного свища. Материал и методы. За последние 20 лет в клинике хирургии им. проф. К.Т. Овнатаняна на базе ДОКТМО г. Донецка оперированы 110 пациентов по поводу гидатидозного эхинококкоза печени. Женщин было 73 (66,4%), мужчин – 37 (33,6%) в возрасте $43,4 \pm 7,3$ лет. Размеры эхинококковых кист колебались от 3,0 до 18,0 см в диаметре. Больным применены следующие методы исследований: клинико-лабораторные, включая серологические пробы, ультразвуковой, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Диагностические пункции выполняли специальной, разработанной нами иглой (патент UA №16961 от 15.09.2006 г.). Полученные результаты. Пациентам выполнены следующие операции: малоинвазивные и эндоскопические – 64 (58,2%), лапаротомные – 46 (41,8%). У 6 чел. удалось выполнить лапароскопическую, идеальную эхинококкэктомию. 9 пациентам применены дренирующие способы вмешательств под сонографическим контролем. У 11 (10%) больных выявлены цистобилиарные свищи с помощью разработанного «Способа обнаружения связи между кистозным образованием печени и внутрипечёночными желчными протоками» (патент РФ №2650590 от 28.12.2016 г.). При наличии цистобилиарного свища операция дополнялась

обработкой полости кисты ультразвуковым скальпелем и прошиванием зон жёлчеистечения (после перцистэктомии). У 2 больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением дочерних элементов из просвета холедоха. У 8 чел. жёлчный свищ закрылся на фоне консервативных мероприятий в сроки от 7 до 60 дней. Одна пациентка была оперирована повторно по поводу стойкого неполного наружного билиарного свища через 6 мес. после первичной эхинококкэктомии. Обсуждение. Хорошие результаты показали применение у пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени и цистобилиарным свищом специальной иглы для пункции кисты и способа выявления цистобилиарного свища. Выводы и рекомендации. Выявление цистобилиарного свища до операции позволяют осуществить оптимальный выбор и объём оперативного вмешательства, что улучшает результаты лечения. Эффективным способом является радикальное одномоментное хирургическое лечение.

505. Наш опыт лечения острых тромбозов подкожных вен.

Аскерханов Г.Р. (1), Исмаилов С.А. (2), Казакмурзаев М.А. (3), Гаджиев У.А. (2)

Махачкала

1) ДГМУ, 2) РКБ, 3) МЦА

Актуальность. Проблема лечения тромбоза подкожных вен нижних конечностей на сегодняшний день является актуальной в связи с ростом частоты заболевания, инвалидизации и увеличения летальности, связанной с тромбозомболическими осложнениями. Цель. Разработать новые методики локальной тромболитической терапии, хирургического лечения и профилактики тромбозов при острых тромбозах подкожных вен нижних конечностей. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 270 больных с острыми тромбозами подкожных вен нижних конечностей. Мужчин было 95, женщин - 175. Возраст больных колебался от 18 до 69 лет (средний возраст 48 лет). В сроки до 3 суток от начала клинических

проявлений заболевания поступило 77 больных, от 4 до 7 суток - 128, более 8 суток - 65 пациентов. Тромбофлебит варикозно-расширенных вен наблюдался у 162 пациентов. Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены наблюдался у 83 больных, 74(87%) из них при поступлении была произведена кроссэктомия. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группе 90(33,3%) пациентам проводилась традиционная терапия назначением местного противовоспалительного лечения, во 2-ой 180(66,4%) – паравазальные инстилляциии лечебной смеси(ПИЛС). Метод применялся как с целью подготовки к иссечению патологически измененных подкожных вен, так и как самостоятельный метод лечения острых локальных тромбофлебитов подкожных вен. Лечебная смесь для паравазальных инстилляций готовится перед употреблением и состоит из гепарина (5000 ед.), гидрокортизона (50 ед.), химотрипсина (10 мг), растворенных в 150,0 мл 0,25% раствора новокаина. Техника лечения. Область поражения обрабатывают антисептическим раствором. Отступая на 2-3 см от дистального конца тромбированного сегмента вены при помощи тонкой иглы в паравазальную клетчатку пораженной вены инстиллируют лечебную смесь. Второй вкол делают выше на уровне границы образованного смесью инфильтрата. Подобные манипуляции повторяют до тех пор пока вся тромбированная вена не окажется в тугом блоке инфильтрата из лечебной смеси. ПИЛС производятся одно- двух- и трехкратно с интервалом 1-2 дня. Сроки лечения определяются в зависимости от продолжительности заболевания и динамики обратимости клинических проявлений. Дополнительная медикаментозная терапия, как правило, не проводится. Результаты и обсуждение. Результаты лечения поверхностного тромбофлебита показали, что у больных со сроками заболевания до 3 суток после первого вливания смеси исчезают признаки воспаления, тромботический тяж заметно уменьшается. После второй процедуры у 75% пациентов клинические проявления заболевания полностью проходили. При более поздних сроках заболевания (более 7 суток) значительно уменьшались признаки воспаления, уменьшалась отечность, восстанавливалась функция конечности. Выводы. ПИЛС, обладая нейротрофическим, десенсибилизирующим, спазмолитическим и тромболитическим эффектом, способствуют сохранению целостности морфоструктуры и микрокровотока венозной ткани, особенно в ранние сроки заболевания.

506. Сравнительная оценка эффективности инъекционного и комбинированного эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Веденин Ю.И. (1,2), Орешкин А.Ю. (1,2), Степанов С.Л. (2), Жуликова С.В. (2), Ивченко Ю.В. (2), Литвинов А.А. (2), Николаев А.Ю. (2)

Волгоград

- 1) ФГБОУ ВО "ВолГМУ" Минздрава России,
- 2) ГУЗ "КБСМП № 15"

Актуальность. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК), несмотря на достижения современной фармакологии и успехи эндоскопических методик гемостаза, пока не позволяют полностью отказаться от оперативных вмешательств у данной группы пациентов. При этом сохраняющаяся высокой общей и послеоперационная летальность обуславливают актуальность проблемы ЯГДК. Целью нашего исследования стало сравнение методик комбинированного одномоментного и этапного (программного) инъекционного эндоскопического гемостаза. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 192 пациентов с ЯГДК, поступивших в ГУЗ «КБСМП № 15» г. Волгограда в период с января 2016 г. по декабрь 2021 г. Средний возраст составил $63,46 \pm 16,07$ года. Мужчин было 129, женщин - 63. Всем пациентам в срочном порядке выполнили эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), во время которой верифицировали источник кровотечения и осуществили эндоскопический гемостаз. Инъекционный гемостаз выполняли введением 0,01% раствора адреналина. Монополярную коагуляцию производили доступными инструментами (щипцами для «горячей» биопсии, полипэктомическими петлями, монополярными электродами) коагулятором «Martin». Для клипирования использовали клип-аппликатор эндоскопический ESO-CLIP компании «EndoStars». Использовали фиброгастроскопы Pentax FG-29V (до октября 2019 г.) и видеогастроскопы Pentax EG-2990i с видеопроцессором EPK-i7010 (с октября 2019 г.). Полученные результаты. Выполнено 336 лечебно-диагностических эндоскопических вмешательств. Среднее количество ЭГДС с проведением эндоскопического гемостаза, названное нами коэффициентом вмешательств (KB), составило 1,75 на 1 пациента. Мужчинам проведено 235 вмешательств (KB = 1,82), женщинам – 101 (KB = 1,6).

Кровотечение и риск его рецидива у пациентов оценивали по Forrest J.A. Согласно этой классификации, пациенты распределились следующий образом: Forrest Ia: 21 пациент (11%), выполнено 47 вмешательств; KB = 2,24. Forrest Ib: 56 пациентов (29%), 111 вмешательств; KB = 1,98. Forrest IIa: 39 (20%) пациентов, 71 вмешательство; KB = 1,82. Forrest IIb: 30 (16%) пациентов, 41 вмешательство; KB = 1,37. Forrest IIc: 41 (21%) пациент, 60 вмешательств; KB = 1,46. Forrest III: 5 пациентов (3%), 6 вмешательств; KB = 1,2. У 12 пациентов (6,25 %) эндоскопический гемостаз оказался неэффективен, что потребовало выполнения лапаротомии. Одну группу пациентов (n = 158) пролечили с использованием исключительно инъекционного гемостаза. Во время одного вмешательства вводили от 5 до 120 мл. раствора, средний объём составил 32 ± 16 мл. Потребовалось 298 вмешательств (KB= 1,89). Forrest IA 12 (7,6%) пациентов, Forrest IB - 47 (29,7%), Forrest IIA - 31 (19,6%), Forrest IIB - 23 (14,6%), Forrest IIC - 41 (26%), Forrest III - 4 (2,5%). Неэффективность эндоскопического гемостаза потребовала выполнения лапаротомии у 9 пациентов (5,7%). Летальность в данной группе составила 6,96% (11 пациентов), а у пациентов, перенесших лапаротомию, достигла 55,56% (5 пациентов). У другой группы пациентов (n = 34) применили комбинированный эндоскопический гемостаз: у 32 инъекционный + коагуляция, у 1 пациента инъекцию дополнили клипированием кровоточащего сосуда и ещё у 1 пациента клипирование сочетали с коагуляцией. На этапе инъекции вводили от 10 до 150 мл. раствора адреналина, средний объём введённого раствора 36 ± 25 мл. В данной группе выполнено 38 вмешательств (KB = 1,12). Forrest IA - 9 (26,5%) пациентов, Forrest IB - 9 (26,5%), Forrest IIA - 8 (23,5%), Forrest IIB - 7 (20,6%), Forrest III - 1 (2,9%). Неэффективный эндоскопический гемостаз у 3 пациентов (8,82%) потребовал выполнения лапаротомии. Летальность составила 2,94% (1 пациент, которому выполнялась лапаротомия). Общая летальность у всех пациентов с ЯГДК составила 6,25 % (12 пациентов), а в группе пациентов, перенесших лапаротомию, составила 50 % (6 пациентов). Выводы. Применение методики комбинированного эндоскопического гемостаза позволило на 38,5% уменьшить количество эндоскопических вмешательств у пациентов (с 1,82 до 1,12), снизить общую летальность с 6,25% до 2,94% и летальность у пациентов, перенесших лапаротомию, с 50% до 33,34%.

507. Выживаемость после лапароскопических резекций по поводу гепатоцеллюлярной карциномы

Соловьева О.Н., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Тараканов П.В., Куликова Н.Д., Елизарова Н.И., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение. Выживаемость больных гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), зависит от онкологических факторов и тяжести цирроза и его осложнений. Цель. Оценить выживаемость после лапароскопических резекций печени (ЛРП) пациентов с ГЦК, изучить факторы, влияющие на отдаленные результаты. Методы: В одно- и многофакторном регрессионном анализе изучено влияние на выживаемость следующих факторов: возраст; ASA; ECOG; MELD; класс цирроза по СТР; исходный уровень альфа-фетопротейна; размер опухоли; доступ (открытый/лапароскопический); кровопотеря; стадия опухоли BCLC, тяжелые осложнения. Результаты: показатели 4-летней общей выживаемости (ОВ) в группе пациентов после ЛРП составили: 73% vs 31% в группе больных открытых резекций печени ($p = 0,01$). Показатели 4-летней безрецидивной выживаемости не отличались: 11% vs 8% в группах ЛРП и ОРП ($p = 0,126$, соответственно). Достоверное влияние на выживаемость оказали: значение индекса MELD и интраоперационная кровопотеря. Возраст пациента и развитие послеоперационных тяжелых осложнений оказали близкое к достоверному влияние ($p = 0,071$ и $p = 0,059$, соответственно). **Заключение.** Выживаемость пациентов с ГЦК после ЛРП зависит от хирургических исходов лечения и компенсации цирроза печени.

508. Возможности комплексной диагностики при рубцовых стриктурах внепечёночных жёлчных протоков

Шаталов А.Д. (1), Хацко В.В. (1),
Дудин А.М. (1), Шаталов С.А. (2), Коссе Д.М. (2)

Донецк, ДНР

1) ГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», 2) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

Актуальность. Диагностика и лечение больных с рубцовыми стриктурами внепечёночных жёлчных протоков (РСВЖП) являются актуальной проблемой билиарной хирургии. Основной причиной развития РСВЖП являются ятрогенные повреждения: при лапаротомной холецистэктомии (ХЭ) – в 0,2–1,7% случаев, лапароскопической ХЭ – в 0,3–3,4%, резекции желудка – в 0,3–9,7%. После повторных операций частота осложнений достигает 24,2–49,3%, а летальность – 2,9–27,4%. Цель работы - показать возможности комплексной диагностики РСВЖП. Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностических методов у 378 больных с ятрогенными повреждениями внепечёночных жёлчных протоков за последние 20 лет, полученных преимущественно в других больницах. Женщин было 274 (72,5%), мужчин – 104 (27,5) в возрасте 29 – 82 лет. ХЭ в плановом порядке ранее проведена у 271 (71,7%) пациента, срочная – у 107 (28,3%). В клинике все больные оперированы повторно. Для уточнения диагноза выполнены методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, фистулохолангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ), компьютерная или магнитно-резонансная томография, интраоперационная холангиография. В 34 случаях применён разработанный нами «Способ определения локализации и протяжённости блока жёлчеоттока в общем печёночном или жёлчном протоке» (патент UA №142564 от 23.01.2020). Полученные результаты. Фистулохолангиография выполнена у 83 (21,9%) при сформированном наружном жёлчном свище. Но это исследование не во всех случаях позволяет адекватно оценить характер и расположение рубцовой стриктуры. ЧЧХГ и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография были информативными в 93% случаев. Разработанный нами способ оказался эффективным во всех 34 наблюдениях. При

частичном повреждении жёлчного протока диагностика может быть простой. При полном пересечении протока появление желтухи после операции позволяет заподозрить ятрогенную травму протока. Только комплексное обследование даёт возможность поставить точный диагноз и выполнить оптимальное оперативное вмешательство. Обсуждение. В достоверной диагностике РСВЖП лучшие результаты (92 – 96%) показало комплексное применение современных лучевых исследований с разработанным нами способом. Выводы. Основная роль в установлении точного диагноза РСВЖП принадлежит эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, ЧЧХГ, фистулохолангиографии, интраоперационной холангиографии и разработанному нами способу.

509. Диагностика и малоинвазивное хирургическое лечение доброкачественных подслизистых новообразований пищевода

Сигал Е.И. (1), Сигал Р.Е. (2), Бурмистров М.В. (1),
Шарапов Т.Л. (1)

1) Казань, 2) Москва

1) ГАУЗ РКОД МЗ РТ, 2) Хадасса Медикал Москва

Актуальность темы исследования. Доброкачественные опухоли пищевода встречаются достаточно редко и составляют менее 1% всех новообразований? пищевода. Наиболее распространенным вариантом является лейомиома, которая составляет 70% от всех доброкачественных новообразований? пищевода. Существует комплекс инструментальных методов исследования, позволяющих выставить клинический? диагноз «доброкачественное подслизистое новообразование пищевода» (ДПОП). Эти методы высокоэффективны в выявлении и дифференциальной? диагностике опухоли. [R.B. Lewis, A.K. Mehrotra, 2013]. Также нет и единого мнения о необходимости проведения предоперационной? биопсии ДПОП [Т. Arai, 2011, Е.М. Linde, 2011]. Основным методом лечения подслизистых новообразований? пищевода является хирургическое вмешательство, а именно его энуклеация, с использованием классического

доступа (лапаротомия, торакотомия), малоинвазивного доступа (лапароскопия, торакоскопия), а также эндоскопической резекции опухолей? подслизистым доступом. Дискутабельным вопросом остаётся и определение чётких показаний? для проведения хирургического лечения. Так ряд авторов рекомендует хирургическое удаление всех доброкачественных новообразований? из-за возможности их злокачественной? трансформации [Т. De Giacomo, 2015, С. Neoral, 2012]. По мнению других хирургов, лечение показано при появлении симптомов заболевания, большого размера новообразования или тенденции к росту при динамическом наблюдении [С.Г. Шаповальянц, 2012 W. Jiang, 2013, Т. Obuchi, 2010]. Обоснование возможности и целесообразности применения комплексного подхода к ведению пациентов с ДПОП возможно путем углубленного изучения клинической? симптоматики, методов рутинной? диагностики и их результатов, разработки и внедрения малоинвазивных хирургических пособий? и разработке наиболее оптимальных доступов при их применении. Материалы и методы. Объектом исследования были 143 пациента с диагнозом доброкачественное подслизистое новообразование пищевода, из них 59 пациентов (41,2%) – основная группа, которые подверглись хирургическому лечению в условиях онкологического отделения номер два ГАУЗ «Республиканский? клинический? онкологический? диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (РКОД МЗ РТ), 84 пациента (58,8%) – контрольная группа, находились под динамическим наблюдением в амбулаторно-поликлинических условиях в период с 1988 года по 2019 год на базе ГАУЗ «РКОД МЗ РТ». Возраст больных в основной? группе колебался от 26 до 74 лет. Средний? возраст составил 49,2 лет. Мужчин было 27 (45,8 %), женщин – 32 (54,2 %). Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,55. В контрольной? группе средний? возраст пациентов варьировался от 20 до 83 лет и в среднем составил 62,7 лет. Мужчин 35 (41,6%), женщин 49 (58,4%). Клиническая картина подслизистых опухолей? пищевода не специфична, симптомы появлялись только по достижении значительных размеров опухоли (3 см и более): дисфагия разной? степени в зависимости от размера и расположения доброкачественного новообразования, одинофагия, дискомфорт и боли за грудиной? и в области эпигастрии. У 59 пациентов основной? группы отмечался ряд вышеперечисленных жалоб, как по отдельности, так и в сочетании 2-х и более симптомов. Анамнез заболевания колебался от 1 месяца до 72 месяцев (в среднем 10,9).

Большинство больных (47) имели клинические проявления болезни менее 1 года до поступления в стационар. У 84 пациентов контрольной? группы доброкачественное подслизистое новообразование пищевода явилось случайной? находкой? при проведении рутинного эндоскопического исследования. Специфических жалоб пациенты не предъявляли. Результаты собственных исследований и их обсуждение 1. Оценка эффективности физикальных и инструментальных методов диагностики ДПОП на дооперационном этапе Показаниями к оперативному вмешательству явились: наличие объемного образования в подслизистом слое стенки пищевода, выявленного с использованием инструментальных методов исследования, его размер, в сочетании с одним или несколькими видами жалоб (дисфагия, одинофагия, дискомфорт, боли за грудиной?). Клиническая картина для подслизистых опухолей? пищевода не специфична, и только при достижении опухолью значительных размеров (в основной? группе размер новообразования варьировался от 5 до 86 мм (n=33,96) появлялись симптомы заболевания: дисфагия разной? степени, одинофагия, дискомфорт, боли за грудиной? и в эпигастрии. На основании собранных данных был проведен анализ зависимости появления тех или иных жалоб от размера новообразования Размеры новообразований? были определены по результатам эндоскопического исследования, для анализа использовался размер опухоли в наибольшем измерении. Дисфагия 1-й? степени, при которой? невозможно принимать отдельные виды твердой? пищи, практически не встречается в нашем исследовании, появление дисфагии 2-й? степени, которая определяется употреблением только мягкой? и полужидкой? пищи, происходит при достижении опухоли 20 мм, употребление жидкой? пищи определяется как дисфагия 3-й? степени и отмечается при размере новообразования от 50 мм. Одинофагия, так же зависит от размера новообразования. Данный? вид жалобы появляется при размере новообразования больше 20 мм и встречается у каждого третьего пациента, у которого размер подслизистой? опухоли пищевода достигает 50 мм. Зависимость появления боли за грудиной? от размера подслизистого новообразования значима. Проявление этих жалоб у пациентов отмечается при размере опухоли от 20 мм и нарастает при достижении опухоли размера в 30 мм. В группе сравнения пациенты специфических жалоб не предъявляли Такие симптомы как изжога купировались проведением противоязвенной? терапии вкупе с соблюдением диеты. В этой? группе

размер новообразования составлял от 3 до 33 мм (N=12). Инструментальные методы диагностики. По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии ДПОП были представлены единичным узлом с четкими ровными контурами, вдающимся в просвет пищевода, без инвазии в слизистую пищевода, с неизменным ее цветом. Данный вид исследования проводился всем пациентам (59 человек) и позволил предположить диагноз ДПОП во всех случаях. Следующим этапом, для дифференциальной диагностики подслизистого новообразования и сдавления стенки пищевода извне с деформацией его просвета, а также злокачественной патологии использовался такой метод диагностики как эндосонография. Данный метод используется в ГАУЗ РКВД МЗ РТ с 2005 года, проведено 43 исследования (72,9%) пациентам контрольной группы. Полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка выполнена всем пациентам основной группы (59), что позволило выявить степень сужения просвета пищевода и установить правильный диагноз 57 больным (93,2%). Компьютерная томография органов грудной клетки и органов брюшной полости с внутривенным контрастированием выполнена 45 пациентам (76,1%) основной группы на предоперационном этапе. Во всех случаях выставлен диагноз ДПОП. Предоперационная биопсия новообразования с целью верификации диагноза не проводилась, так как тонкоигольная биопсия может привести к перфорации стенки пищевода, тем самым развитию медиастинита, либо интраоперационным помехам при энуклеации новообразования из-за спаечного процесса между подслизистым новообразованием и слизистой оболочкой пищевода, что так же может привести к его перфорации. Комплексная патоморфологическая характеристика гладкомышечных подслизистых новообразований пищевода. Весь операционный материал подлежал рутинному гистологическому исследованию (59 случаев (100%)) и начиная с 2000 года – иммуногистохимическому исследованию (36 случаев (61%)). Макроскопическая характеристика новообразования. Все подслизистые новообразования пищевода были представлены единичным узлом (мононодулярные опухоли) с четкими ровными контурами, разнотканности, в основном туго-эластичной, серо-белесого цвета. Размеры опухоли незначительно отличались от размеров по данным эндоскопических методов исследования и варьировались от 21мм до 93 мм, и в среднем составили 39 мм. Микроскопическая характеристика новообразования: Из 59 случаев

заболевания подслизистыми новообразованиями пищевода, 56 (94,9%) составили лейомиомы, в 2-х случаях (3,4%) определены липома и киста стенки пищевода. В 1-м случае (1,7%) по данным гистологического и иммуногистохимического методов исследования была выявлена ГИСО нижней трети пищевода низкой степени злокачественности. По данным микроскопического исследования, лейомиомы исходили из опухолевых гладкомышечных клеток веретенообразной формы, которые собираются в пучки, идущие в различных направлениях. Опухолевые мышечные клетки отличаются от нормальных несколько большими размерами. За все время исследования лишь в одном случае была верифицирована ГИСО, при этом по результатам макроскопического описания препарата опухоль находилась в капсуле, была волокнистая, желтовато-серого цвета и визуально не отличалась от лейомиомы. По результатам гистологического исследования была заподозрена злокачественность процесса, препарат был направлен на ИГХ, по результатам которой опухолевые клетки были равномерно позитивны на CD117, CD34, слабо окрасились на альфа-актин. Индекс пролиферации Ki67= 6–8%, число митозов в препарате менее 5 на 50 в поле зрения, что позволило нам выставить диагноз ГИСО, прогностическая группа 1 Тактика периоперационного ведения пациентов с подслизистыми новообразованиями пищевода На основании результатов проведенного исследования нами был разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения пациентов с доброкачественными подслизистыми новообразованиями пищевода. На этапе диагностики в первую очередь необходим тщательный сбор анамнеза. Жалобы не специфичны для ДПОП и требуют проведения дополнительных методов исследования. После проведения эндоскопических методов исследования, при выявлении подслизистого новообразования пищевода, необходима консультация врача онколога с последующим выполнением специализированных методов диагностики, таких как эндосонография пищевода, рентгеноскопия пищевода и желудка и компьютерная томография ОГК и ОБП с внутривенным контрастированием. После выставления клинического диагноза «подслизистое новообразование пищевода» эндоскопическую биопсию опухоли проводить не целесообразно ввиду низкой вероятности верификации и повышения вероятности последующих интраоперационных осложнений, к которым может привести спаечный процесс между стенкой

пищевода и опухолью. Для определения тактики лечения стоит учесть жалобы и данные диагностических методов исследования, таким образом если пациент не предъявляет жалоб, а размер новообразования не достигает 20 мм в наибольшем измерении, таких пациентов стоит оставить под динамическим наблюдением, и поднимать вопрос о проведении радикального лечения при росте новообразования в динамике, либо появлении жалоб. При размере новообразования более 2х см, предъявления таких жалоб как дисфагия, одинофагия, боли за грудной?, изжога, не купируемая препаратами, пациенту стоит предложить хирургическое лечение в объеме миниинвазивной? энуклеации опухоли с последующей? гистологической? и ИГХ верификацией?. **ВЫВОДЫ.** 1. По результатам дооперационной? диагностики, в сравнении с данными послеоперационного гистологического исследования, было показано, что доброкачественные подслизистые новообразования пищевода выявлены у 94,9% при ФГДС; у 92,8% при эндосонографии, у 94,9% при рентгеноскопии пищевода; 95,4% при компьютерной? томографии органов грудной? клетки. 2. Внедрение гибридной? 3D модели органов грудной? клетки, позволило свести к нулю конверсию, связанную с труднодоступной? локализацией? подслизистой? опухоли пищевода. 3. Проведенный? анализ морфологической? характеристики подслизистых новообразований? пищевода показал, что наиболее часто встречающимся подслизистым новообразованием пищевода в нашем исследовании является лейомиома (94,9%). 4. Малоинвазивное лечение доброкачественных подслизистых новообразований? пищевода привело к сокращению послеоперационного пребывания пациента в реанимации на 72%; уменьшению легочных осложнений?; количества экссудата на 71,1% и времени дренирования плевральной? полости на 41,4%; уменьшению боли в ране и количества используемых наркотических анальгетиков на 58,8% по сравнению с открытой? процедурой?. 5. Предложенный? алгоритм периоперационного ведения пациентов с подслизистыми новообразованиями пищевода позволил адекватно определить показания и противопоказания к их хирургическому лечению.

510.Профилактика послеоперационных осложнений при острой кишечной непроходимости

Пушкарев Б.С., Кузнецова М.П., Гаврилов В.А., Самарцев В.А., Кузнецова М.В.

Пермь

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Своевременная диагностика и выбор оптимального варианта хирургического лечения больных с ОКН остаются одной из актуальных проблем в современной ургентной хирургии органов брюшной полости. Частота послеоперационных осложнений при ОКН достигает 36,5%. В связи с этим существует необходимость разработки новых достоверных методов диагностики, оперативного лечения и послеоперационной профилактики осложнений. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ОКН за счет оптимизации хирургической тактики, объема оперативного вмешательства и профилактики послеоперационных осложнений. Материалы и методы. Выполнен ретроспективно-проспективный анализ результатов лечения 356 пациентов с ОКН, находившихся на лечении в ГАУЗ ПК ГKB №4 в 2019 - 2021 гг. С целью определения характера ОКН и ее причины в качестве скринингового метода нами использовалось МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Обтурационный характер кишечной непроходимости был выявлен у 171 (48,1%), странгуляционный - у 185 (51,9%) пациентов. Явления острой спаечной кишечной непроходимости купировались на фоне консервативной терапии у 71 (19,9%) больного. По экстренным показаниям были оперированы 285 (80,1%) пациентов, которые были разделены на 2 группы: группу наблюдения (n=117) и группу сравнения (n=168). В группе наблюдения дополнительно производилось динамическое периоперационное измерение внутрибрюшного давления методом Иберти-Крона и микробиологический мониторинг экссудата. Анализируемые группы не имели достоверных различий по полу, возрасту, характеру основных и сопутствующих заболеваний. Результаты. Среди проведенных оперативных вмешательств в группе наблюдения преобладали: обструктивные

резекции ободочной и прямой кишки - у 62(52,9%), выведение разгрузочных колостом - у 27(23,1%), висцеролиз у - 24(20,45%) пациентов, ЛГКЭ – 7(5,9%), ПГКЭ – 5(4,3%); в группе сравнения: обструктивные резекции ободочной и прямой кишки - у 69(41,1%), выведение разгрузочных колостом - у 37(22,0%), висцеролиз у - 31(18,5%) пациентов, ЛГКЭ – 14(8,3%), ПГКЭ – 9(5,4%). При мониторинге ВБД регистрация значений производилась с применением разработанного программного обеспечения «IAPPEE» Intraabdominal pressure program of expert examination (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2021610552 от 21.01.2021). На основании полученных данных программой строился график изменения внутрибрюшного давления пациента, оценка которого врачом-хирургом была одним из критериев выполнения релапаротомии с целью декомпрессии брюшной полости. Получены следующие результаты динамического измерения ВБД у пациентов группы наблюдения: в предоперационном периоде 1 и 2 степени интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) по классификации WSACS регистрируется у 75(64,1%) пациентов, 3 степень - у 22(18,8%) пациента, 4 степень - у 11(9,4%) пациента, у 9(7,7%) пациентов ИАГ не выявлена. В послеоперационном периоде в условиях ОРИТ в первые сутки также производилось измерение ВБД: 1 и 2 степени ИАГ - у 89(76,1%) пациентов, 3 степень - у 11(9,4%), 4 степень - у 8(6,8%). Выявлены следующие послеоперационные осложнения в группе наблюдения: СПОН - у 21(5,9%), несостоятельность анастомозов - у 17(4,8%), абдоминальный сепсис - у 8(2,2%), несостоятельность колостомы - у 7(1,9%), полные эвентрации - у 4(1,1%) пациентов. Повторных операций в группе наблюдения было 9(7,7%), в группе сравнения 29(17,5%), ($p=0,39$). Послеоперационная летальность в группе наблюдения была у - 18(15,3%), в группе сравнения - 41(24,4%) пациента. Вывод. Таким образом, диагностика ОКН с использованием МСКТ, активная хирургическая тактика, периоперационный микробиологический мониторинг и динамический контроль ВБД, позволяет уменьшить количество повторных оперативных вмешательств, послеоперационных осложнений и летальных исходов.

511. Применение малоинвазивных методик в лечении солитарных непаразитарных кист печени

Хацко В.В. (1), Кузьменко А.Е. (1), Межаков С.В. (1), Пархоменко А.В. (2), Греджев Ф.А. (1)

Донецк, ДНР

1) ГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», 2) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

Актуальность. В последнее время значительно возросла частота выявления очаговых образований печени, в связи с широким внедрением высокоинформативных методов диагностики. В частности, выявляемость непаразитарных кист печени увеличилась с 0,14 до 7,8%. Вопрос об объеме и способе оперативного вмешательства, обработки внутренней выстилки при данной патологии остается по-прежнему открытым. Использование малоинвазивных методик набирает свои обороты, однако открытые вмешательства также не теряют своего значения при наличии определенных показаний. Цель работы – сравнительная оценка усовершенствованных малоинвазивных методик и лапаротомных вмешательств у больных с солитарными непаразитарными кистами печени (НКП). Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 148 пациентов с НКП, находившихся в общехирургическом отделении №1 ДОКТМО за последние 13 лет. Женщин было 102 (74%), мужчин – 36 (26%) в возрастном диапазоне 19-78 лет. Кисты располагались в правой доле печени у 99 (71,7%), в левой – у 39 (28,3%). Размер кист варьировал от 4 до 21 см. Учитывая используемые хирургические вмешательства, все пациенты были распределены на 3 группы: 1 – пункционные (63), 2 – лапароскопические (70) и 3 – лапаротомные (15). Каждая группа разделена на 2 подгруппы: 1 – пациенты, лечившиеся по модифицированным, усовершенствованным в клинике способам, 2 – по стандартным общепринятым методикам. С целью предоперационной диагностики применены следующие методы: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография, лапароскопия, цито- и бактериологическое исследование отделяемого из полости кисты. Результаты. Чрескожная пункция кисты под ультразвуковым контролем с аспирацией содержимого, обработкой полости этанолом и последующим введением этоксисклерола применена у 63 пациентов. Осложнения отмечены у

5 пациентов. 70 больным проведены лапароскопические вмешательства, 48 из которых – с использованием предложенных модификаций. У двоих пациентов в послеоперационном периоде отмечено незначительное желчеистечение по дренажу. 15 пациентам выполнены лапаротомные операции, среди которых: 6 – удаление кист, 5 – перицистэктомия, 3 – фенестрация кисты с наружным дренированием, 1 – резекция стенки кисты, оментопексия. После указанных вмешательств различные послеоперационные осложнения отмечены в 6 случаях. В клинике разработаны новые способы лечения: «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент №82354 от 27.07.2013 г.) – у 42 больных, «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент №81922 от 10.07.2013 г.) – у 28, «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент №86324 от 25.12.2013 г.). В течение последних пяти лет количество послеоперационных осложнений снизилось на 7,6%. Умер 1 пациент от тромбоэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде. Заключение. Использование модифицированных в клинике методик лечения НКП позволяет снизить количество послеоперационных осложнений на 7,6%. Оперативные вмешательства при НКП целесообразно проводить в специализированных гепатологических хирургических центрах, с применением разработанных способов лечения, при наличии возможности постоянного динамического ультразвукового и КТ-контроля.

512. Результаты хирургического лечения больных с острой мезентериальной ишемией

*Карасов И.А. (1,2), Леонова К.В. (1),
Горюнов С.Н. (1), Опарин А.Ю. (1),
Круглов Е.В. (1), Степанов Р.А. (1)*

Пермь

1) ГАУЗ ПК ГКБ №4, 2) ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера

Актуальность. Среди больных хирургического профиля частота встречаемости острого нарушения мезентериального кровообращения составляет 0,4-2%. Наиболее частой его причиной является острая

окклюзия в бассейне верхней брыжеечной артерии (ВБА). Это состояние диагностируется поздно из-за особенностей клинической картины, отсутствия патогномичных симптомов в первые часы заболевания и малой информативности стандартных диагностических методов исследования, что обуславливает высокую летальность при данной патологии. Цель исследования. Улучшение результатов лечения у больных с острой мезентериальной ишемией за счет активной хирургической тактики и профилактики осложнений. Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов хирургического лечения у 99 пациентов с острой мезентериальной ишемией, находившихся на лечении в ГАУЗ ПК ГКБ №4 в период 2015 по 2021 г. Средний возраст пациентов составил 76 лет, медиана – 79 лет (от 42 до 95 лет), мода – 87 лет. Мужчин было - 45 (45,5%), женщин - 54 (54,5%). Диагноз «острая окклюзия мезентериальных артерий», верифицировался на основании многоуровневого обследования, включавшего опрос, физикальный осмотр, рентгенография и УЗИ органов брюшной полости с визуализацией висцеральных сосудов, диагностическую лапароскопию. У 23 (23,2%) пациентов так же была выполнена мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением. Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Диагностическая лапароскопия была выполнена в 67 (67,5%) случаев, с переходом на лапаротомию у 44 (44,5%) больных. У 25 (25,4%) пациентов, в связи с клиникой распространенного перитонита, первым этапом выполнялась лапаротомия. В связи с крайней тяжестью состояния 3 (3,1%) больных умерли во время предоперационной подготовки. У 54 (54,5%) пациентов выполнены резекции тонкой и толстой кишки, при этом 32 (32,4%) из них перенесли обширные обструктивные резекции. Программированные релапаротомии выполнялись через 12-24 часа. Выполнены ререзекции тонкой и толстой кишки с наложением различных вариантов тонкокишечных и тонкоколостокишечных анастомозов у 12 (12,1%) пациентов. Первичные анастомозы при лапаротомии и обширных резекциях не накладывались в связи с высоким риском ретромбоза и несостоятельности анастомоза. Открытая тромбоэмболектомия из ВБА выполнена у 24 (24,4%) больных – в 17 (17,2%) случаях последовала резекция тонкого и толстого кишечника, в 7 (7,1%) случаях тромбэктомия была изолированной. В 2 случаях выполнено полностью эндоваскулярное лечение – тромбоаспирация из ВБА с имплантацией стента с положительным эффектом. Отмечен высокий процент летальных

исходов - 86 (86,9%) случая, выздоровление наступило в 13(13,1%) случаях. Высокая летальность в исследуемой группе обусловлена, прежде всего, старческим возрастом, поздним обращением, коморбидным фоном, перитонитом и высокой степенью травматичности оперативного вмешательства. Несмотря на активную хирургическую тактику, несвоевременное обращение пациентов и затрудненный диагностический поиск серьезно уменьшают шансы на благоприятный исход. Выводы. Таким образом, острая мезентериальная ишемия – не теряющая актуальности проблема в экстренной хирургии. Внедрение в практику четких диагностических алгоритмов, активная хирургическая тактика с применением рентгенэндоваскулярных и открытых реваскуляризирующих операций, позволит улучшить результаты лечения этой патологии.

513. Комплексное лечение больных с распространенными формами перитонита

*Толстокоров А.С. (1), Костенко С.А. (2),
Монахов Г.А. (1), Александров Д.А. (1).*

Саратов

- 1) СГМУ им. В.И. Разумовского,
- 2) Саратовская ГКБ №8

Больные с распространенными формами перитонита представляют собой наиболее сложную группу больных в абдоминальной хирургии. Несмотря на появление новых технологий и принципиальных подходов к комплексному лечению больных с тяжелыми формами перитонита, далеко не всегда удается спасти жизнь пациенту. В мировой хирургической практике постоянно разрабатываются и внедряются новые высокотехнологичные методы комплексного лечения этих больных. Предложено множество способов санации и дренирования брюшной полости, но не всегда их использование приносит желаемые результаты. В последнее время для лечения больных с распространенными формами перитонита и абдоминальным сепсисом мы используем вакуумную терапию (vacuum-assisted closure VAK). Эта методика, несмотря на невысокую доступность расходных материалов, показывает

весьма впечатляющие результаты в лечении тяжелых гнойно-септических осложнений. За 5 лет в клинике были прооперированы 32 больных с распространенными формами перитонита и абдоминальным сепсисом. У 18 (56,3%) больных перитонит развился после операций на толстой кишке, у 14 (43,8%), после других операций на органах брюшной полости. Мужчин было 20 (62,5%), женщин 12 (37,5%). Средний возраст больных составил 62,1 года. Для лечения 15 больных (46,9%) нами были использованы стандартные методы санации и дренирования брюшной полости с выполнением плановых релапаротомий (от 1-ой до 3-х). В этой группе умерли 6 больных, летальность составила 37,5%. VAK-терапия была осуществлена у 17 (53,1%) больных. Смена VAK-систем проводилась с периодичностью в 3 - 5 дней с повторной ревизией и санацией брюшной полости. В этой группе умерли 4 больных. Летальность (23,5%) Несмотря на то, что при проведении вакуум-терапии больным производилось большее количество релапаротомий, средний койко-день составил у них 18,1. После стандартных методов санации и дренирования брюшной полости средний койко-день составил 22,8. Таким образом, использование VAK-систем в комплексном лечении больных с распространенными формами перитонита и абдоминальным сепсисом позволило заметно снизить летальность и время пребывания больного в стационаре.

514. Реализация стратегий хирургического лечения тяжёлых форм распространённого перитонита

*Ханевич М.Д. (1, 2), Соловьев И.А. (2),
Хазов А.В. (2), Федотов Л.Е. (1,2),
Павелец К.В. (1,2), Никольская Т.А. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» МЗ РФ, 2) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Неадекватный выбор завершения хирургического вмешательства при тяжёлых формах распространённого перитонита, несмотря на устранение источника и адекватную санацию

брюшной полости, может привести к ухудшению состояния пациента в послеоперационном периоде и быстрому развитию полиорганной недостаточности, что на 20% повышает вероятность летального исхода. В первую очередь это касается отказа от дренирования паретически изменённой тонкой кишки и закрытия лапаротомной раны путём ушивания апоневроза. Всё это может привести к внутрибрюшной гипертензии и развитию компартмент-синдрома, а вместе с ним к дыхательной, сердечно-сосудистой и почечной недостаточности.

Прогрессирование воспалительного процесса в замкнутой брюшной полости способствует возникновению тяжёлого абдоминального сепсиса, развитию третичного перитонита и септического шоку. Цель исследования. Определить наиболее эффективный способ завершения хирургического вмешательства после устранения источника перитонита и санации брюшной полости. Материал и методы. Нами проведён анализ лечения 84 больных с распространённым вторичным гнойным перитонитом. Все пациенты были доставлены в стационар бригадами скорой медицинской помощи. Кратковременная предоперационная подготовка составила не более 2 часов от момента поступления в стационар. После этого больные были подвергнуты хирургическому вмешательству. У всех пациентов во время хирургического вмешательства был устранён источник перитонита, произведена санация брюшной полости водными хлорсодержащими растворами. Результаты и обсуждение. При оценке индекса брюшной полости по В.С. Савельеву у 56 (66,7%) больных он составил более 13 баллов, что послужило основанием для отказа от ушивания апоневроза с планированием повторных санаций. У 14 больных, которым выполнялась резекция тонкой кишки в условиях перитонита и энтеральной недостаточности, ввиду высокого риска несостоятельности швов, первичный анастомоз не накладывался. Концы кишок заглашались двухрядным швом без выведения на переднюю брюшную стенку. У 8 пациентов при невозможности выполнить адекватную санацию брюшной полости лапаротомная рана закрывалась с использованием абдоминальной VAC-повязки. После повторных вмешательств VAC-терапия была применена у 25 больных. У 38 (45,2%) пациентов с целью декомпрессии тонкой кишки производилась её трансназальная интубация. При этом у 18 пациентов она носила одномоментный характер, кишечный зонд извлекался сразу после эвакуации содержимого из просвета кишки. У 20 больных с явлениями энтеральной недостаточности зонд с

декомпрессионно-детоксикационной целью оставался в кишке в течении 4-6 суток послеоперационного периода. У 5 больных с тяжёлой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем заведение зонда в тонкую кишку с последующем его оставлением в просвете осуществлялось через гастростому по методу Ю.М. Дедерера. У 10 больных была выполнена одна повторная операция, у 15 — две, у 21 — три, у 6 больных — четыре и у 4 — пять и более повторных операций. В послеоперационном периоде умерло 20 (23,8%) больных. Выводы и рекомендации. Проведённые нами исследования показали, что стратегия лечения перитонита с использованием тактики программных релапаротомий является эффективной лечебной тактикой, особенно у больных с тяжёлой формой распространённого перитонита, наличием компартмент-синдрома и тяжёлой сопутствующей патологии со стороны жизненно важных органов и систем организма. Ограничением к использованию VAC-терапии является наличие швов на кишечной стенке. Длительное дренирование тонкой кишки с декомпрессионно-детоксикационной целью показано при энтеральной недостаточности, когда содержимое просвета тонкой кишки является одним из источников эндогенной интоксикации и токсиемии. При отсутствии энтеральной недостаточности, но наличии паретического состояния тонкой кишки рекомендована её одномоментная интубация.

515. Новые технологии в хирургическом лечении вентральных грыж срединных локализации

*Ткачев М.Н., Татьяначенко В.В., Богданов В.Л.,
Сухая Ю.В.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность работы обусловлена необходимостью систематизировать данные по диагностическим критериям состояния передней брюшной стенки до и после операционного вмешательства при вентральной грыже срединной локализации, а также недостаточным освещением вопросов,

касающихся качества жизни грыженосителя до и после операции. Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения вентральных грыж срединной локализации путем усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма с учетом морфо-функциональных особенностей структур передней брюшной стенки. Материалы и методы исследования. Клинический раздел работы включил в себя 72 больных с вентральными грыжами срединной локализации. В каждой группе исследования распределение больных проводили по трем категориям. Это локализация (S), ширина грыжевых ворот (W) и количество предшествующих рецидивов (R). Нами был проведен сравнительный анализ лечения двух клинических групп с вентральными грыжами срединной локализации. В I группу (контрольная, сравнения) вошли 35 больных, у которых было проведено хирургическое лечение вентральная герниопластика за счет местных тканей, в частности по методике Н.И. Напалкова. Во II группу (основная, исследования) вошли 37 больных, у которых алгоритм хирургического лечения был построен, исходя из результатов оценочной шкалы (патент на изобретение №2676425). Была выполнена герниопластика с использованием импланта, в частности по методике Егиева В.Н. Результаты исследования. Применение разработанного лечебного подхода позволяет исключить развитие миофасциальной дисфункции, образование триггерных зон области передней брюшной стенки и рецидивов заболевания у 89,2% больных основной группы (в контроле у 45,7%) ($p < 0,01$).

516. Применение транспапиллярных методов в лечении осложненного холедохолитиаза

*Коссе Д.М. (1), Шаталов С.А. (1), Гурьев Г.Г. (1),
Страшко Е.Н. (2), Каплун А.И. (1)*

Донецк, ДНР

1) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), 2) ГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) занимает лидирующее место в структуре

заболеваний гепатобилиарной зоны и частота её встречаемости в мире достигает 15-20%. Частота осложненных форм ЖКБ колеблется от 52% до 65%. Основным и наиболее тяжелым осложнением является холедохолитиаз (ХДЛ) с развитием обтурационной желтухи (60-80%), холангита (30%). Лечение ЖКБ и её протоковых осложнений является одной из наиболее актуальных проблем для современной билиарной хирургии. В настоящее время в лечении ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, стенозирующим папиллитом, желтухой, холангитом и их сочетаниями, двухэтапная тактика лечения является "золотым стандартом". Первым этапом выполняются эндоскопические транспапиллярные диагностические и лечебные вмешательства (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография – ЭРХПГ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – ЭПСТ), а вторым этапом (через 2-3 дня) проводят лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Цель работы. Оценить результаты транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ) в лечении больных с осложненным ХДЛ. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 786 пациентов с ХДЛ, которым выполнены ТЭВ. Мужчин было 205 (26,1%), женщин - 581 (73,9%) в возрасте от 26 до 75 лет. С целью диагностики применялись ультразвуковое исследование, компьютерная или магнитно-резонансная томография, ЭРХПГ или чрескожная чреспеченочная холангиография. Для проведения ТЭВ использовали аппараты FUJINON EPX-201 H, PENTAX-1000, С-дугу. Результаты. Первичный холедохолитиаз явился причиной механической желтухи в 488 (62,1%) случаев, резидуальный - в 194 (24,7%), рецидивный - в 104 (13,2%). Всем больным первым этапом выполнена ЭПСТ. При наличии факторов риска развития панкреатита до и после ЭПСТ вводили сандостатин, антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы протонной помпы. Не удалось выполнить ЭПСТ в 8 случаях, в связи с наличием парапапиллярного дивертикула; в 6 – из-за крупного холедохолитиаза. После удачного эндоскопического вмешательства всем больным с первичным ХДЛ была выполнена ЛХЭ, за исключением 3 пациентов, отказавшихся от дальнейшего лечения, и 2 пациентов – с высоким операционным риском. В клинике успешно применен у 47 пациентов разработанный «Назобилиарный катетер-дренаж» (патент UA №123095 от 18.08.2017 г.). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 48 (6,1%) пациентов: острый панкреатит - 40 (у 6 из которых - деструктивный); кровотечение из папиллотомной

раны (в 1 случае остановлено эндоскопически, в 1 - консервативно, в 1 случае - путем лапаротомии, дуоденотомии, прошивания и перевязки кровотока сосуда). В 5 случаях развился холангит. Умерло 3 (0,4%) больных: 1 пациентка на 7 сутки после операции от тромбоэмболии легочной артерии, 2 пациентов - от прогрессирующего деструктивного панкреатита. Выводы. Транспапиллярные эндоскопические вмешательства являются эффективными при лечении пациентов с осложнённым ХДЛ, что считается альтернативой повторным лапаротомным операциям. У пациентов пожилого и старческого возраста, с осложнёнными формами ЖКБ и тяжёлой сопутствующей патологией, целесообразно применять двухэтапные вмешательства (ЭПСТ+ЛХЭ) с разработанным нами «Назобилиарным катетером-дренажом».

517. Нозологическая структура острой тазовой боли у беременных по данным ультразвукового исследования

Черняева Ю.В.

Донецк

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького

Острая тазовая боль (ОТБ) у беременных является нередкой и требует быстрого установления ее причин для определения мероприятий по купированию и тактики ведения беременности. Диагностика неотложных состояний у беременных сложна: клиническая картина часто бывает стертой и неспецифичной, ОТБ может имитировать преждевременную родовую деятельность. Спектр применяемых диагностических методов ограничен их негативным влиянием на плод. Приоритетным в таких случаях является УЗИ как неинвазивный, не сопряженный с лучевой нагрузкой, безвредный для женщины и плода метод. Однако диагностика может быть затруднена в связи с обусловленным беременностью изменением взаиморасположения органов малого таза и смещением топографо-анатомических ориентиров. Цель. Изучить нозологический спектр ОБТ у беременных и возможности УЗИ в диагностике ее причин. Материал и методы. Изучены результаты

обследования беременных, доставленных в специализированный стационар с признаками ОТБ. Из анализа были исключены пациентки, у которых ОТБ имела акушерский генез и была вызвана преждевременной родовой деятельностью или угрозой прерывания беременности. Всего в исследование вошло 29 женщин 18-42 лет в сроках гестации 7-35 недель. Всем пациенткам проведено трансабдоминальное (органы брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства) и трансвагинальное УЗИ. Результаты. Клинические проявления заболевания были неспецифичными и не позволяли сделать достоверное заключение о причинах ОТБ. По данным УЗИ установлено, что в 14 (48,3%) случаях причиной развития ОТБ была гинекологическая патология: быстро растущая цистаденома – 3 (10,3%), разрыв кист желтого тела – 2 (6,9%), разрыв фолликулярной кисты – 2 (6,9%), некроз субсерозного узла – 2 (6,9%), перекрут яичника – 2 (6,9%) случая, по одному наблюдению – перфорация эндометриоидной кисты, кровоизлияние в полость паратубарной кисты, синдром гиперстимуляции яичников. Все беременные с гинекологической патологией были оперированы, ультразвуковой диагноз верифицирован интраоперационно и по данным морфологического исследования. Беременность в одном случае у больной с синдромом гиперстимуляции яичников была прервана в связи с выявлением пороков развития плода; еще в одном – закончилась самопроизвольным абортom после лапароскопической операции. В остальных 12 (41,4%) случаях беременность сохранена. У 15 (51,7%) пациенток причины ОТБ имели экстрагенитальный генез. Наиболее частыми были случаи патологии почек и мочевых путей – у 7 (24,1%), острого аппендицита – у 5 (17,2%) больных; в 2 (6,9%) наблюдениях болевой синдром был обусловлен приступом холецистита, в одном – острым деструктивным панкреатитом. Обсуждение. В большинстве случаев УЗИ позволило выявить причину ОТБ, оценить нозологическую принадлежность и локализацию патологического процесса. Выявление характерных ультразвуковых признаков позволило провести дифференциальную диагностику состояний, сопровождающихся ОТБ. В 3 случаях причиной ОТБ были заболевания органов брюшной полости с нетипичными клиническими проявлениями – острый холецистит, хорошо диагностируемый при УЗИ, и острый деструктивный панкреатит, при котором УЗИ было неинформативным в связи с неудовлетворительной визуализацией поджелудочной железы, однако позволило исключить акушерскую патологию, болезни желчного пузыря, почек и мочевых путей.

Таким образом, во всех случаях УЗИ было полезным для определения дальнейшей тактики ведения беременных. Заключение. УЗИ является методом выбора в диагностике причин ОТБ у беременных в связи с высокой информативностью, неинвазивностью, отсутствием лучевой нагрузки. Причиной ОТБ у беременных могут быть как гинекологические заболевания (быстрорастущие новообразования, перфорация кист различной этиологии, перекрут яичника и пр.), так и экстрагенитальная патология, преимущественно заболевания почек и мочевых путей.

518. Робот-ассистированные вмешательства у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

*Андрейцев И.Л. (1), Папоян Г.М. (1),
Самойлова В.О. (2), Горбанев С.В. (2)*

Москва

1) ГБУЗ ГКБ №31 ДЗМ, 2) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день лапароскопическая и робот-ассистированная фундопликация в различных ее модификациях являются приоритетными методиками при лечении больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Однако, вопрос о достоинствах и недостатках этих двух методик остается открытым. **Цель исследования.** Сравнение лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. **Материалы и методы.** По поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с 2016 по 2022 годы было прооперировано 130 пациентов. Пациенты разделены на 2 группы: в первой группе выполнялись робот-ассистированные вмешательства 102 (78,46%), во второй – лапароскопические 28 (21,54%). Для классификации ГПОД использовалась международная классификация SAGES. Всем пациентам с ГЭРБ и ГПОД кроме стандартных

обследований в предоперационном периоде проводились манометрия пищевода высокого разрешения и суточная Ph-импедансометрия. В 17 (13,07%) случаях оперативное вмешательство выполнено по методике Collis-Nissen ввиду наличия короткого пищевода. Остальным пациентам 113 (86,93%) выполнена фундопликация по методике floppy-Nissen. В 4 (3,07%) случаях манжета была сформирована в заднем средостении. 10 (7,69%) пациентов впервые оперированы в нашей клинике по поводу рецидивных грыж. Во всех случаях была выполнена задняя и передняя крурорафия. Грыж пищеводного отверстия диафрагмы I типа 22 (16,92%), II типа 10 (7,69%), III типа 76 (58,46%) и IV типа 17 (13,07%). У 21 (16,15%) больных были выполнены симультанные оперативные вмешательства: холецистэктомия 20 (15,38%) и грыжесечение 1 (0,08%). Полученные результаты. Интраоперационных осложнений и конверсии доступа не было. В раннем послеоперационном периоде при контрольных обследованиях в обеих группах осложнений также не было. Из 130 оперированных пациентов в послеоперационном периоде от 3 до 21 месяцев (медиана 12 месяцев) обследовано 36 (27,69%). В 1-ой группе обследовано 21 (58,34%), во 2-ой – 15 (41,66%) пациентов. Выявлено по 1-ому случаю рецидива в каждой исследуемой группе. В обоих случаях пациенты были повторно оперированы по методике Collis-Nissen с помощью роботического хирургического комплекса Da Vinci. Выводы. Применение роботического хирургического комплекса Da Vinci является инструментом выбора в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы 3 и 4 типа, а также короткого пищевода 2 степени. Прецизионная работа в заднем средостении при помощи роботических изгибаемых инструментов с технологией EndoWrist обеспечивает лучшую экспозицию, позволяет мобилизовать пищевод с минимальной травматизацией тканей, а также обеспечивает более бережное отношение к нервным сплетениям и своевременное выявление повреждений плевры при лечении больших и гигантских ГПОД.

519. Оперативные вмешательства у пациентов с крупным холедохолитиазом

Шаталов А.Д. (1), Хацко В.В. (1), Коссе Д.М. (2),
Крупка А.А. (2), Страшко Е.Н. (1)

Донецк, ДНР

1) ДонМУ им. М. Горького, 2) ДОКТМО

Актуальность. Проблема лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) не теряет своей актуальности в связи с прогрессивным ростом заболеваемости и частоты осложнений. Частота холедохолитиаза (ХДЛ) колеблется от 9 до 36% и увеличивается с возрастом пациентов. Крупный ХДЛ (диаметром 1,5 см и более) наблюдается в 9–41% случаев. В настоящее время хирурги выполняют различные операции по поводу ХДЛ, в том числе малоинвазивные. Однако до настоящего времени нет единого стандарта лечения таких больных. Цель работы. Оценить клинический эффект различных методов оперативного лечения крупного ХДЛ. Материал и методы. Проведен анализ оперативного лечения 230 больных с крупным ХДЛ, которые лечились в 1 хирургическом отделении ДОКТМО за последние 10 лет. Пациенты разделены на 4 группы, в зависимости от способа операции. 1-ю группу составили 172 (74,5%) больных, которым выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), механическую литотрипсию (МЛТ) с литоэкстракцией. Во 2-ю группу вошли 10 (4%) пациентов, которым выполнили одноэтапное лапароскопическое хирургическое лечение (после лапароскопических ХЭ – литотрипсия с санацией холедоха). 3-ю группу составили 12 (5,1%) больных, у которых конкременты из холедоха удаляли, проводя МЛТ и соответствующие манипуляции через транспеченочную холангиостому. 4-ю группу составили 37 (16,3%) пациентов, у которых выполнили традиционные лапаротомные вмешательства (холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха, холедоходуоденостомия). Методы исследования были стандартными. Полученные результаты. Количество ранних послеоперационных осложнений в 1-й группе пациентов составило 11,9%, во 2-й – 9,8%, в 3-й – 12,1%, в 4-й – 13,4%. Летальность отсутствовала во 2-й группе, в 1-й группе она составила 1,4%, в 3-й – 2,3%, в 4-й – 4,6%. В клинике разработаны 2 новых способа лечения (патенты UA № 144478 от 23.01.2020г. и № 143378 от 17.02.2020г.), что позволило уменьшить число осложнений в разных группах на 3,2–5,3% и летальность – на 0,4–2,1%.

Обсуждение. Наименьшее количество ранних осложнений (9,8%) было после одномоментных лапароскопических операций (без летальных исходов), наибольшее (13,4%) – после лапаротомных вмешательств (с летальностью – 4,6%). Выводы и рекомендации. Наименьшее число осложнений было после одномоментных лапароскопических операций, с применением 2 разработанных в клинике способов, что позволяет рекомендовать эти операции в хирургических отделениях. Однако и лапаротомные операции не утратили своего значения при крупном ХДЛ.

520. Лапароскопия в диагностике и лечении перитонита на почве острой кишечной непроходимости

Эгамов Ю.С.

Андижан, Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Хирургический метод лечения перитонита при острой кишечной непроходимости в настоящее время является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. В связи с этим во многих клиниках, хирургия стала отдавать предпочтение лапаротомии устранению причин, санации брюшной полости и дренированию с последующей ранней комплексной терапией. В связи с развитием и внедрением в хирургическую практику малоинвазивных и эндовидеохирургических методов открылись новые широкие возможности для диагностики и лечения перитонитов. Цель исследования. Изучение эффективности применения лапароскопической техники в диагностике и лечении перитонита при кишечной непроходимости. Материал и методы. В нашей клинике внедрились лапароскопический метод для выявления кишечной непроходимости, (перфорации кишечника, странгуляции, механических препятствий и др.) приводящей к перитониту. С 2015 г по 2021 г наблюдались 59 больных (мужчин 35, женщин 24). Возраст больных составил от 17 до 68 лет. У 3-х больных при первичном рентгенологическом исследовании выявлено наличие свободного газа в брюшной

полости. У 56 больных при первичном осмотре отмечались чаши Клойбера и воздушного кишечника, различной интенсивности. Всем больным производилась лапароскопическая диагностика. При этом выявлено: перфорация полых органов у 5 больных, у 7 больных ущемлённая грыжа, послеоперационная спаечная непроходимость у 9 больных, у 12 больных странгуляционная и у 15 больных обтурационная формы непроходимости и другие причины у 8 больных. Распространение патогенной жидкости приходилось в основном на подпечёночное пространство, правый боковой канал и малый таз. При этом у 29 пациентов имел место диффузный серозно-фибринозный перитонит, у 21 больного местный перитонит, и в 9 случаях разлитой перитонит. Из них лапароскопически произведено рассечение спаек 31 больному, санация и дренирование по поводу аппендикулярного инфильтрата 2 больным, в 26 случаях потребовался переход к открытой операции в связи с невозможностью адекватной санации лапароскопическим путём. В раннем послеоперационном периоде, кроме выполнения мероприятий, направленных на коррекцию гемостаза, декомпрессию кишечника и кишечного лаважа, проводили гелий-ионовую лазерную терапию. Микроирригатор, устанавливали во время операции в брыжейку тонкого кишечника, после устранения причины приводящей к кишечной непроходимости и интубацию кишечника. В послеоперационном периоде выявлен ряд положительных моментов. Так, согласно данным энтероирригации, появление активных перистальтических волн у больных с кишечной непроходимостью отмечалось на 2-3 сутки после операции, а перистальтические волны приближенные к норме на 4 сутки. При этом у анализируемых больных с I степенью эндотоксемии нормальные перистальтические волны появились на 3 сутки. У больных же со II-III степенями эндотоксемии появление их отмечено на 4 сутки послеоперационного периода. Что касается собственных показателей интоксикации, необходимо отметить, что мы отметили выраженный детоксикационный эффект даже у больных с высокими степенями эндогенной интоксикации. Таким образом, преимуществами лапароскопической диагностики и лечения (рассечение спаек, дренирование и санация брюшной полости) являются сокращение послеоперационного периода и профилактика спаечного процесса.

521.Эффективность пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) в лечении нервно-мышечных заболеваний пищевода

Габриэль С.А., Беспечный М.В., Дурлештер В.М., Дынько В.Ю., Тлехурай Р.М., Лакоба А.И.

Краснодар

1) ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» МЗ РФ, 2) ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Целью нашего исследования было внедрить и проанализировать эффективность выполненных операций ПОЭМ в условиях ГБУЗ «ККБ №2». Актуальность. Первая эндоскопическая пероральная миотомия (ПОЭМ) была выполнена в 2008 году профессором Х.Иноуе. Проанализировав результаты 200 выполненных операций, он доказал безопасность и высокую эффективность данного метода. ПОЭМ является современным, альтернативным малоинвазивным методом эндоскопического лечения ахалазии. ПОЭМ имеет короткие сроки реабилитации, что является наиболее важным аргументом в современном мире. Материалы и методы. С 2017 по 2022 годы в отделении эндоскопии ГБУЗ «ККБ№2» 70 пациентам с ахалазией кардии была выполнена операция пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). Из них: 38 мужчин, 32 женщины в возрасте от 18 до 80 лет (средний возраст $54,4 \pm 13,8$ года). По степени выраженности ахалазии больные распределились следующим образом: с I степенью – 2 (2,8%) больных, со II степенью – 27 (38,6%) больных, с III степенью – 28 (40%) больных, с IV степенью – 13 (18,6%) больных. В среднем анамнез заболевания составил 5-7 лет. Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 49 до 180 минут. Для оценки клинической выраженности заболевания нами использовалась шкала Экардт в диапазоне от 0 до 3 баллов, согласно которой наиболее тяжелая степень расстройств сопровождается дисфагией, регургитацией и распространенными болями после каждого приема пищи, а также снижением массы тела более чем на 10 кг оценивалась в 3 балла. Также для оценки качества жизни нами была использованная шкала SF-36, в которой отмечается физический и психологический компонент здоровья. Полученные результаты. Интраоперационных осложнений, повлиявших на изменение лечебной тактики, не выявлено. У 9 больных во время операции возникал карбоксимедиастинум или карбоксиперитонеум, однако мы не принимали данное состояние за осложнение, так как оно разрешалось без

дополнительных манипуляций. У 5 больных с рецидивной ахалазией после лапаротомной или лапароскопической миотомии отмечаются технические сложности при формировании подслизистого тоннеля за счет рубцовых изменений в подслизистом слое. Отмечаются некоторые сложности в проведении эндоскопа по сформированному тоннелю у пациентов с ахалазией IV стадии, из-за утолщенного слизистого слоя и изогнутого S-образного пищевода. Летальных исходов и осложнений, повлиявших на тактику ведения больных в послеоперационном периоде, не отмечалось. Средняя продолжительность госпитализации составила 6,8 койко/дня. В послеоперационном периоде больные находились на парентеральном питании и получали антибактериальную терапию. Одно осложнение в связи с самостоятельно вызванной рвотой повлекшей разрыв пищевода, после успешно проведенной ПОЭМ. Обсуждение. Проведенный статистический анализ данных показал, что распределения всех показателей для пациентов в группе наблюдения не соответствовали нормальному распределению (критерии Колмагорова-Смирнова, Шапиро-Уилка). Различия распределений значений для всех показателей «до П.О.Э.М.» и «после П.О.Э.М.» статистически значимы: для баллов выраженности симптомов (критерий Вилкоксона $p < 0,001$), для физического компонента здоровья (критерий Вилкоксона $p < 0,001$), для психического компонента здоровья (критерий Вилкоксона $p < 0,001$). Анализируя шкалу качества жизни SF-36 и шкалу Эккардта были получены следующие результаты ПОЭМ: наилучший результат был у 36 (51,4%) пациентов, удовлетворительный у 29 (41,4%) пациентов, неудовлетворительный у 3 (4,3%) пациентов, плохой у 2 (2,9%) пациентов. Выводы. ПОЭМ - новый, относительно безопасный, малоинвазивный метод лечения пациентов с ахалазией. Данный вид операции сокращает сроки госпитализации больных (даже по сравнению с лапароскопическим вмешательством) на 2-3 дня и обеспечивает более короткое время послеоперационной реабилитации. Также обладает хорошим клиническим эффектом (значительное уменьшение или отсутствие дисфагии у 90%) и большим плюсом с косметической точки зрения за счет отсутствия послеоперационных рубцов на коже.

522. Способ снижения частоты осложнений после пахового грыжесечения по Лихтенштейну

Абдулжалилов М.К. (1,2), Ахмаев М.М. (2),
Хамидов М.А. (1), Иманалиев М.Р. (1,2),
Исаев Х.М-Р. (1), Абдулжалилов А.М. (2)

Махачкала

1) ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский институт", 2) ГБУ РД "РКБСМП"

Актуальность. Несмотря на накопленный большой практический опыт применения операции Лихтенштейна при паховом грыжесечении, частота послеоперационных осложнений, связанных с применением имплантов разной толщины, их формы, способов фиксации к тканям, не имеет тенденцию к снижению, что требует от исследователей, занимающихся данной проблемой, разработки новых более эффективных хирургических мероприятий по их снижению с целью улучшения результатов распространенной во всем мире, простой и в тоже время очень эффективной операции. Об актуальности данной проблемы свидетельствует целое множество работ, посвященных данной проблеме. На первом этапе хирурги занимались разработкой разных вариантов операции Лихтенштейна, а теперь начался этап разработки способов профилактики последствий применения имплантов при паховом грыжесечении. К сожалению, и TAPP и его прототипы также не спасают пациентов от аналогичных послеоперационных осложнений, частота которых значительно увеличится в результате массового освоения этой технологии хирургами в будущем. Материал и методы. В нашей работе представлен наш опыт лечения пациентов с паховой грыжей разными способами: группа сравнения 55 пациентов, оперированных по стандартной технологии Лихтенштейна – аллопластика задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой фирмы «Линтекс», основная группа 35 пациентов, оперированных по нашей технологии, отличающейся тем, что полипропиленовую сетку фиксированную по Лихтенштейну, укрываем антибактериальной гемостатической тканью Суржисел-Ну-Книт с целью изоляции семенного канатика от контакта с полипропиленовой сеткой. В послеоперационном периоде у пациентов обеих групп оценивали интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале, учитывали частоту применения наркотических анальгетиков, оценку частоты развития раневых осложнений в виде серомы,

гематомы, нагноения по классификации хирургических осложнений по Clavien-Dindo. Необходимо отметить, что все осложнения были I, III и III а степени. Полученные результаты. Оценку боли в раннем послеоперационном периоде проводили в первые сутки после операции в покое и при движении: в группе сравнения показатели составили в 4,2±0,7 и 4,4±0,2, в основной – 2,5±0,5 и 3,2±0,3, соответственно ($P<0,05$). Наркотические анальгетики получали пациенты обеих групп, но пациенты основной группы в 2 раза меньшей кратности. В группе сравнения в послеоперационном периоде диагностированы следующие осложнения: серомы - у 5 пациентов (9,1%), гематомы раны – 4 (7,3%), воспалительный инфильтрат -3 (5,5%), отек мошонки -2(3,6%) и нагноение раны – 1(1,8%), а у пациентов основной группы осложнений было сравнительно меньше: серома – в 1 (2,9%) случае, гематома краев раны – 1(2,9%), воспалительный инфильтрат - 1(2,9%) и отек мошонки – 1 (2,9%). Обсуждение. Применение антибактериальной ткани Суржисел-Ну-Книт для укрытия полипропиленовой сетки при паховой герниопластике по Лихтенштейну с целью изоляции семенного канатика от импланта, способствует abortивному течению воспалительной реакции в послеоперационной ране, активной резорбции раневого экссудата, локальному гемостазу и антибактериальной профилактике инфекционных осложнений, что и приводит, на наш взгляд, к снижению интенсивности и продолжительности болевого синдрома у пациентов в раннем послеоперационном периоде. Выводы и рекомендации. 1.Патологическое влияние полипропиленового импланта на семенной канатик и его содержимое при паховом грыжесечении по Лихтенштейну достоверно доказано. 2.Известные методы их профилактики путем перемещения семенного канатика или его укрытия местными тканями травматичны и малоэффективны. 3.Использование антибактериальной гемостатической ткани Суржисел-Ну-Книт при герниопластике по Лихтенштейну с целью изоляции семенного канатика от контакта с имплантом имеет существенные преимущества.

523.Лимфоиммуностимуляция при хирургическом лечении неспецифического язвенного колита

Эгамов Ю.С.

Андижан, Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Неспецифический язвенный колит вызывает выраженное ослабление защитных функций организма. Глубина иммунологических сдвигов находится в прямой зависимости от степени тяжести клинического течения язвенной болезни. Неспецифический язвенный колит с наследственным фактором сопровождается угнетением фагоцитоза, уменьшением содержания пропердина, комплемента, снижением активности и количества Т-лимфоцитов при незначительном увеличении количества В-лимфоцитов и росте количества 0-клеток. В основу настоящей работы положены результаты клинко-иммунологического исследования 185 больных дуоденальной язвой с наследственным фактором. Большинство больных (71,2%) были в возрасте от 21 до 50 лет. Было мужчин 78 больных и женщин 107 больных. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (66), у которых в послеоперационном периоде региональная лимфоиммуностимуляция не проводилась и основную (120 больных), у которых проводилась региональная лимфоиммуностимуляция. Все больные перенесли различные виды гемиколэктомии. В послеоперационном периоде региональную лимфостимуляцию проводили через брыжейку тонкой кишки. Анализ иммунологических показателей до и после операции в основной группе больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором показал, что применение региональной лимфостимуляции обуславливает увеличение (при исходном понижении) абсолютного и относительного количества лимфоцитов ($p < 0,01 - 0,001$), при этом увеличивается до нормы количество Т-лимфоцитов ($p < 0,05 - 0,01$), а количество В-лимфоцитов понижается до нормы ($p? - 0,01$). Исследование содержания сывороточных иммуноглобулинов показало модулирующий эффект проведенного метода, исходно повышенный их уровень снижался, приближаясь к норме ($p < 0,05 - 0,01$). В контрольной группе сдвиги в показателях иммунного статуса больных язвенным колитом после операции характеризовались нарастающим

иммунодефицитом. Особо отмечалось отрицательное воздействие операции на иммунологические показатели, выражающиеся еще большей степенью снижения количества Т-лимфоцитов. Таким образом, полученные данные дают основание говорить о нарушении иммунного гомеостаза у больных неспецифическом язвенным колитом с наследственным фактором, особенно у больных с осложненными формами болезни. Эти иммунологические нарушения еще больше усугубляются в послеоперационном периоде, особенно у тех больных, у которых не проводится иммунокоррекция. Выводы: 1. Региональная иммуностимуляция проводимая в послеоперационном периоде через брыжейку кишки при удалении различной части толстой кишки более быстрое восстановление функции оперированного желудка. 2. Повышение общего иммунитета и местного иммунологического статуса, в более ранней ликвидации микроциркуляторных расстройств и отека оперированного желудка и кишечника, восстановление двигательной, секреторной и гормональной деятельности желудочно-кишечного тракта.

524. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы, осложненных перфорацией в брюшную полость

Назирова Ф.Г., Эгамов Б.Ю.

Ташкент, Узбекистан

Республиканский научно-практический
медицинский центр хирургии имени Академика
В.Вахидова

Задачи хирургического лечения при различных формах осложнений кист ПЖЖ не могут быть однотипными и решаться с помощью единого хирургического метода. Каждой форме осложнения должны соответствовать свои, строго определенные показания, объем и вид хирургического вмешательства. Одним из грозных осложнений кист ПЖЖ является их перфорация в свободную брюшную полость. За период нашего исследования с 2008 по 2020 гг пролечено 18 (17,1%) пациентов с данным осложнением. Панкреатические кисты, которые осложнились

перфорацией, были размером от 10 до 15 см в диаметре в 6 (33,3%) случаях, от 5 до 10 см – 7 больных (38,9%) и более 15 см у 5 больных (27,8%), округлой формы, с преимущественной локализацией в области тела и хвоста ПЖЖ. Сроки существования кисты у всех этих больных составляли не более 3 месяцев. Разрыв стенки панкреатической кисты с излиянием содержимого в брюшную полость клинически характеризовалось внезапным усилением и распространением болевого синдрома, и развитием клиники перитонита. Наиболее частым местом перфорации была зона Винслова отверстия - 12 (66,7%) больных, у 5 (27,8%) - желудочно-ободочная связка и у 1 (5,6%) больного перфорация произошла в брыжейку поперечно-ободочной кишки. Количество выпота в брюшной полости составляло от 400 мл до 1700 мл, что коррелировало с данными УЗИ до оперативного вмешательства. Больных с перфорацией кисты и развитием местного перитонита было 12 человек, с распространенным перитонитом 6 случаев. Интраоперационно при визуальном осмотре, у всех оперированных пациентов с перфорацией кисты, стенок и полости последней установлено, что стенка представляет собой рыхлую, легко рвущуюся грануляционную ткань. При морфологическом исследовании её внутренней поверхности сохранялись фрагменты некротических тканей с полинуклеарной инфильтрацией. Этим самым были подтверждены клинические сроки существования кисты, которые составляли не более 4 месяцев. У больных с перфорацией кисты ПЖЖ среди ранних послеоперационных осложнений в 27,8% (5 из 18) случаев отмечен реактивный плеврит. Повторно был оперирован 1 (5,6%) больной со спаечной кишечной непроходимостью. У 2 (11,1%) больных сформировались абсцессы брюшной полости (подпеченочный абсцесс и межкишечный абсцесс). Оба больных были оперированы, обоим была наложена лапаростома с последующими программированными санациями брюшной полости. Однако у данных больных явления перитонита продолжали прогрессировать, что привело к летальным исходам. Таким образом, летальность в группе больных с перфорацией кист ПЖЖ составила 11,1%. Полученные результаты показывают, что операцией выбора при перфорации кист поджелудочной железы в свободную брюшную полость должно быть наружное дренирование кисты с осуществлением динамического контроля за течением патологического процесса, как в сальниковой сумке, так и в брюшной полости.

525. Результаты хирургического лечения тяжелого острого панкреатита и осложненных кист поджелудочной железы

Назиров Ф.Г., Эгамов Б.Ю.

Ташкент, Узбекистан

Республиканский научно-практический медицинский центр хирургии имени Академика В.Вахидова.

Диагностика и хирургическое лечение острого панкреатита и осложненных кист поджелудочной железы (ППЖ) продолжает оставаться одной из сложных и актуальных проблем в абдоминальной хирургии. По данным Европейского панкреатологического клуба (European Pancreatic Club, EPC) и международной ассоциации панкреатологов (International Association of Pancreatology, IAP) неуклонный рост числа больных с кистами ПЖЖ в хирургических стационарах происходит параллельно росту заболеваемости острым и хроническим панкреатитом. На основе ретроспективного анализа результатов ведения пациентов с ТОП, пролечившихся в ОРИТ ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» за период с 2008 по 2020 гг. определялся эффект действия проводимых мероприятий, поскольку за анализируемый период вносились изменения в стандарты (как общепринятые, так и локальные) ведения пациентов с ТОП. Основной задачей являлось выявление причин и наиболее значимых тенденций заболеваемости и смертности при ТОП, которые определяли ситуацию в недавнем прошлом и позволяют экстраполировать полученные данные на последующий период. Основными этиологическими формами ТОП явились: билиарный в 46,8% (44 из 94), алкогольный (включая алиментарно-токсический) — 34,0% (32 из 94) наблюдений, реже встречался травматический панкреатит (включая случаи после эндоскопических вмешательств) — 19,2% (18 из 94) наблюдений. Тяжелый острый деструктивный панкреатит диагностирован у 63 пациентов (72,4%), осложненные формы тяжелого деструктивного ОП — у 24 (14,6%). 49 (52,2%) пациентов были оперированы через 15-30 суток после установки диагноза (несформированные кисты). 35 (37,2%) больных были оперированы сразу же после установки диагноза ТОП, панкреонекроз. Еще 10 (10,6%) пациентов были оперированы через 6 и более месяцев после установления диагноза ТОП (в период образования фиброзной капсулы постнекротической кисты ПЖЖ). Среди гнойно-

септических осложнений у экстренно оперированных пациентов с ТОП в 57,1% (18 из 35) случаев наблюдались инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ ($p=0.003$), а также в 37,1% (13 из 35) — флегмона забрюшинной клетчатки ($p=0.007$), гнойный перитонит в 34,3% случаев ($p=0.056$). Реже встречались: абсцессы сальниковой сумки — 28,6% случаев ($p=0.054$) и панкреатогенные абсцессы — 11,4% ($p=0.19$), соответственно. При этом более 50% пациентов с ТОП имели 2 и более послеоперационных гнойно-септических осложнений. У 6 (12,2%) пациентов в комплексе лечебных мероприятий были применены экстракорпоральные методы детоксикации. На фоне проводимой комплексной консервативной терапии снижалась выраженность синдрома интоксикации по данным клинической картины и лабораторных методов исследования. Повторные оперативные вмешательства (релапаротомия, санация брюшной полости, некро- и секвестрэктомия) проведены 12 пациентам в группе отсроченной хирургии ТОП и 17 (48,6%) после экстренных операций. Показатель общей летальности в исследуемой группе больных с ТОП составила 37,2% (35 из 94) — 71,4% в группе экстренно оперированных и 20,4% в группе отсроченных операций. Удовлетворительные результаты достигнуты у 59 (62,8%) пациентов. Тогда как среди 10 больных с ТОП и переходом в хронизацию и развитию псевдокист ПЖЖ, летальных исходов не было зарегистрировано. Проанализировав основные причины, приведшие к летальным исходам при хирургическом лечении ТОП, можно отметить, что у подавляющего числа больных диагностирована нарастающая дыхательная недостаточность (ОРДС), печеночно-почечная недостаточность, которые наряду с сепсисом и ДВС-синдромом приводили к острой сердечно-сосудистой недостаточности. Таким образом, комплексный лечебно-диагностический подход и активно-выжидательная тактика с поэтапным применением хирургических методов лечения ТОП позволяет добиться стабилизации состояния пациентов, снижения эндогенной интоксикации, прерывания осложнений панкреонекроза, уменьшения риска и объема отсроченной открытой операции с увеличением выживаемости 28,6% до 79,6% и соответствующим снижением смертности до с 71,4 до 20,4% ($p=22,8$; $p<0.001$).

526. Сочетание эндоваскулярных и паллиативных методов реваскуляризации, как гибридная технология в комплексном лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей*Попандопуло К.И., Базлов С.Б., Нарсия В.В.*

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель. Оценить эффективность предложенного гибридного метода реваскуляризации в виде сочетания паллиативной (ПР), путем механического туннелирования мягких тканей голени, с последующим введением в туннели активированной аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами с эндоваскулярными вмешательствами (ЭВ). Материалы и методы: 169 больных в возрасте $70,6 \pm 4,7$ лет с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей и хронической ишемией были разделены на 3 группы. В первую вошли 76 больных, у которых ПР сочеталась с ЭВ в виде баллонной ангиопластики (БАП) и стентирования сосудов берцового сегмента. Вторую группу составили 93 (%) пациента, которым выполнено ПР на фоне консервативной лекарственной коррекции ишемии в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Результаты лечения оценивали по клинической шкале R.Rutherford, динамике показателей лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), тредмил-теста и напряжения кислорода в тканях пораженной конечности (TcPO₂). Результаты и обсуждение: У всех пациентов обеих групп диагностирована IIБ-IIIБ степень ишемии по Фонтейну-Покровскому. В первой средней группе показатели ЛПИ составили $0,57 \pm 0,3$, TcPO₂ (н/3 голени) – $46,1 \pm 2,6$ мм.Нг, индекс «путей оттока» по R.Rutherford – $0,56 \pm 0,7$ ед., тредмил-тест – $158,5 \pm 16,9$ м, во второй ЛПИ – $0,42 \pm 0,3$, TcPO₂ – $33,3 \pm 2,1$ мм.Нг, индекс «путей оттока» по R.Rutherford – $0,78 \pm 0,3$ ед., тредмил-тест – $83,2 \pm 6,3$ м. ЭВ признано эффективным у 49 (64,5%) больных первой группы. Все они отметили значительное улучшение состояния по клинической шкале R.Rutherford в первые сутки после проведенной операции. Это сопровождалось увеличением ЛПИ до $0,73 \pm 0,5$ и TcPO₂ до $58,1 \pm 4,4$ мм.Нг., тредмил-теста до $211,7 \pm 7,6$ м. Клинический эффект от ПР был отмечен только на 12-14 день после проведения операции. В группе с эффективным ЭВ он проявлялся дальнейшим небольшим приростом показателей TcPO₂ до $65,9 \pm 5,2$ мм.Нг. через 3 месяца после выписки из стационара. У больных с

неэффективностью ЭВ, ПР также оказала положительный эффект. Из 27 этих пациентов незначительное или умеренное улучшение по шкале R.Rutherford к исходу 2 недели отметили 18 (66,7%) больных. В 9 (11,8%) наблюдениях в первой группе пациентов были выполнены вынужденные ампутации по поводу прогрессирования ишемии и трофических нарушений в нижних конечностях. Во второй группе больных эффект от ПР отмечен также только через 2 недели после проведенного оперативного вмешательства. Незначительное или умеренное улучшение диагностировано в 44 (47,3%) случаях из 93. Это проявлялось снижением выраженности болевого синдрома и сопровождалось постепенным ростом показателей TcPO₂ до $43,6 \pm 3,3$ мм.Нг., тредмил-теста до $101,4 \pm 6,2$ м. в течение 3 месяцев после операции. Статистически значимых изменений ЛПИ после операции в этой группе больных не выявлено. Прогрессирование ишемии привело к выполнению высоких ампутаций у 24 (25,8%) пациентов второй группы. Заключение: методы ПР способствуют улучшению микроциркуляции в пораженной конечности, что положительно сказывается на общих результатах комплексного лечения даже при неэффективности эндоваскулярных оперативных вмешательств. Применение паллиативных методов реваскуляризации у нереконструктабельных пациентов позволяет в некоторых случаях избежать ампутации и может рассматриваться, как «операция последней надежды» для этой тяжелой категории больных.

527. Опыт диагностики и лечения острого аппендицита у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19

*Стрижелецкий В.В. (1,2) Кащенко В.А. (2,3),
Рутенбург Г.М. (1,4), Султанова Ф.М. (1)*

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия 2)СПбГУ 3) ФГБУ СЗОНКЦ имени Л. Г. Соколова ФМБА России 4) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Актуальность. Масштабное распространение во всем мире новой коронавирусной инфекции COVID-19 поставило перед здравоохранением беспрецедентную задачу. Значительные изменения коснулись и всей хирургической службы. Диагностика острого аппендицита (ОА) у ряда больных на фоне коронавирусной инфекции является крайне затруднительной из-за часто встречающихся жалоб пациентов с COVID-19 на боли в животе, тошноту, рвоту, потерю аппетита и диарею. Материалы и методы. В работу включены пациенты с положительным результатом полимеразной цепной реакции на COVID-19 и/или картина вирусной пневмонии по результатам компьютерной томографии, установленный клинический диагноз ОА. С 16 марта 2020 г по 31 октября 2021 г пролечено 104 пациента (62 женщины, 42 мужчин) в возрасте от 24 лет до 70 лет с ОА на фоне COVID-19. Обследование и лечение пациентов проводилось в соответствии с временными клиническими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». 20 пациентов были расценены как легкой, 82 – средней и 2 – тяжелой степени. У 84 пациентов по результатам КТ была выявлена вирусная пневмония (КТ картина вирусной пневмонии, «матового стекла», процент поражения от 4% до 52%). Результаты и обсуждение. При оценке клинической картины ОА отмечено, что все пациенты жаловались на боли в правой подвздошной и околопупочной областях тянущего характера, слабость, тошноту. 93 пациента до оперативного вмешательства отмечали повышение температуры тела от 37,4°C до 39,0 °C. При объективном осмотре отмечена болезненность при пальпации живота в правой подвздошной области, мезогастрии и положительные аппендикулярные симптомы. Повышение уровня лейкоцитов крови отмечено у 88 пациентов от 11,81 до 34,83 x 10⁹/л. Уровень СРБ в крови колебался от 2,9 до 201,5 мг/л. Повышение показателя коррелировало с увеличением тяжести течения

вирусного заболевания и объема поражения легочной ткани. Нельзя исключить, что уровень СРБ не имел существенного значения для диагностики ОА, поскольку отражал степень любого воспалительного процесса, в том числе вызванного вирусной инфекцией. Лейкоцитоз являлся несколько более специфичным параметром, поскольку для больных COVID-19 более характерна лейкопения, особенно в дебюте заболевания. Проанализировав особенности течения у больных с ОА и COVID-19, мы выработали алгоритм действий персонала при лечении этой группы больных: правильная маршрутизация больных; выбор оптимального (минимального) объема операции; создание безопасных условий для пациента и операционной бригады. Средняя продолжительность операции составила 35±6,4 минут (от 25 до 90 минут). У всех пациентов во время диагностической лапароскопии выявлен выпот: у 103 пациентов - серозный выпот в правой подвздошной ямке, малом тазу; у 1 – гнойный во всех отделах брюшной полости. 102 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия с дренированием малого таза, 1 – лапаротомия, аппендэктомия, интубация тонкой кишки, 1 – лапароскопическая резекция дивертикула Меккеля, аппендэктомия. По результатам морфологического исследования в 89 случаях у пациентов флегмонозный аппендицит, в 8 – гангренозный аппендицит, у 7 – гангренозно-перфоративный аппендицит. Заключение. Диагностические проблемы ОА на фоне коронавирусной инфекции связаны со сложностями интерпретации, как локальных симптомов, так и системного воспалительного ответа. Проведение лапароскопии является ценным методом диагностики при подозрении на ОА, в том числе при COVID 19. При отсутствии тяжелого течения пневмонии, у большинства больных возможно проведение лапароскопической аппендэктомии. Все операции следует осуществлять в соответствии с противоэпидемическими мероприятиями. Прогноз для пациентов определяется в большей степени течением COVID-19.

528. Выбор метода лечения пациентов с осложненными кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите

*Коробка В.Л., Коробка Р.В., Шаповалов А.М.,
Чижиков Н.Б., Даблиз Р.О., Костюк К.С.,
Данильчук Р.Я., Хоронько Р.Ю., Воблый И.Н.*

Ростов-на-Дону

ГБУ РО "РОКБ"

Актуальность. Выбор метода лечения пациентов с осложненными кистами поджелудочной железы зависит от формы осложнения. Сложность диагностики часто приводит к неадекватному объему хирургического вмешательства. В связи с этим, было решено провести исследования и анализ опыта лечения осложненных форм хронического панкреатита. Материалы и методы. С 2009 года по 2022 г. в ГБУ РО РОКБ пролечено 310 пациентов с кистами поджелудочной железы с различными клиническими проявлениями. Пациентам были выполнены различные варианты дренирующих вмешательств - 142 (46,21%) (открытых и минимальноинвазивных) и резекционных - 168 (53,79%) (расширенных и органосохраняющих). До 2011 года выбор хирургической тактики определялся традиционными диагностическими критериями. Прооперировано 72 человека, которым в основном выполнялись различные варианты дренирующих вмешательств, доля резекций поджелудочной железы в этот период не превысила 17,03%. С течением времени 29 пациентов обратились в ЛПУ из-за рецидива кист и прогрессирования хронического панкреатита. Проведя анализ результатов лечения пациентов за период до 2011 года, мы пришли к мнению о недостаточности диагностических критериев и неадекватности тактики хирургического лечения. Разработан расширенный диагностический протокол, на основании которого установлено, что в основе проявления заболевания в 67,76% случаев, лежала компрессия смежных органов и структур кистами, а у 32,24% - вовлечение смежных органов в фиброзно-воспалительный процесс. С 2011 г пролечено 238 человек, в число которых вошли 29 пациентов с рецидивом кист и прогрессированием ХП. Выбор хирургической тактики определялся полученной в ходе обследования по расширенному диагностическому протоколу информацией. 90 пациентам выполнены различные варианты дренирующих вмешательств, а 146 резекции поджелудочной железы (расширенные и органосохраняющие), в том числе в 35 случаях с

вмешательствами на смежных органах. Результаты. Проанализировав результаты лечения пациентов с использованием расширенного диагностического алгоритма и без, мы установили, что его применение увеличило число резекций поджелудочной железы с 17,03% до 61,34%, снизило рецидивы кист поджелудочной железы, а также замедлило прогрессирование заболевания у пациентов. Применение диагностических критериев позволило в 14,6% обосновать вмешательство на смежных с поджелудочной железой органах. Выводы. Таким образом, использование в клинической практике расширенного диагностического протокола у больных с осложненными формами хронического панкреатита позволяет выбрать наиболее адекватную хирургическую программу для каждого больного, расширяет показания к резекционным вмешательствам, а также вмешательствам на смежных органах, что позволяет сократить частоту рецидивов кист поджелудочной железы, замедлить прогрессирование заболевания и избежать повторных операций.

529. Видеолапароскопический адгезиолизис при острой спаечной тонкокишечной непроходимости

Гулов М.К., Сафаров Б.И., Рузбойзода К.Р.

Душанбе, Таджикистан

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Актуальность. В настоящее время среди экстренных абдоминальных хирургических заболеваний острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН) является наиболее трудным заболеванием для диагностики и лечения. На сегодняшний день в хирургическом лечении больных ОСТКН широко используются лапароскопические операции. В период освоения лапароскопических методик в лечении таких больных было отмечено большое количество неудач, что приводило к высокой частоте конверсий, которая, по данным ряда авторов, достигала 96%. Цель исследования – оценить эффективность видеолапароскопического адгезиолизиса в лечении ОСТКН. Материал и методы. Приведены результаты комплексной

диагностики и лечения 110 больных с ОСТКН. Все больные разделены на 2 группы: I группа – 50 (45,5%) больных, перенесшие лапароскопические и лапароскопически-ассистированные вмешательства и II группа – 60 (54,5%) больных, перенесшие открытые традиционные вмешательства. В 102 наблюдениях из 110 (100%) больных причинами ОСТКН являлись различные патологии органов брюшной полости, которые в анамнезе перенесли различные по характеру и объёму оперативных вмешательств, а в 8 случаях возникло первично, без проведения оперативных вмешательств. Результаты исследования. Комплексное УЗИ проведено всем пациентам, особое внимание при котором придавали обнаружению и выявлению висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений, и выявлению «акустических окон» для выбора места введения первого троакара при видеолапароскопии. После установления диагноза ОСТКН и проведения кратковременной предоперационной подготовки больные подвергались оперативному вмешательству. Так, традиционные открытые оперативные вмешательства были выполнены в 60 наблюдениях у больных контрольной группы. При этом в 31 (51,7%) пациентам были выполнены рассечение спаек с дренированием брюшной полости, а в 29 (48,3%) случаях произведены рассечение спаек, резекция некротизированного тонкого кишечника с формированием различных вариантов межкишечных анастомозов с последующей интубацией тонкого кишечника. В 50 наблюдениях для лечения ОСТКН у пациентов основной группы применялись миниинвазивные методики. Так, в 30 (60%) случаях при наличии единичного рубцового тяжа и локальном спаечном процессе осуществлено видеолапароскопический адгезиолизис с дренированием брюшной полости. В 13 (26%) наблюдениях, у которых имело место ограниченный непротяженный некроз кишечника с геморрагическим перитонитом были выполнены видеолапароскопически-ассистированный адгезиолизис, резекция тонкой кишки с анастомозом бок в бок с дренированием брюшной полости. Необходимо отметить, что 7 (14%) случаях в ходе диагностической лапароскопии констатировался факт наличия распространенного спаечного процесса, грубых рубцовых изменений и некроз кишечника более 20 см с наличием распространенного гнойно-фибринозного перитонита, а также необходимостью выполнения им продленной назогастроинтестинальной интубации, осуществлялась конверсия доступа – лапаротомия. В 4 пациентам было сформированы тонко-тонко-кишечных анастомозов по типу бок в

бок, в 3 случаях в связи наличие распространенного гнойно-фибринозного перитонита произведено резекция некротизированной части тонкой кишки с формированием Y-образного тонко-тонкоанастомоза и назоинтестинальная интубация тонкого кишечника. В послеоперационном периоде у больных основной группы 3 (6%) случаях отмечали осложнения в виде нагноение троакарных ран, тогда как у больных контрольной группы отмечали 9 (15%) наблюдениях различные послеоперационные осложнения в виде нагноение лапаротомной раны 3 (5%), несостоятельность межкишечных анастомозов – 2 (3,3%) наблюдениях, в 3 (5%) - ранний рецидив спаечной кишечной непроходимости и послеоперационная пневмония в 1 (1,7%) случаях. Умерли 2 (3,3%) пациенты контрольной группы. Заключение. Таким образом, видеолапароскопический адгезиолизис является эффективным при единичных рубцовых тяжах, локальном спаечном процессе и отсутствии осложнений, требующих резекцией и интубацией тонкой кишки.

530. Аутотрансплантация тонкой кишки при местно-распространенных опухолях желудочно-кишечного тракта

*Комаров Р.Н., Егоров А.В., Билялов И.Р.,
Осминин С.В., Жемерикин Г.А., Вычужанин Д.В.*

Москва

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

Актуальность. По заболеваемости, опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют от 23,1% у женщин до 31,3 % у мужчин, среди онкологических нозологических форм в Российской Федерации. Местно-распространенные формы рака ЖКТ, с распространением на верхние брыжеечные сосуды, в большинстве случаев признаются нерезектабельными. В таких ситуациях, аутотрансплантация тонкой кишки позволяет выполнить радикальную операцию, сохранив функционирование ЖКТ. Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии Сеченовского Университета в 2020-2021 гг. были оперированы 3 пациента (возраст от 53 до 64 лет) с

распространением первичной опухоли на верхние брыжеечные сосуды. Все пациенты прошли неоадьювантную химиотерапию без положительного эффекта. Операционная бригада состояла из хирургов-онкологов и сосудистых хирургов. У 2 пациентов с первичным опухолевым очагом была протоковая аденокарцинома головки поджелудочной железы (G1 и G2), им выполнили: гастропанкреатодуоденальную резекцию (ГПДР) и ГПДР с резекцией подвздошной кишки и правосторонней гемиколэктомией. Аналогичный последнему, объем операции, был у больного, оперированного в связи с высокодифференцированной нейроэндокринной опухолью (НЭО) слепой кишки. Для обеспечения R0 резекции, у всех 3 пациентов описанный выше объем вмешательства был дополнен аутоотрансплантацией тонкой кишки in situ. Результаты. Продолжительность операций составила от 540 до 600 минут; кровопотеря – от 1200 до 1800 мл. Летальных исходов в течение 30 дней после операции не было. Рост опухоли в краях резекции не был диагностирован ни в одном из наблюдений. Срок госпитализации составил от 14 до 45 суток. У пациента, перенесшего правостороннюю гемиколэктомию, резекцию 12-перстной и подвздошной кишки с плоскостной резекцией головки и крючка поджелудочной железы по поводу НЭО слепой кишки, на 7-е сутки после операции диагностировали жидкостное скопление в области головки поджелудочной железы, потребовавшее пункции и дренирования (Clavien-Dindo IIIa). У пациента, после гастропанкреатодуоденальной резекции, правосторонней гемиколэктомии и резекции подвздошной кишки на 14-е сутки выявили несостоятельность панкреато-энтероанастомоза (Clavien-Dindo IV); выполнена релапаротомия, лапаростомия с формированием наружного панкреатического свища. Обсуждение. В литературе описаны два принципиально разных подхода к аутоотрансплантации тонкой кишки. Наиболее распространённым является вариант «ex vivo», суть которого заключается в «en bloc» удалении опухолевого конгломерата и тонкой кишки, выполнением резекционного этапа «вне организма пациента» (back table) и последующей аутоотрансплантацией тонкой кишки. Такой подход обеспечивает наилучшую визуализацию за счет работы в сухом поле, что повышает шансы выполнить R0 резекцию и уменьшает риск неконтролируемого кровотечения. Однако извлеченный органокомплекс необходимо поддерживать охлажденным и использовать консервирующий раствор, тем самым увеличивая

риск постишемических повреждений аутоотрансплантата. Мы же применяли аутоотрансплантацию «in situ», заключающуюся в создании кишечного аутографта с реимплантацией его краевых сосудов в магистральный кровоток и последующим выполнением резекционного и реконструктивного этапов операции. Выводы. Собственные непосредственные результаты аутоотрансплантаций тонкой кишки, как обязательного условия достижения R0 резекции, сопоставимы с данными мировой литературы. Подобный агрессивный хирургический подход, является альтернативой химио- и биотерапии у пациентов с опухолями, толерантными к лекарственному лечению. Решение тактических, логистических и технических задач возникающих при лечении столь сложной категории пациентов возможно лишь в специализированных высокотехнологичных клиниках с мультидисциплинарным штатом специалистов. Эволюция аутоотрансплантации органов открывает новые перспективы в лечении больных местнораспространенными формами рака ЖКТ, требует дальнейшего накопления опыта и анализа.

531.Способ повышения эффективности пластики поверхностного пахового кольца

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

Махачкала

1) ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет", 2) ГБУ РД "РКБСМП"

Актуальность. Важной проблемой герниологии остается профилактика возврата заболевания, который после аутопластики встречается в пределах 10-12 %. Причина рецидива паховой грыжи чаще всего это прорезывание швов вследствие их натяжения и ишемизации тканей. Для надежной пластики пахового промежутка было предложено формирование лоскута из влагилица прямой мышцы живота с целью его герметичного закрытия. Одним из важных этапов операции Лихтенштейна является прочная фиксация эндопротеза именно в паховом промежутке. Нами разработан простой

способ для решения этой актуальной проблемы. Материал и методы. В статье представлены результаты хирургического лечения 194 пациентов (27 женщин и 167 мужчин) с паховой грыжей. Все пациенты оперированы в отделениях хирургии ГБУ РД «РКБСМП» за период с 2013 по 2021 годы. Всем им была выполнена пластика пахового канала с использованием местных тканей по предложенному нами способу, который предусматривает раздельную пластику поперечной фасции П-образными швами, фиксации мышц и апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке путем их горизонтального перемещения П-образными швами без натяжения во избежание сдавления ушитых тканей с целью профилактики нарушения кровотока в них. В работе рассматривается особая техника выполнения не натяжной пластики апоневроза наружной косой мышцы живота, обеспечивающую прочную пластику пахового промежутка. Полученные результаты. Анализ нашего клинического материала убедительно показал, что наиболее слабой зоной для аутопластики является 4-й медиальный отдел апоневроза наружной косой мышцы живота (НКМЖ), где он раздваивается для формирования поверхностного пахового кольца. Расстояние между медиальной ножкой и паховой связкой у места ее прикрепления к лонному бугорку варьирует в широком диапазоне от 1,5 до 4,0 см. Широкий диапазон высоты пахового промежутка связан с местом расположения лонного бугорка, куда прикрепляется латеральная ножка апоневроза НКМЖ, относительно лонного симфиза, в области которой прикрепляется медиальная ножка апоневроза. Эффективность пластики пахового промежутка (ПП) определяют его основные параметры: высота и форма. Форму определяет уровень высоты ПП. У 91 (47,1%) пациента высота ПП была от 1,5 до 2,4 см, а форма была щелевидной, у 79 (40,5%) - колебалась от 2,5 до 3,0 см, а форма была овальной. У 24 (12,4%) – более 3-х см, а форма – треугольной. Обсуждение. Для ненатяжного соединения тканей в проекции максимальной высоты пахового промежутка выполняем послабляющий надрез на медиальном листке апоневроза НКМЖ напротив семенного канатика на глубину 6-7 мм от его края. После выполнения надреза первый шов под визуальным контролем накладываем между медиальной ножкой поверхностного пахового кольца (ППК) и паховой связкой у места прикрепления к лонному бугорку без захвата надкостницы. При подшивании медиальной ножки ППК к медиальному отделу паховой связки при расстоянии между ними до 3,5 см сила натяжения швов достигала 600 гр., а после

выполнения надреза края апоневроза НКМЖ с целью снятия натяжения швов - всего 200 грамм. При высоте ПП до 2,4 см, аналогичные показатели до и после надреза составили, соответственно, 200 и 80 гр., а при высоте ПП до 2 см - всего 150 и 70 гр. Выводы и предложения. 1.Полученные нами результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности выполнения послабляющего надреза медиального листка апоневроза НКМЖ для снятия натяжения швов, что является надежным критерием сохранения адекватного кровотока в ушиваемых тканях, который создает оптимальные условия для заживления швов и достижения прочности и надежности реконструкции пахового канала или полного закрытия зоны поверхностного пахового кольца при паховом грыжесечении. 2. Если принято решение оставить семенной канатик над апоневрозом, то надрез нужно выполнить на обоих его листках строго напротив выхода семенного канатика из глубокого пахового кольца. 3. В случае принятия решения оставления семенного канатика над поперечной фасцией или над мышцами, достаточно выполнить надрез только медиального листка апоневроза НКМЖ.

532. Аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием – хирургическая тактика

Рябенко Е.В.

Краснодар

ККБ№2 Межтерриториальный
эндокринологический центр

Актуальность. Показания к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита с узлообразованием (АИТ) весьма ограничены. Хирургическое лечение при АИТ показано только в случаях компрессии органов шеи и подозрении на злокачественную опухоль, основанном на данных тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). Цель. Определить показания к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита с узлообразованием. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 400 пациентов с подтвержденным цитологическим диагнозом АИТ с локализацией узлового образования в одной или

обеих долях. Всем пациентам была выполнена ТАБ узловых образований. АИТ сочетался с различными злокачественными опухолями ЩЖ в 101 случае. В группу вошли женщины, средний возраст больных составил $44,4 \pm 6,2$ года. Результаты и обсуждение. Дооперационно после ТАБ диагноз рака верифицирован в 47 (46,5%) случаях, при плановом гистологическом исследовании диагноз рака дополнительно верифицирован еще в 30 случаях, таким образом суммарная до- и послеоперационная диагностика злокачественных новообразований в сочетании с АИТ оказалась в 77 (76,2 %) наблюдениях. У 24 (23,8 %) пациентов окончательный диагноз был фолликулярная аденома. Злокачественные опухоли ЩЖ в сочетании с АИТ были представлены папиллярным раком в 33(45,1%) случае, фолликулярным в 17 (19,9%), фолликулярно-папиллярным раком в 22 (28,5%) , раком из В-клеток в 1 (1,3 %), недифференцированным раком в 1 (1,3 %), лимфомой щитовидной железы в 1(1,3 %) и медуллярным раком в 2 (2,6%) случаях. Большая частота микрокарцином прогностически благоприятным фактором, но с другой стороны, большая частота микрокарцином является причиной диагностических ошибок на всех уровнях диагностики. Это в свою очередь ведет к неадекватному хирургическому лечению, а высокодифференцированный рак, согласно теории опухолевой прогрессии, постепенно может приобретать черты агрессивной опухоли, вплоть до низкодифференцированного рака. Особенно прогностически неблагоприятны в таких случаях рецидивы после неадекватного хирургического лечения. Первичное метастатическое поражение лимфатических узлов шеи при высокодифференцированном раке было отмечено в 12 (11,9 %) случаях, подтвержденных ТАБ. Выводы. Учитывая частоту микрокарцином при АИТ, возможную локализацию их вне ткани макроскопически определяемых узлов и большое количество мультифокальных и мультицентричных раков, следует сделать вывод, что при РЩЖ в сочетании с АИТ предпочтительна тиреоидэктомия с локализацией узлов в обеих долях с ипсилатеральной центральной лимфаденэктомией в зоне поражения и гемитиреоидэктомией при одностороннем поражении. Выполнение этой операции позволит приблизить к 100% диагностику АИТ-ассоциированного высокодифференцированного рака и определить дальнейшую тактику ведения пациента.

533. Робот-ассистированные и лапароскопические операции при кардиофундальных и субтотальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

*Комаров Р.Н., Осминин С.В., Билялов И.Р.,
Ф.П. Ветшев., Егоров А.В.*

Москва

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

Актуальность. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) выявляют у 30-40% взрослого населения развитых стран. ГПОД играет одну из ключевых ролей в патогенезе рефлюкс-эзофагита (РЭ), распространенность которого в Российской Федерации ежегодно увеличивается и достигает 23,6%. Вопрос целесообразности выполнения робот-ассистированных (РА) операций при ГПОД и РЭ остается открытым. Краткосрочные результаты свидетельствуют о безопасности и эффективности применения роботизированного хирургического комплекса (РХК) в антирефлюксной хирургии. Целью данной работы стал анализ отдаленных результатов робот-ассистированных и лапароскопических антирефлюксных операций у пациентов с кардиофундальными и субтотальными ГПОД. Материалы и методы. Мы изучили результаты лечения 62 пациентов, оперированных по поводу ГПОД и РЭ в клинике Факультетской хирургии Сеченовского Университета в 2015-2021 гг. Робот-ассистированную фундопликацию (РАФ) выполнили 32 пациентам, лапароскопическую фундопликация (ЛФ) – 30. Обе группы были сопоставимы по возрасту, гендерному составу, сопутствующим заболеваниям, соотношению кардиофундальных и субтотальных ГПОД. Всем пациентам выполняли фундопликацию в модификации А. Ф. Черноусова. В отдаленном периоде (6 месяцев и более) пациенты проходили контрольный осмотр, эзофагогастродуоденоскопию, рентгенографию пищевода с двойным контрастированием, по показаниям – 24 часовую рН-метрию. Качество жизни оценивали с помощью неспецифического опросника SF-36 и специфического - GERD-HQRL. Результаты. Средняя продолжительность операции была меньше в группе РАФ ($125 \pm 6,6$ против $153,2 \pm 8$ минут; $p=0,009$). Уровень послеоперационных осложнений Clavien-Dindo – 3а, 3б не различался (3 против 2; $p=0,555$). Средняя длительность госпитализации была меньше в группе РАФ ($7,8 \pm 0,38$ против $9,7 \pm 0,49$ суток; $p=0,003$). Медиана срока анализа отдаленных результатов в группе ЛФ

составила 31 месяц (7-60 месяцев), в группе РАФ – 30 месяцев (7-59 месяцев). Эндоскопических и рентгенологических признаков рецидива заболевания в обеих группах выявлено не было. Во всех наблюдениях отмечено адекватное функционирование антирефлюксной манжеты даже при ее расположении в заднем средостении. Среди пациентов, группы ЛФ 2 (7%) отмечали периодическую изжогу, в группе РАФ подобные жалобы были у 1 (3%) пациента. У 11 (36,6%) пациентов группы ЛФ и 9 (28,8%) пациентов в группе РАФ при рентгенографии с солью бария в положении Тренделенбурга отмечали миграцию пищеводно-желудочного перехода выше диафрагмы. По результатам анкетирования опросниками оценки качества жизни (SF-36 и GERD-HQRL) значимых различий между группами выявлено не было ($p < 0,05$). Обсуждение. Активное развитие роботизированных технологий в последние десятилетия привело к прогрессивному увеличению числа антирефлюксных операций с использованием РХК. Вместе с тем выросло и количество публикаций, посвященных неудовлетворительным результатам и снижению качества жизни после хирургического лечения, даже в случаях эффективности купирования симптомов гастроэзофагеального рефлюкса. Особую категорию составляют пациенты с большими ГПОД, хирургическое лечение которых сопряжено с увеличением травматичности и сложностью манипуляций в заднем средостении. В литературе последнего десятилетия есть данные об улучшении результатов хирургического лечения пациентов с большими ГПОД за счет применения РХК. В нашей работе мы выявили сопоставимые непосредственные и отдаленные результаты, а также показатели качества жизни. В группе РАФ отмечается более высокий показатель психологического компонента здоровья (согласно опроснику SF-36) и удовлетворенностью своим состоянием (согласно опроснику GERD-HQRL), вероятнее всего, обусловленные «особым» отношением пациентов к РА операциям. Однако статистически значимой разницы показателей качества жизни в обеих группах не было выявлено. Выводы. Робот-ассистированная фундопликация в модификации А. Ф. Черноусова является безопасной и эффективной операцией в лечении больных ГПОД и РЭ. Однако, при сравнении РАФ и ЛФ статистически значимых различий в отдаленных результатах и влиянии на качество жизни пациентов получено не было.

534. Интраоперационный нейромониторинг возвратных гортанных нервов при раке щитовидной железы в сочетании с аутоиммунным тиреодитом

Рябченко Е.В.

Краснодар

ККБ№2 Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Актуальность. Значительная частота пареза гортани при оперативном вмешательстве при аутоиммунном тиреоидите (АИТ) объясняется воспалительным неспецифическим перипроцессом, который локализуется в тканях, расположенных возле железы, что затрудняет выделение и визуализацию возвратный гортанный нерв (ВГН) при оперативном вмешательстве на аутоиммунном пораженном органе. В работе представлен опыт использования интраоперационного нейромониторинга (ИОНМ) при данной патологии, а также возможное предупреждение профилактики двустороннего пареза мышц гортани. Материал и методы. В отделении эндокринной хирургии было выполнено с 01.10.20 по 01.07.21. 120 онкологических операций в сочетании АИТ: с папиллярным раком – 100 больных, фолликулярным – 12 больных, медулярным – 8 больных. Все вмешательства осуществлялись с применением нейромониторинга функции ВГН. Результаты. Анализируя итоги рассмотрения поведения электромиографического сигнала (ЭМС), полученные в процессе операций, можно определить очевидные различия в величинах. Анализ результатов ЭМС, полученных во время оперативных вмешательств, показал разницу в величинах в зависимости от стороны тела. Средние величины по амплитуде справа и слева достоверно не различались и составляли $1,57 \pm 1,27$ и $1,69 \pm 1,01$ соответственно ($p = 0,2444$). В то же время при оценке латентности показана статистически достоверная разница между сторонами. Так латентность с левого ВГН больше по сравнению с латентностью правого ВГН и составляет $6,05 \pm 1,36$ и $4,22 \pm 1,47$ соответственно ($p = 0,0001$), что очевидно, связано с большей длиной нервного пути левого гортанного нерва. Изменение ЭМС в до- и послеоперационном периоде. Наблюдаются изменения ЭМС по сравнению с периодом до хирургического вмешательства и после него. Заключение. Анализ нейромониторинга при раке ЩЖ в сочетании с АИТ дает возможность в реальном времени оценить функцию гортанных

нервов, оценивая функциональную активность во время их выделения. При комбинированном событии для предотвращения двухстороннего пареза гортани с двух сторон необходимо сменить хирургическую тактику.

535. Тактика хирургического лечения при рецидивах ахалазии пищевода

*Свечкарь И.Ю. (1), Дурлештер В.М. (1,2),
Сиюхов Р.Ш. (1,2), Бабенко Е.С. (1,2)*

Краснодар

1) ГБУЗ «ККБ№2» МЗ КК, 2) КубГМУ,

Актуальность. Уровень диагностического охвата и медицинской информированности населения неуклонно растет, на этом фоне отмечается увеличение количества выполняемых первичных вмешательств при ахалазии пищевода (АП). Закономерно выросло количество рецидивов АП в разные сроки после операции. Согласно актуальным публикациям, неудовлетворительные результаты первичных операций встречаются в 12-28%. Вопрос выбора наилучшего метода дальнейшего лечения и сравнении эффективности используемых процедур остается весьма актуальным. Материалы и методы. За период 2007-2020г в ГБУЗ «ККБ№2» г.Краснодара проводилось лечение 24 пациентам с рецидивом после первичного оперативного вмешательства по поводу АП. На момент лечения у 21 больных имелась картина III и IV стадии заболевания. Использованы следующие процедуры: эндоскопическая баллонная кардиодилатация (ЭБКД), пероральная эндоскопическая кардиомиотомия (ПОЭМ) или лапароскопическая/открытая реконструктивная операция. В дальнейшем выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенологические исследования, оценка качества жизни. Результаты. Отдаленные результаты отслежены у 24 пациентов. ЭБКД была использована у 14 (58%) больных, из них у 9 - в качестве промежуточного метода перед оперативной реконструкцией или ПОЭМ; у 5 (20%) пациентов, имеющих высокий анестезиологический риск или не желающих иного лечения, сеансы ЭБКД явились единственным лечебным методом и

проводились 1-3 раза в год, с временным положительным эффектом. 2 (9%) больным выполнена повторная лапароскопическая кардиомиотомия, 12 (50%) - реконструкция путем лапаротомии. У 50% пациентов в обеих группах в дальнейшем потребовалось 1-2 сеанса ЭБКД в связи с дисфагией. ПОЭМ была проведена 5 (20%) больным с хорошими дальнейшими клиническими результатами за все время наблюдения. При сравнении эффективности методик как в ближайшие, так и в отдаленные сроки ПОЭМ демонстрирует наибольшую эффективность в купировании клинических симптомов, частоте послеоперационных осложнений, выраженности болевого синдрома, сроках реабилитации. Выводы. При рецидиве ахалазии после первичного оперативного лечения ПОЭМ имеет наибольшую эффективность в качестве процедуры выбора.

536. Миниинвазивная эзофагэктомия с ICG ангиографией и навигацией

*Осминин С.В., Комаров Р.Н., Егоров А.В.,
Хоробрых Т.В., Билялов И.Р., Абдулхакимов Н.М.,
Левкин В.В.*

Москва

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

Актуальность. Эзофагэктомия с одномоментной пластикой желудочным стеблем является одним из наиболее сложных хирургических вмешательств, так как работа осуществляется в 2 или 3 анатомических областях. Наиболее частым и грозным осложнением операции является несостоятельность эзофагогастроанастомоза. Индоцианин зеленый (ICG) – технологии, такие как флуоресцентная ангиография и маркировка путей лимфатического оттока, в последние годы получили широкое распространение в малоинвазивной хирургии. Целью нашего исследования стало изучение возможностей улучшения непосредственных результатов миниинвазивных операций на пищеводе за счет использования индоцианина зеленого. Материалы и методы. В период с 2020-2022 гг. в клинике факультетской хирургии Сеченовского Университета было

выполнено 27 хирургических операций на пищеводе, желудке и толстой кишке с ICG навигацией и ангиографией. Из них 6 малоинвазивных субтотальных резекций пищевода; еще 1 эзофагэктомия была проведена в 2018 г. Таким образом, мы оценили непосредственные результаты хирургического лечения 7 пациентов (2 женщин и 5 мужчин). Средний возраст пациентов был 50,2 года (от 21 до 68 лет). У 6 пациентов был рак пищевода и 1 пациентки – протяженная ожоговая стриктура среднегрудного отдела пищевода. У 4 из 6 пациентов опухоль локализовалась в нижнегрудном отделе и у 2 – в среднегрудном. У 3 пациентов была аденокарцинома (G1-1; G2 -2) и у 3 – плоскоклеточный рак G2. У одного больного была I, у 2 – II и у 3 – III стадия, согласно TNM 8. Операцию МакКеона выполнили 6 пациентам: 4 – торакалопараскопическую, 1 – комбинированную (лапаротомия+торакоскопия) и 1 – робот-ассистированную. Комбинированную (лапаротомия+торакоскопия) операцию Льюиса провели 1 больному. Раствор индоцианина зеленого вводили эндоскопически в подслизистый слой пищевода у проксимального и дистального края опухоли за 12 часов до операции или интраоперационно. Так же интраоперационно проводили внутривенное ведение ICG для оценки кровоснабжения тканей и сосудистой архитектоники. Использовали технологию OPAL1 IMAGE1, KarlStorz, Tuttlingen, Germany. Результаты. Ни в одном из наблюдений не было нежелательных эффектов, связанных с введением индоцианина зеленого. Во всех наблюдениях отмечали адекватную маркировку границ опухоли и распределение ICG по регионарным лимфатическим коллекторам. Ни в одном наблюдении не было несостоятельности эзофагогастроанастомоза, а при раке пищевода – положительных краев резекции. Внутривенное введение индоцианина позволяло наглядно оценить архитектуру сосудов желудка, и тем самым обеспечить безопасность и прецизионность при выкраивании пищеводного кондуита. Оценка кровоснабжения желудочного трансплантата и культы пищевода обеспечивали выбор оптимального уровня формирования анастомоза. Обсуждение. В мировой литературе можно найти ряд актуальных публикаций, посвященных применению индоцианина зеленого в хирургии желудочно-кишечного тракта и в частности пищевода. Авторы применяют ICG для оценки перфузии ткани трансплантата, оценки сосудистого русла при мобилизации желудка и пищевода, а так же навигации по лимфатическим узлам в ходе

лимфодиссекции. В своих работах, коллеги отмечают, что применение ICG в клинической практике позволяет выбрать оптимальную зону формирования анастомоза и минимизировать риски несостоятельности анастомоза. Выводы. Использование ICG навигации и ангиографии при мининвазивной эзофагэктомии является оправданным и перспективным, так как позволяет снизить риск интра- и послеоперационных осложнений.

537. Современный подход к хирургическому лечению острого холецистита и его осложнений

*Соловьев И.А. (1), Павелец К.В. (1,2),
Глебова А.В. (1,2), Табунова М.Н. (2)*

Санкт-Петербург

1) СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», 2)
ГБОУ ВПО СПбГПМУ

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) и его осложнения занимают одно из ведущих мест в структуре ургентной хирургии. Методология диагностики и тактики лечения продолжают постоянно совершенствоваться, однако летальные исходы по данным различных авторов достигают 2-3,5%. Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения пациентов Мариинской больницы с острым холециститом и его осложнениями за 2017-2021 гг. Полученные результаты. Всего за указанный период по поводу ОХ и его осложнений было оперировано 711 больных, за исключением периода перевода стационара в инфекционный по лечению НКВИ COVID 19. Среди оперированных пациентов 64,4% - женского пола, 35,6% - мужского. Средний возраст составил 58,1 лет + 16,9. Были выполнены следующие вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – 529 (74,4%), из них у 18 больных дополнено дренированием холедоха по Пиковскому. «Открытая» холецистэктомия у 182 (15,6%), из них в результате конверсии доступа у 33 больных. В связи с давностью начала заболевания более 3-х дней и наличием инфильтрата первым этапом была выполнена холецистостомия у 53 (7,5%) пациентов, из них в 19 (2,8%) случаях одновременно с чрескожно-чреспеченочной

холангиостомией (ЧЧХЛС). Рентгенохирургические рандеву-вмешательства (PE-RV) были применены у 10 (1,4%) пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом.

Непосредственные послеоперационные результаты: осложнения отмечены у 4,2% (30) пациентов, из них у 7 пациентов выявлен желчный перитонит (по причине несостоятельности культи пузырного протока после удаления дренажа и подтекание желчи из ложа удаленного ЖП), у одной пациентки имела место перфорация стенки двенадцатиперстной кишки в результате ЭПСТ, у 13 и 2 пациентов – серома и нагноение послеоперационной раны соответственно. Летальный исход наступил у 8 (1%) пациентов в результате прогрессирования сепсиса и/или полиорганной недостаточности. Обсуждение. Как показывает опыт и анализ литературы, лапароскопическая холецистэктомия является стандартным вмешательством при остром холецистите. «Открытая» холецистэктомия – это метод выбора при наличии осложнений, таких как распространенный желчный перитонит, подпеченочный абсцесс, выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости. При высоком риске развития интра- и послеоперационных осложнений у пациентов с ОХ предпочтительно двухэтапное лечение с преимущественным применением минимально инвазивных технологий: I этап – декомпрессия или дренирование желчного пузыря совместно с дренированием холедоха при необходимости; II этап – отсроченная операция – ЛХЭ, холецистэктомия из минилапаротомного доступа или открытая холецистэктомия. Операция при этапном лечении выполняется, как правило, в "холодном периоде" после стихания воспалительно-инфильтративных изменений в ЖП и прилежащих тканях, а также после медикаментозной коррекции коморбидных состояний. У пациентов с ОХ, осложненным механической желтухой без признаков перитонита, рекомендуется выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и литоэкстракции конкрементов из холедоха с последующей холецистэктомией, выполненной одномоментно или в течение ближайших дней. При наличии технических условий возможно выполнение одномоментных процедур, например, ЛХЭ+ЭПСТ с литоэкстракцией по методике "рандеву". Выводы и рекомендации. При остром холецистите операцией выбора является ЛХЭ при отсутствии противопоказаний и сроках давности заболевания не более 3-х суток. При выраженных сердечно-

легочных нарушениях, давности заболевания более 3-х суток, отсутствии перитонита, операцией выбора считается холецистостомия с последующей холецистэктомией в плановом порядке. При наличии механической желтухи наиболее информативный и безопасный метод – МРХПГ. Приоритетной операцией при холедохолитиазе является ЭРХПГ с литоэкстракцией, при необходимости дополняемые стентированием холедоха или назобилиарным дренированием. При невозможности или безуспешных попытках ЭРХПГ, следует выполнить лапароскопическую или «открытую» холедохолитоэкстракцию. Холедохотомия завершается наружным дренированием холедоха или, реже, глухим швом холедоха «в руках мастера». При наличии тяжелой сопутствующей патологии, а также при сочетании острого холецистита и механической желтухи (общий билирубин > 200 мкмоль/л) следует выполнить чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха и желчного пузыря как этап хирургического лечения.

538. Радиочастотная абляция как способ лечения непаразитарных кист и поликистоза печени

Абоян И.А. (1), Черкасов М.Ф. (2), Рошак Б.В. (1), Маликов Л.Л. (1), Тренев М.И. (1), Бухарбаев Р.М. (1), Меликова С.Г. (2)

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ «Клинико-диагностический центр «Здоровье» г. Ростова-на-Дону», 2) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение. На сегодняшний день проблема выбора наименее травматичного и наиболее эффективного способа хирургического лечения пациентов с непаразитарными кистами и поликистозом печени остаётся актуальной. Несмотря на широкое распространение чрескожных пункционных методик с использованием склерозантов (PAIR), риск возникновения рецидива остаётся высоким. Радиочастотная абляция (РЧА) широко используется в лечении злокачественных опухолей печени и обладает минимальной травматичностью и удовлетворительным эффектом. Применение

чрескожной РЧА под УЗ-контролем при лечении непаразитарных кист печени позволила ряду авторов (Н. Rhim, 2004; Y.R. Lee, 2005; X.L. Du, 2007; В.В. Новомлинский, 2012; P.N. Kim, 2014), добиться облитерации или существенного уменьшения объема полости кист при отсутствии существенных осложнений и низкой частоте рецидивирования в течение последующего наблюдения. Мы представляем наш опыт использования РЧА в лечении пациентов с непаразитарными кистами и поликистозом печени. Материалы и методы. В период 2015-2021 гг. в МБУЗ КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону выполнены операции чрескожной РЧА 26 кист печени у 25 пациентов. Средние длина, ширина и высота кист составили соответственно $67,7 \pm 20,3$ мм, $59,2 \pm 20,2$ мм и $55,3 \pm 17,2$ мм; средний диаметр - $60,7 \pm 18,6$ мм; средний исходный объем - $149,7 \pm 27,8$ см³. Оперативные вмешательства выполнялись под УЗ-контролем путем чрескожной пункции кисты нефростомической иглой 18 G и одиночным игольчатым электродом Cool-tip RF Radionics (длина активной части 3 см) с последующей максимальной аспирацией содержимого, после чего выполнялся сеанс РЧА при температуре от 60 до 80 °С. Время экспозиции составило от 3 до 10 минут (в среднем $4,8 \pm 2,2$ мин). Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Срок госпитализации составил от 2 до 6 дней (в среднем $4,4 \pm 0,8$). Результаты. При дальнейшем динамическом наблюдении общее уменьшение кистозного объема по сравнению с исходным составило в среднем через 1 месяц - 29,6%, через 3 месяца - 51,1%, через 6 месяцев - 55,3%, через 1 год - 72,2%, через 1,5 года - 74,6%, через 2 года - 87,4%. Через 2,5 года общее уменьшение объема по сравнению с исходным составило в среднем 96,3% ($p=0,00001$). Уменьшение объема кист более чем на 50 % отмечено в 19 случаях (73%). Полная редукция наблюдалась в 8 случаях (30,8%). Отмечен один случай рецидива оперированной кисты (S VII). Обсуждение. В то время, как методики PAIR и лапароскопической фенестрации заняли основное и прочное место в лечении непаразитарных кист и поликистоза печени, к настоящему моменту отсутствует единый подход к применению того или иного метода оперативного лечения. Учитывая, что в настоящее время предпочтение отдается миниинвазивным методикам, применение чрескожной РЧА под УЗ-контролем может иметь преимущества в лечении рассматриваемой патологии. Чтобы предотвратить рецидивирование, необходимо добиться некроза одного ряда клеток цилиндрического или кубического эпителия, секретирующего жидкость в полость кисты. Поэтому

решающими факторами в применении РЧА являются достигаемая температура жидкости вблизи кистозной стенки и длительность данного термического воздействия. Экспериментальные исследования показали, что полный поверхностный некроз эпителиального слоя в сочетании с отсутствием повреждения окружающей печеночной ткани достигим при температуре 60–62 °С в течение 2-3 минут. Выполнение РЧА при данных параметрах показано при топографической близости кисты к крупным сосудисто-секреторным структурам или полым органам, где применение более высоких температур сопряжено с избыточным распространением тепловой энергии в окружающие ткани и термической травмой. Заключение. Методика РЧА непаразитарных кист печени зарекомендовала себя в качестве эффективного и минимально травматичного способа с незначительной частотой осложнений и может быть предложена в качестве альтернативного способа лечения указанной патологии.

539. Повторные оперативные вмешательства после гемитиреоидэктомии

Рябченко Е.В.

Краснодар

ККБ №2 Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Актуальность. За последние 10 лет в Краснодарском крае отмечено увеличение абсолютного числа пациентов с впервые выявленным раком щитовидной железы (РЩЖ) в шесть раз. На сегодняшний день только при наличии неблагоприятных факторов, таких как: контрлатеральные узлы, гипотиреоз, отягощенный семейный анамнез по поводу РЩЖ, выполняется тиреоидэктомия. В противном случае операцией выбора при единичном узле до 4 см, по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), которого подозревается фолликулярная опухоль, является гемитиреоидэктомия с удалением перешейка ЩЖ. Цель. Определить показания к повторному хирургическому лечению после гемитиреоидэктомии с диагнозом РЩЖ, подтвержденным гистологически. Материал и

методы. Проанализированы результаты лечения 191 пациента после выполненной ТАБ ЩЖ с результатом фолликулярная опухоль. Повторное хирургическое вмешательство было выполнено у 46 (25%) пациентов которым гистологически верифицировали высокодифференцированный РЩЖ, у двоих пациентов гистологически подтвержден медуллярный рак, которым необходима была повторная операция. Результаты. Из повторно оперированных 48 пациентов лишь у двоих (4,16%) при патогистологическом исследовании операционного материала подтвердили медуллярный рак. Этим пациентам выполнена расширенная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией – удаление клетчатки с лимфоузлами VI зоны. Доказательством обоснованности такой установки послужили морфофункциональные исследования лимфатической системы ЩЖ и шеи, преимущественное поражение опухолью (в 51-90,3%) одной доли и редкое появление рецидивов рака в другой (4,2-6%). Однако сопоставление частоты высокодифференцированного рака в удаленной, макроскопически неизменной доле ЩЖ (30-38%) с редким (4-5%) рецидивированием карциномы в оставленной тиреоидной ткани, по клиническим данным, заставило пересмотреть свое понимание адекватности объема операций при дифференцированном раке в сторону сохранения функционирующей ткани. Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что повторное хирургическое вмешательство после гемитиреоидэктомии с подтвержденным гистологически РЩЖ проводить не целесообразно, если только не выявлен медуллярный рак, как по причине низкой доли вероятности (4,16%), так и в силу большого риска послеоперационных осложнений при удалении оставшейся доли ЩЖ. При получении цитологического заключения фолликулярная опухоль у пациентов необходимо брать анализ на кальцитонин. При подтверждении повышенного уровня кальцитонина показан минимальный объем оперативного вмешательства - тиреоидэктомия с билатеральной центральной лимфаденэктомией. Кроме того, при появлении рецидивов и метастазов рака можно удалить оставшуюся часть ЩЖ с меньшей опасностью для пациентов, чем регулярно выполнять тиреоидэктомию.

540. Уникальный человек - профессор медицины и архиепископ

Кисляков В.А.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. А.К.Ерамишанцева ДЗМ

Валентин Феликсович родился 27 апреля 1877 г. в г. Керчи. С детства проявлял склонность к рисованию. Окончив в 1896 году Киевскую гимназию и художественное училище, В.Ф. Войно-Ясенецкий уезжает в Петербург, поступать в Академию художеств. Однако изменил свое решение и поступил на юридический факультет Киевского университета, а через год перешел на медицинский факультет. В 1903 году заканчивает с отличием медицинский факультет и с началом русско-японской войны отправляется в Забайкалье, где заведует хирургическим отделением в лазарете Красного Креста. Там же приходит первый хирургический опыт. В госпитале Валентин Феликсович знакомится с Анной Васильевной Ланской, которая вскоре стала его женой. В 1905 г. молодая семья переезжает в Ардатовский уезд Симбирской губернии, а оттуда в село Верхний Любаз Фатежского района Курской губернии, где Валентин Феликсович принял больницу на 10 коек. Появились и домашние заботы: в 1907 г. родился сын - Михаил, в 1908 г. дочь - Елена. В 1909 году он уезжает в Москву и поступает экстерном сначала в университетскую клинику профессора П.И. Дьяконова, а затем в Институт топографической анатомии и оперативной хирургии. Но материальные затруднения вынудили прервать работу и уехать в село Романовское Балашовского уезда Саратовской области в больницу на 25 коек. Там же, в 1910 г., родился сын Алексей. В 1911 г. Валентин Феликсович занял пост главного врача и хирурга уездной больницы на 50 коек в Переславле - Залесском Московской губернии. В 1914 году родился младший сын Валентин. В 1915 г. вышла первая книга «Регионарная анестезия» - в Санкт-Петербурге. В годы первой мировой войны, работая заведующим госпиталем для раненых в г. Переславль - Залесском Владимирской губернии, продолжал заниматься научной деятельностью - опубликовал 20 работ по гнойной хирургии и местному обезболиванию, отчеты больниц. В 1916 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины г. Москве. Работа написана на большом материале анатомических исследованиях, проведенных в Московском университете под руководством профессора П.И. Дьяконова, а все

клинические наблюдения собраны в течение 5 лет в земских больницах. В марте 1917 г. В.Ф. Войно - Ясенецкий по конкурсу начинает работать главным врачом и хирургом городской больницы г. Ташкента. Тяжело заболела жена – туберкулез! В 1919 г. Анна Васильевна умерла, осталось четверо малолетних детей (старшему - 12 лет, а младшему - 6). В сентябре 1920 г. открылся Средне-Азиатский университет с медицинским факультетом, которым Валентин Феликсович возглавил кафедру топографической анатомии и оперативной хирургии. Сблизившись с религиозными кругами, начал выступать в церкви. В 1920 г. получил приглашение стать священником, и вскоре был посвящен в пресвитера, и назначен младшим священником Кафедрального собора. 31 мая 1923 г. В. Ф. Войно - Ясенецкий (в церковном мире отец Валентин) принял монашеский постриг с именем Луки и был посвящен в епископы. Через 10 дней был сослан в г. Туруханск. С 1923 по 1941 г. несколько раз возвращался в Ташкент и снова высылался на Соловки и в Красноярский край, но везде продолжал врачебную и церковную деятельность. В 1934 г. вышла его работа «Очерки гнойной хирургии» (уникальная работа по лечению пациентов с гнойными заболеваниями с помощью знаний, скальпеля при отсутствии антибиотиков). В 1934 - 1935 гг. работает в г. Ташкенте в Институте неотложной помощи. Великая Отечественная война застала В.Ф. Войно - Ясенецкого в далекой ссылке, в поселке Большая Мурта Красноярского края, куда он был сослан в 1940 г. Вскоре был переведен консультантом в госпиталь №1515 в г. Красноярск. В 1943 г. был переведен в г. Тамбов для работы в эвакогоспиталях. Через год вышла еще одна книга «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». В 1946 г. В.Ф. Войно - Ясенецкий за разработку вопросов гнойной хирургии и второе издание «Очерков гнойной хирургии» был удостоен Сталинской премии 1 - й степени, большую часть которой пожертвовал «на помощь сиротам, жертвам фашистских извергов». Труд переиздавался не один раз и может считаться классической настольной книгой для специалистов по гнойной хирургии. В 1946 г. Валентин Феликсович переехал в Симферополь, где продолжал упорно работать. К этому времени здоровье его резко ухудшилось - к двухсторонней катаракте присоединилась глаукома. Он почти ослеп, но не сохранял ясность мышления, память и работоспособность. К этому периоду относится его работа «О духе, душе и теле», которая предназначалась не для печати - мысли вслух. И лишь в 1978 г. рукопись увидела свет за рубежом, а в наше время и в России. Умер В.Ф. Войно -

Ясенецкий 11 июня 1961 г. и был похоронен на городском кладбище в г. Симферополе. На скромной могиле надпись на памятнике гласит: «Архиепископ ЛУКА, В.Ф. Войно – Ясенецкий. 1877 - 1961, доктор медицины, профессор хирургии». Научное наследие его составляет 40 научных работ. Ученики продолжили его дело - это профессора Б.А. Стекольников, Х.А. Петросян, Г.А. Ротенберг, А.М. Жолодзь, А.В. Барский, В.В. Кованов, В.А. Поляков и другие. По стопам отца пошли все дети: Михаил, Алексей, Валентин стали докторами наук, профессорами; дочь Елена работала эпидемиологом, была кандидатом медицинских наук. 22 ноября 1995 года архиепископ Симферопольский и Крымский Лука был причислен к Лику Святых Православной церкви и его мощи перенесены в ночь с 17 на 18 марта 1996 года в кафедральный Свято - Троицкий Собор. Торжество прославления Святителя Крымского Луки состоялось 24-25 мая 1996 года в Симферопольской и Крымской епархии. Память об этом уникальном, неординарном человеке останется в сердцах многих людей и хирургов-профессионалов.

541. Методы хирургической реваскуляризации нижних конечностей при окклюзионном поражении артерий бедренно-подколенного сегмента у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей

Хубулава Г.Г. (2), Сазонов А.Б. (2), Фомин В.С. (1), Китачев К.В. (2), Яковлев Н.Н. (1), Зеленин В.В. (1), Кудрявцев О.И. (1), Гульметов П.Э. (1), Тюменев А.Б. (1), Джумаева А.А. (1), Завражнов А.А. (1)

Санкт-Петербург

- 1) СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
- 2) Клиника Хирургии Усовершенствования Врачей № 1 им. П.А.Куприянова «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова»

Цель исследования. Оценить результаты применения различных хирургических методов лечения хронической ишемии нижних конечностей у пациентов с окклюзией поверхностной бедренной и подколенной артерий. Материалы и методы. В период с 2019 года по февраль 2022 года в

отделении сосудистой хирургии СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» и отделении сосудистой хирургии клиники ХУВ-1 им П.А. Куприянова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова пролечены 146 пациента с поражением бедренно-подколенно-тибиального артериального сегмента. Из них мужчин 116, женщин 30. Средний возраст $63 \pm 7,5$ лет. У всех больных диагностирована III-IV стадия хронической артериальной недостаточности по классификации А.В.Покровского. Пациентам при поступлении выполняли ангиографию артерий нижних конечностей. У всех пациентов было выявлено удовлетворительное состояние путей оттока (не менее 2-х проходимых артерий голени). Из исследования исключены пациенты с фибрилляцией предсердий. Выбор метода хирургического лечения определяли консилиумом врачей в составе сосудистого хирурга, эндоваскулярного хирурга и кардиолога. В зависимости от степени выраженности окклюзионно-стенотического поражения артерий нижних конечностей, сопутствующих заболеваний, а также наличия пригодной для реконструктивной операции аутовены, пациенты были распределены на следующие группы по характеру и объёму оперативного вмешательства: I группа – петлевая эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии в сочетании с подколенно-дистальным аутовенозным шунтированием (N=46), II группа – бедренно-дистальное аутовенозное шунтирование (N=49) и III группа – (N=51) баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной и подколенной артерий. Результаты. В раннем послеоперационном периоде тромбоз бедренно-подколенного сегмента в I группе развился у 3-х пациентов (6,5%), во II группе – у 3-х больных (6,1%), в III группе у 4-х пациентов (7,8%). Первичная проходимость артериального русла спустя год в I группе составила 81,8%, во II группе – 79,4%, в III группе – 82,9%. Таким образом, сохранность конечности в I группе через 1 год составила 91,1%, во II группе – 85,3%, в III группе 85,4%. Проведен сравнительный анализ эффективности операций при помощи метода Каплана-Майера. При сопоставлении показателей сохранения конечностей I и II групп ($p = 0,028$), I и III групп ($p = 0,032$) наблюдалась достоверная разница. В течении 1 года первичная проходимость была практически одинаковой во всех группах ($p > 0,05$), но процент сохраненной конечности оказался выше в I группе. Выводы. Применение петлевой эндартерэктомии из поверхностной бедренной артерии с формированием короткого подколенно-дистального аутовенозного шунта может являться

методом выбора хирургического лечения у больных с протяженной окклюзией бедренно-берцового сегмента при дефиците аутовенозного материала. Использование рентгенхирургических методов лечения предпочтительнее у пациентов старшей возрастной группы с выраженной сопутствующей патологией.

542. Симультанные операции при раке желудка, пищевода и конкурирующих сердечно-сосудистых заболеваниях

*Комаров Р.Н., Осминин С.В., Егоров А.В.,
Исмаилбаев А.М., Билялов И.Р., Красновский В.И.*

Москва

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

Актуальность. Рак желудка (РЖ) занимает второе место по заболеваемости среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Ежегодно в мире от РЖ умирают более 783000 человек. Заболевания сердечно-сосудистой (ССЗ) системы являются ведущей причиной смерти населения всех стран в мире. По данным ВОЗ в 2016 году в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибли 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти. Рак желудка выявляют у 0,1–13 % больных с ССЗ (ишемическая болезнь сердца (ИБС), аневризма аорты, митральный порок и т.д.). Вопрос тактики, и в частности этапности, данной категории больных очень сложный, так как, зачастую, онкологический процесс является противопоказанием к кардиохирургической операции, и наоборот: тяжелый соматический статус не позволяет выполнить радикальную операцию по поводу рака. Целью исследования мы поставили изучить безопасность и технические аспекты одномоментных операций у раком желудка, пищевода и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Материалы и методы. В группу наблюдения вошли 8 пациентов (6 мужчин и 2 женщины), проходивших комплексное лечение в клинике факультетской хирургии Сеченовского Университета в период с января 2020 года по январь 2021 года. Средний возраст больных был 66 лет (от 57 до 76 лет). У 7 пациентов был рак желудка

(кардии – 2; тела – 4; антрума -1). Стадии TNM 8: I – 2, II- 3, III - 3. Физический статус пациентов (ASA) VI класс - 2 больных, III – 3, II – 2. Согласно шкале ECOG: 0 баллов – 1 пациент; 1 балл - 5 пациентов, 2 балла - 1 пациента. Степень дифференцировки опухоли: G1 - 2, G2 - 2, G3 – 2, G3+перстневидный рак - 1. У одного больного 57 лет был плоскоклеточный рак среднестернового отдела пищевода G3 (ASA - II, ECOG – 1, TNM8 - III). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была у 3 пациентов, порок аортального клапана – 1, стеноз внутренней сонной артерии – 1, аневризма брюшной аорты – 2, митральный порок – 1, трехклапанный порок - 1, синдром Лериша - 1. ИБС могла сочетаться у одного пациента с другими болезнями сердца и сосудов. Все больные до операции рассмотрены на мультидисциплинарном онкологическом консилиуме. Предоперационную химиотерапию (ХТ) не проводили ввиду кардиотоксичности и высокого риска осложнений обусловленных соматическим статусом. Результаты. Всем 8 пациентам были выполнены симультанные операции. Спектр сердечно-сосудистых операций включал: коронарное шунтирование (КШ) у 8 пациентов (из них 5 выполнено off pump); у 2 пациентов одновременно с КШ выполнена классическая каротидная эндартерэктомия (ККЭАЭ), у 1 – операция Озаки и у 1 - супракоронарное протезирование аорты. Так же протезирование митрального клапана выполнено – 1 больному, бифуркационное аорто-бедренное шунтирование - 1; протезирование абдоминальной аорты -1; ККЭАЭ – 1. Операция Льюиса выполнена 1 больному; гастрэктомия – 2; резекция желудка Бильрот II – 4 (лапаротомия – 3; лапароскопия - 1). Длительность одномоментных операций в среднем составила 503 (от 310 до 680) минуты. Средняя кровопотеря составила 465 (от 350 до 680) мл. Осложнения (Clavien-Dindo) I – 1 пациент; II - 1, IIIB - 2, V - 2. Средний послеоперационный срок пребывания в стационаре был 15 (от 9 до 24) койко-дней. Послеоперационную ХТ получили 5 человек, полностью ХТ прошли - 4. Максимальный период наблюдения составляет 18 месяцев. Обсуждение. В настоящее время в литературе встречаются единичные ретроспективные когортные исследования, посвященные симультанным операциям при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистых заболеваниях. В основном подобные операции выполняют азиатские коллеги из Японии и Китая. Наибольшее число наблюдений, описанных в одной статье, не превышает 22. Авторы сообщают о безопасности выполнения подобных вмешательств, при условии опытной мультидисциплинарной операционной бригады и надлежащей технической

оснащенности хирургического стационара. Выводы. Одномоментные операции при раке желудка, пищевода и ССЗ технически выполнимы, причем как открытым, так и миниинвазивным доступом. Высокий уровень развития анестезиологии и реанимации, делает сочетанные вмешательства безопасными даже при длительном времени операции.

543. Первый опыт трансабдоминальной преперитонеальной пластики паховых грыж с использованием нового композитного эндопротеза Reperen и фиксации клеем GluBran-2

Ветшев Ф.П., Овчинникова П.Р., Петухова Н.В.

Москва

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

В абдоминальной хирургии грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки в настоящий момент остается наиболее частым оперативным вмешательством среди всех выполняемых операций. Использование миниинвазивных технологий, в частности у пациентов с паховыми грыжами, позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты, и большинством авторов рассматривается как основной метод лечения этой категории пациентов. В настоящее время используются различные сетчатые эндопротезы и способы их фиксации, в тоже время частота возникновения хронической боли и рецидива грыжи все еще не может удовлетворять практикующих хирургов и требует дальнейших поисков оптимальных сетчатых эндопротезов и способов их фиксации. Длительное время выполняя лапароскопические операции по поводу паховых грыж и имея опыт более 100 операций нами проведен анализ серии из 5 пациентов, в лечении которых мы впервые использовали новый сетчатый эндопротез Reperen (рег.номер 2021117625) и биологический клей GluBran-2 для его фиксации. Все 5 пациентов мужского пола, у 3 из них установлен диагноз односторонней паховой грыжи, у 2 - двухсторонняя. В соответствии с классификацией NYHUS грыжи относились к II-IIIa типу. Возраст пациентов составил от 34 до 58 лет,

индекс массы тела от 24,5 до 30,1. Всем пациентам проводили стандартную лапароскопическую трансабдоминальную преперитонеальную пластику (TAPP). После выделения грыжевого мешка и позиционирования сетки, ее фиксировали точечно с помощью 0,5 мл клея по всему периметру, при двусторонней грыже использовали 1,0 мл. Брюшину восстанавливали непрерывным швом. В послеоперационном периоде на 1-е и 3-е сутки пациенты заполняли индивидуальные опросники для оценки выраженности болевого синдрома. Контрольный осмотр с выполнением УЗИ области операции проводили через 3 месяца после операции. Проводя анализ с помощью опросника боли Carolinas Comfort Scale (CCS) отметили низкий уровень болевого синдрома и отсутствие другого рода болезненных ощущений при движении, а также ощущение инородного тела (сетки) в области хирургического вмешательства. Все пациенты были выписаны на 2-е сутки после операции. При снятии швов на 7-е сутки и опросе пациенты жалоб не предъявляли. В послеоперационном периоде осложнений не было, включая формирование гематом, скоплений жидкости и симптомов крепитации. При контрольном обследовании через 3 месяца признаков рецидива заболевания не отмечено, жалоб пациенты не предъявляли. Таким образом, использование нового сетчатого эндопротеза Reperen с фиксацией его клеем GluBran-2 при TAPP является безопасным и эффективным способом лечения пациентов с паховыми грыжами. Возможность прецизионной точечной фиксации сетки клеем во всех необходимых местах позволило исключить риск механического повреждения важных анатомических структур, минимизировав при этом возможность смещения сетки и рецидив грыжи. Предложенная методология позволила на небольшом числе первых пациентов продемонстрировать существенное снижение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Для оценки эффективности внедренной методологии в отдаленном периоде требуется накопление опыта и проведение дальнейших проспективных сравнительных исследований.

544. Место лапароскопической мезоректумэктомии у больных колоректальным раком, осложненным кровотечением

Качурин С.А., Мелконян Г.Г.

Москва

ГБУЗ «ГВВ №3 ДЗМ» г. Москва

Актуальность. Рак толстой кишки является одним из самых распространенных онкологических заболеваний. Одним из частых осложнений его является кровотечение и составляет, по данным ряда авторов, 2 – 26,8%. Цель: Определить место и возможность лапароскопической мезоректумэктомии у больных колоректальным раком, осложненным кровотечением. Материалы и методы. За период с 2018 по 2020 год авторами прооперировано 18 больных по поводу рака ректосигмоидного отдела ободочной кишки, верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки. Все больные госпитализированы в экстренном порядке с направительным диагнозом состоявшегося кишечного кровотечения, анемия тяжелой степени. Возраст поступивших больных колебался от 54 до 87 лет и в среднем составил 70,5 лет. Женщины и мужчины распределились поровну (мужчин – 10(55,5%), женщин – 8(44,5%). Уровень гемоглобина периферической крови при поступлении у больных колебался от 38 до 87г/л. Очень важно отметить, что у всех пациентов данной группы не было никаких клинических проявлений кишечной непроходимости. Результаты. Всем больным после подготовки выполнена экстренная колоноскопия. Причинами состоявшегося кровотечения/анемии стали: рак ректосигмоидного отдела ободочной кишки – 12(66,7%), рак верхнеампулярного отдела прямой кишки – 4(22,2%), рак среднеампулярного отдела прямой кишки – 2(11,1%). При необходимости больным во время колоноскопии выполнен гемостаз (коагуляционный/аргоноплазменная коагуляция). Нередко, при колоноскопии выявлялся стенозирующий характер опухоли до 3-8мм (13(72,2%) больных), без клинических проявлений обтурационной кишечной непроходимости. По морфологической структуре выявленные опухоли являлись аденокарциномами: G1 – 4(22,2%), G2 – 7(38,9%), G3 – 6(33,3%), G4 – 1(5,6%) Всем пациентам проводился онкологический консилиум, включающий онколога, химиотерапевта, морфолога и радиолога. Сроки предоперационной подготовки от момента госпитализации до операции составил 2-5 суток. Данные сроки были обусловлены либо

рецидивирующим характером кровотечения, либо высоким риском его повторного развития. При локализации опухоли в ректосигмоидном отделе ободочной кишки выполнялась лапароскопическая передняя резекция прямой кишки с РМЕ (12) и лимфодиссекцией в объеме D2, больным с локализацией опухоли в верхнеампулярном и среднеампулярном отделах прямой кишки выполнялась лапароскопическая передняя резекция прямой кишки с ТМЕ (8) и лимфодиссекцией в объеме D2, и выведением превентивной илеостомы.. Все операции выполнялись по правилам эмбрионально ориентированной хирургии с лигированием нижней брыжеечной артерии у основания. Послеоперационные осложнения оценивались в соответствии с классификацией хирургических осложнений по Clavien-Dindo. Первая степень выявлена у 5 больных. В 4 случаях это был парез желудочно-кишечного тракта. В 1 случае нагноение послеоперационной раны. При патоморфологических исследованиях все оперированные больные имели край резекции R0. Прорастание всех слоев стенки кишки выявлено у 13(72,2%) больных, прорастание до серозного слоя у 4(22,2%) больных, до мышечного слоя у 1(5,6%) больных. При исследовании брыжейки и мезоректум удаленного препарата выявлялось от 12 до 28 удаленных лимфатических узлов, что может говорить о качестве выполненной лимфодиссекции, во всех случаях целостность мезоректальной фасции была сохранена. Среди оперированных больных летальных исходов не было. Все больные выписаны из стационара на 5 – 7 сутки послеоперационного периода и после консультации онколога направлены на проведение адъювантной химиотерапии. Выводы. Примененный алгоритм лечения соответствует приказу ДЗМ г. Москвы от 15.01.2020 №16 и с высокой степенью вероятности обеспечивает лучший прогноз течения заболевания и более высокий уровень качества жизни. Так же, примененная у данной группы пациентов тактика позволила уменьшить сроки от момента установки диагноза до хирургического лечения. Дальнейшее взаимодействие с онкологическими службами города дает возможность получать «обратную связь» в послеоперационном периоде и позволяет иметь представление о течении заболевания и судьбе пациента.

545. Хирургическое лечение больных рефлюкс-эзофагитом, осложненным пептической стриктурой пищевода

*Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П.,
Адхамов Ш.А., Петухова Н.В.*

Москва

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

Рефлюкс-эзофагит является одним из наиболее распространенных заболеваний в хирургической гастроэнтерологии. У большинства больных (65-90%) отмечается незначительно выраженный (катаральный) эзофагит, у 10-35% - эрозивно-язвенный эзофагит, который возникает на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и нередко вызывает развитие осложнений – кровотечение (6-18%), пептическая стриктура (4-23%), пищевод Барретта (8-32%), укорочение пищевода (8-42%) С 2011 года на лечении находилось 56 пациентов в короткими пептическими стриктурами на фоне тяжелого рефлюкс-эзофагита и ГПОД. Было 35 мужчин и 21 женщина, в возрасте от 17 до 84 лет. Все стриктуры были менее 3 см в длину, при этом в диаметре ?5 мм у 16 больных, 5-10 мм у 22, ?10 мм у 18 пациентов. По классификации Б.В. Петровского кардиальные ГПОД диагностированы у 36 больных, кардиофундальные - у 20. У всех пациентов типичные симптомы (изжога, отрыжка, боль за грудиной) сменялись прогрессирующей дисфагией различной степени выраженности: 1 ст. – 28, 2 ст. – 19, 3 ст. - 9. Пациентам с анамнезом дисфагии менее 6 месяцев лечение начинали с баллонной дилатации (34 больных) под рентгенологическим контролем (РТВ). У больных с анамнезом более 6 месяцев и протяжённостью стриктуры более 2 см баллонная дилатация оказывалась не эффективной, ввиду чего проводили сеансы бужирования – 22 пациента. Сеансы бужирования и дилатации проводили до достижения диаметра пищевода в области стриктуры 18-20 мм. Спустя 2-3 недели всем больным проводили миниинвазивное хирургическое лечение в объеме лапароскопической (робот-ассистированной) фундопликации в модификации А.Ф.Черноусова. Крурорафию выполнили 37 больным, холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни произведена 13 пациентам. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Умеренная дисфагия (1 ст.), обусловленная гиперфункцией манжетки и

отеком в области проведенной операции, в раннем послеоперационном периоде беспокоила 9 больных. У 6 пациентов через две недели после выписки выявлены признаки сохраняющейся стриктуры, что потребовало проведения 2 дополнительных сеансов баллонной дилатации под контролем РТВ. Были получены хорошие и отличные функциональные непосредственные и отдаленные результаты, и прослежены в сроки от 4 месяцев до 6 лет. В отдаленном периоде рецидива гастроэзофагеального рефлюкса диагностировано не было, рецидив пептической стриктуры на фоне заживления после проведенных сеансов будирования возник у 3 больных в первые три месяца после операции – всем проводились поддерживающие сеансы баллонной дилатации до диаметра 20 мм.

546. Опыт 150 роботических операций при колоректальном раке

*Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Кашапова А.Р.,
Прокопьев М.В.*

Уфа

Клиника БГМУ

Актуальность. Колоректальный рак выходит на первое место среди всех онкологических заболеваний. Несмотря на успехи современного химиолучевого лечения, наибольшую сложность представляет рак прямой кишки. Продолжается поиск новых решений улучшения результатов лечения рака толстой кишки, одним из которых, последнее время стало внедрение роботизированной хирургии. Высокая стоимость и большая продолжительность роботических операций при сопоставимых с результатами лапароскопических вмешательств, по данным большинства проведенных исследований, не стали ограничением для развития данного направления. В настоящее время в России работает более 30 комплексов da Vinci и появляются системы других производителей. Цель. Обосновать целесообразность применения роботизированной хирургии в лечении колоректального рака. Материал и методы: В университетской клинике БГМУ ежегодно выполняется более 500

роботических операций. В центре колоректальной хирургии накоплен опыт 150 операций при раке толстой кишки. Среди оперированных было 66 женщин (44%) и 84 мужчин (56%). 107 пациентов (71,3%) были с раком прямой кишки, 58 из которых (54,2%) имели локализацию в среднем и нижнем ампулярном отделе с выполнением тотальной мезоректумэктомии. 5 пациентов (3,3%) перенесли колпроктэктомии с формированием тонкокишечного J-образного резервуара в связи с наличием опухоли в прямой кишке, развившейся на фоне язвенного колита или семейного аденоматоза толстой кишки. 14 больных (6,7%), имели локализацию опухоли в правом фланге толстой кишки. В 29 случаях (19,3%) опухоль локализовалась в левой половине толстой кишки. Результаты и их обсуждение. Операции были выполнены на роботе da Vinci Si, с применением 3 рук и одного 12 мм ассистентского порта. Объем лимфодиссекции был при правосторонней гемиколэктомии D2, в бассейне нижней брыжеечной артерии - D3. Продолжительность операции зависела от локализации опухолевого процесса и объема выполненного оперативного вмешательства: правосторонняя гемиколэктомия - 225±31 минута; левосторонняя гемиколэктомия - 191±51 минута; резекция сигмовидной кишки – 135±32 минуты; передняя резекция прямой кишки – 234±63 минуты; экстирпация прямой кишки - 252±50 минут. Выполнено 2 конверсии (1,3%). 12 пациентов перенесли реоперации (8%), 2 пациента (1,3%) ввиду внутрибрюшного кровотечения, 2 (1,3%) ввиду спаечной кишечной непроходимости, 8 (5,3%) ввиду несостоятельности межкишечного анастомоза, 3 из которых (2%) развились под прикрытием превентивной стомы. В одном случае развился летальный исход (0,7%). Среднее время послеоперационного пареза составило 2,5 суток. Средний послеоперационный койко день составил 8 суток. Количество исследованных лимфатических узлов было 16±5. Спецификой роботической техники выполнения вмешательства является доминирование монополярной коагуляции при выполнении диссекции, позволяющая прецизионно разделять ткани с меньшим риском ятрогенного повреждения, более качественного выполнения мезоректумэктомии и интрасфинктерной резекции, что требует больших затрат времени. 2 года исследованного периода роботических вмешательств приходится на пандемию Covid-19, что сопровождалось кадровым дефицитом хирургического персонала. В этом контексте, выполнение роботизированной операции позволило экономить человеческий ресурс хирурга-ассистента без снижения качества выполнения

миниинвазивного вмешательства. Более качественное выполнение ультранизких резекций прямой кишки позволяет улучшить онкологический результат при сохранении сфинктера с последующим более высоким качеством жизни. Выводы. Несмотря на более высокие затраты и большую продолжительность роботических операций применение робота da Vinci в хирургическом лечении больных с колоректальным раком в настоящее время обосновано и оправдано. В специализированных центрах с большим потоком пациентов роботизированная хирургическая система должна представлять опцию, выбор которой должен служить инструментом для определения наиболее оптимального способа хирургического лечения.

547. Частота развития гастроуденальных кровотечений у пациентов со средней и тяжелой формой течения новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19

*Баранов Г.А., Галахов В.П., Кошелев И.А.,
Светашов В.С., Бахметов Т.Р.*

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

При ковид-инфекции желудочно – кишечное кровотечение (ЖКК) и гастроуденальное кровотечение (ГДК) в частности имеют высокий риск развития на фоне проводимой антикоагулянтной терапии. В случае ЖКК отмена такой терапии в свою очередь может привести к прогрессированию тяжелого вирусного заболевания и ухудшению прогнозов по выздоровлению. Исследование проводилось на базе Университетских клиник МГМСУ им А. И. Евдокимова: Клинический центр Covid-19 и «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ». С января по декабрь 2021 года госпитализировано суммарно 29837 пациентов с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом Covid-19». Из этого количества 10186 пациентов было на базе ГКБ им. братьев Бахрушиных и 19687 пациентов было в Клиническом центре Covid-19. К настоящему времени установлено, что особенностью течения данного вируса является его воздействие на систему свертывания крови с

последующим развитием гиперкоагуляционного синдрома, что и обуславливает включение в базовую терапию новой коронавирусной инфекции среднего и тяжелого течения антикоагулянтов, в соответствии с «Временными методическими рекомендациями» МЗ РФ. Также в базовую терапию входит назначение глюкокортикостероидов (ГКС). Из группы антикоагулянтов чаще всего применялись: Гепарин – антикоагулянт прямого действия, среднемолекулярный; Клексан – антикоагулянт прямого действия, низкомолекулярный. Из группы препаратов ГКС чаще всего применялся Дексаметазон. Согласно информации производителя, применение ГКС, в частности, Дексаметазона существенно повышает риск появления пептических язв, а назначение ГКС в комбинации с антикоагулянтами ожидаемо должно повысить риск развития осложнения в виде ГДК, как наиболее частая локализация ЖКК. Основным способом диагностики ГДК является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). По данным отчетов в ГКБ им. братьев Бахрушиных за 2021 год было выполнено 866 ЭГДС. Из них ГДК верифицированы у 28 больных, что составляет 3,2%. В Клиническом центре Covid-19 выполнено 506 ЭГДС, из которых верифицировано ГДК у 51 пациента, что составило 10,1%. Суммарно в университетских клиниках выполнено 1372 ЭГДС, из них подтвержденных ГДК было выявлено у 79 пациентов (5,8% в структуре ЭГДС). Таким образом, ГДК были выявлены и подтверждены эндоскопически всего 0,3% от числа всех пролеченных больных. Отмечено, что теоретически ожидаемого увеличения частоты ГДК, несмотря на назначение патогенетической терапии в виде комбинации ГКС и антикоагулянтов, не наблюдается. Причины могут быть связаны как с феноменом гиперкоагуляции крови при Covid-19 инфекции, так и с обязательным назначением гастропротекторов у всех госпитализированных пациентов. С учетом клинической значимости проблемы желудочно-кишечных кровотечений в условиях ковид-стационаров работа службы эндоскопии в круглосуточном режиме и наличие среди врачебного персонала специалистов-хирургов является необходимым организационным решением.

548. Предикторы диагностики холедохолитиаза*Жеребцов Е.С., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Актуальность. Оставление конкрементов желчевыводящих путей (ЖВП) в среднем у 5% больных после удаления желчного пузыря (ЖП) остается одной из неразрешенных проблем билиарной хирургии. Одной из основных причин резидуального холедохолитиаза (РХЛ) является несвоевременная диагностика конкрементов холедоха, что требует оптимизации обследования больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Цель исследования. Выявить предикторы холедохолитиаза (ХЛ) среди данных первичного обследования больных ЖКБ, позволяющие своевременно заподозрить у пациента конкременты ЖВП и достичь однозначной трактовки диагностических данных за счет рационального расширения объема пред- и интраоперационного обследования. Материал и методы. Исследование проведено на основании результатов обследования 208 больных ЖКБ с подозрением на ХЛ: у 154 из них в результате хирургического лечения ХЛ был подтвержден, у 54 – исключен. Анализ проводили среди результатов первичного обследования пациентов: анамнестических и объективных данных, клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, коагулограммы, ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) и фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Поиск предикторов осуществляли при помощи Receiver Operating Characteristic (ROC)-анализа всех полученных показателей с построением характеристических кривых и определением точки отсечения – критического значения для параметра. Значимыми предикторами считали показатели с площадью под кривой (AUC) более 60% и значимостью (p) не более 0,05. Оценку общего качества модели (ОКМ) использовали для стратификации силы предикторов. Полученные результаты. Исследование позволило выявить 15 предикторов среди показателей первичного обследования больных ЖКБ, которые, в зависимости от значения ОКМ, были разделены на слабые (ОКМ 0,50-0,55), средней силы (ОКМ 0,56-0,60) и сильные (ОКМ более 0,61) предикторы. Размер наименьшего конкремента ЖП при УЗИ ОБП менее 5 мм (AUC=60,6%, p=0,05, ОКМ=0,50),

относительный уровень нейтрофилов более 60% (AUC=64,7%, p=0,019, ОКМ=0,52) и СОЭ более 11 мм/ч (AUC=64,0%, p=0,027, ОКМ=0,52) в клиническом анализе крови, а также факт отсутствия поступления желчи из большого сосочка двенадцатиперстной кишки при ФГДС (AUC=63,4%, p=0,002, ОКМ=0,55) были отнесены к группе слабых предикторов. Данные о наличии признаков механической желтухи в анамнезе (AUC=63,5%, p=0,001, ОКМ=0,56), уровень общего белка крови менее 76 г/л (AUC=65,6%, p=0,001, ОКМ=0,56), длительность ЖКБ более 1 года (AUC=77,0%, p<0,001, ОКМ=0,57), возраст старше 58 лет (AUC=65,5%, p<0,001, ОКМ=0,58), и билирубинурия (AUC=67,1%, p<0,001, ОКМ=0,59) были определены как предикторы средней силы. Уровень АЛТ более 66 Ед/л (AUC=75,8%, p<0,001, ОКМ=0,69) и АЛТ более 63 Ед/л (AUC=76,8%, p<0,001, ОКМ=0,70), общего билирубина более 44,4 мкмоль/л (AUC=82,6%, p<0,001, ОКМ=0,76) и прямого – более 9,8 мкмоль/л (AUC=85,7%, p<0,001, ОКМ=0,79), длительность острого заболевания более 2 дней (AUC=65,4%, p<0,001, ОКМ=0,70), а также диаметр гепатикохоледоха более 6 мм по результатам УЗИ ОБП (AUC=80,9%, p<0,001, ОКМ=0,75) вошли в группу сильных предикторов ХЛ. Выявление двух сильных или трех средней силы предикторов, равно как и выявление их более одного в каждой из групп свидетельствуют об умеренном риске ХЛ, что требует расширения объема до- или интраоперационного (при наличии показаний к срочному хирургическому лечению) обследования. Вывод. Оценка и выявление предикторов в ходе первичного предоперационного обследования помогает при ЛХЭ установить наличие конкрементов ЖВП за счет расширения программы диагностики и позволяет заблаговременно реализовать адекватные хирургические подходы, снижая риски РХЛ.

549. Оптимальная программа хирургической профилактики резидуального холедохолитиаза*Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Жеребцов Е.С.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Актуальность. Применение современных малоинвазивных методов холецистэктомии (ХЭ), как не парадоксально, привело к увеличению частоты резидуального холедохолитиаза (РХЛ) до 5%, который является одной из актуальных проблем хирургии желчевыводящих путей (ЖВП). Определение оптимального алгоритма хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом (ХЛ) может помочь профилировать оставление конкрементов ЖВП. Цель исследования. Изучить актуальные подходы к хирургическому лечению больных ЖКБ, осложненной ХЛ и сформировать рациональную тактику хирургической профилактики оставления конкрементов ЖВП. Материал и методы. Исследование проведено на основании результатов хирургического лечения 154 пациентов с подтвержденными в ходе операции конкрементами ЖВП. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от тактических решений: 1) одноэтапное (n=56); 2) многоэтапное (два и более этапов хирургического лечения, n=77); 3) завершающее – отельная группа больных РХЛ (n=21) после ХЭ в других стационарах, у которых была изучена возможность и эффективность транспапиллярной холедохолитоэкстракции (ХЛЭ). Группу многоэтапного лечения разделили на две подгруппы в зависимости от первого этапа – ЛХЭ (n=27) или ХЛЭ (n=50). Сравнительный анализ проводили по суммарной длительности операции, длительности стационарного лечения и длительности необходимого лечения в отделении анестезиологии и реанимации (ОАиР), а также по относительному количеству осложнений. Исследуемые показатели оценивали на нормальность распределения по критерию Колмогорова-Смирнова, сравнение средних величин проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Значимыми считали различия при уровне значимости менее 0,05. Полученные результаты. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения позволил выявить значимые различия исследуемых показателей. Так, при одноэтапном подходе средняя длительность стационарного лечения составила $21,97 \pm 2,24$, а при многоэтапном – $25,97 \pm 2,4$ дней ($p = 0,017$).

Сравнение средней суммарной длительности операции также позволило выявить значимое ($p = 0,04$) преимущество одноэтапного подхода к хирургическому лечению ($218,75 \pm 20,6$ минут) по сравнению с многоэтапным ($253,83 \pm 25,04$ минуты). Кроме того, в ходе исследования установлено, что средняя длительность необходимого лечения в ОАиР меньше при одноэтапном хирургическом лечении и составляет $51,12 \pm 14,92$ часа, это значимо ($p = 0,016$) меньше таковой при многоэтапном подходе ($78,32 \pm 16,29$ часов). Установлено, что двухэтапный хирургический подход характеризовался относительно большим количеством после- и интраоперационных осложнений у 6 (7,8%) больных, тогда как при одноэтапном только у 3 (5,4%). Выполнение первым этапом ЛХЭ (n=27) при многоэтапном подходе у 18 больных было обусловлено деструктивным холециститом, у 9 – интраоперационной диагностикой ХЛ в сочетании с невозможностью выполнения одноэтапного лечения по причине высокого анестезиологического риска (n=4) и безуспешных попыток чреспузырной ХЛЭ, обусловленных поздней диагностикой (n=5). Выполнение транспапиллярной ХЛЭ в качестве первого этапа запланированного двухэтапного лечения оказалась эффективной у всех пациентов (n=50), однако у 12 из них при повторной манипуляции. Среднее время стационарного лечения у них составило $16,7 \pm 2,3$ дня, средняя длительность хирургического лечения – $87,1 \pm 10,9$ минут, поле которого в среднем требовалось $42,4 \pm 8$ часов лечения в ОАиР. Вывод. Наиболее рациональным вариантом хирургического лечения больных ЖКБ, осложненной ХЛ является одноэтапное выполнение ЛХЭ и ХЛЭ, применение которых следует рассматривать при наличии технической возможности и отсутствии у больного противопоказаний. Оптимальным способом устранения РХЛ является транспапиллярная ХЛЭ.

550. Хирургическая тактика при перфорации дивертикула ободочной кишки*Шаповальянц С.Г. (1), Платонова Е.Н. (2),**Линденберг А.А., Андрейцев И.Л. (2),**Болыхов К.В. (1), Шулаев А.В. (2), Соловьев Н.С. (2)*

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) ГБУЗ ГКБ № 31 ДЗМ

Актуальность. Осложнения, связанные с перфорацией дивертикула, возникают у 0,6% пациентов с дивертикулярной болезнью (ДБ) ободочной кишки, из них до 50% больных подвергаются экстренной операции при первой госпитализации. Летальность в экстренной хирургии ДБ составляет от 10% до 20%, в плановой - менее 2%. Цель исследования. улучшение результатов лечения пациентов с гнойно-септическими осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки. Материалы и методы. В стационар ГКБ № 31 в период с 2016 по 2021 гг. были госпитализированы 1055 пациентов с осложнениями ДБ. Из этого числа острые гнойно-септические осложнения возникли у 125 (11,8%) больных. Перфорация дивертикула с формированием абсцесса произошла в 64 (51,2%) наблюдениях, из них в 46 (71,9%) случаях прорыв абсцесса в брюшную полость привёл к развитию распространённого перитонита (Hinchey III), что потребовало выполнения неотложной операции. В 18 (28,1%) наблюдениях имел место абсцесс брюшной полости различной локализации (Hinchey Ib-II): в левой подвздошной области – у 6 (33,3 %) пациентов, в полости таза – у 5 (27,8 %) больных, в области корня брыжейки тонкой кишки и брыжейки сигмовидной кишки – в 3 (16,7 %) наблюдениях, в области левого латерального канала – в 4 (22,2 %) случаях. Диаметр полости абсцесса составил от 1,8 см до 11,8 см, в среднем – $5,76 \pm 2,8$ см в диаметре. Результаты: среди 46 пациентов с распространённым гнойным перитонитом (H-III), настоящее осложнение явилось первым проявлением ДБ в 41 (89,1 %) наблюдении. В группе из 18 пациентов с абсцессом (H-Ib, II), в 13 (72,2 %) случаях ранее имелись клинические проявления ДБ, при этом 11 (61,1%) больных перенесли эпизоды острого дивертикулита, а у 5 (27,8%) пациентов клинические признаки ДБ в анамнезе не обнаружены. Все 46 пациентов с распространённым гнойным перитонитом (H-III) были экстренно оперированы в объёме обструктивной резекции. Летальность в послеоперационном периоде составили 4 (8,7 %) из 46 пациентов. В последующем

восстановление пассажа выполнено в 14 (30,4 %) наблюдениях. У 28 (60,9%) пациентов восстановительная операция не выполнена, из них у 12 (42,9%) больных - из-за тяжелого соматического состояния. Среди 18 пациентов с абсцессом в 16 (88,9%) наблюдениях было выполнено дренирование под контролем УЗИ. В 2 (11,1%) наблюдениях УЗ дренирование не выполнялось в связи с отсутствием УЗ-окна. Один из этих пациентов оперирован в срочном порядке, второй - в плановом порядке, в объёме операции Гартмана. Из 16 наблюдений на фоне УЗ дренирования: в 1 случае (6,3%) произошла перфорация абсцесса в брюшную полость, потребовавшая выполнения экстренной операции Гартмана, 3 (18,7%) пациентам выполнена петлевая колостомия по причине неэффективности лечения. Дренаж из полости абсцесса удалялся в сроки от 12 до 154 дней, в среднем $29,3 \pm 2,4$ дня. После удаления дренажа в 3 случаях (18,7%) возник рецидив абсцесса через 12, 30 и 35 дней соответственно. В последующем 12 (75,0%) из 16 пациентов после выполнения УЗ дренирования были оперированы в плановом порядке в сроки от 3 до 6 мес. Отказ от плановой операции – в 2 (12,5%) случаях. В ходе последующего динамического наблюдения в течение 3,5 лет: у одного из этих пациентов - клинических проявлений не было, во втором наблюдении - пациентка 86 лет умерла через 24 месяца на фоне сопутствующих заболеваний. Двое пациентов в настоящее время ожидают плановой операции. Послеоперационной летальности в группе пациентов, подвергшихся УЗ-дренированию, не отмечено. Выводы: УЗ дренирование абсцесса брюшной полости у пациентов с осложнённым течением ДБ позволяет снизить количество экстренных операций и минимизировать летальность. Необходимо дальнейшее совершенствование методов УЗ дренирования и выявление клинических и инструментальных признаков высокой вероятности осложнённого течения ДБ.

551. Вакуум-ассистированная лапаростома при тяжёлой сочетанной травме

Товмасын Р.С. (1,2), Чевокин А.Ю. (2,1), Васильев М.В. (2,1), Мурадян Т.Г. (1)

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, 2) Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗ Москвы

Актуальность. Совершенно очевидно, что стратегия «damage control» на протяжении последнего десятилетия прочно вошла в обиход хирургов и травматологов. Эта стратегия, по сути, является безальтернативной для больных с политравмой и дополняется лишь техническими нюансами, не подвергая сомнению основной принцип этапности хирургического (травматологического) пособия, лимитированного «триадой смерти». Отчасти дискутабельными остаются технические аспекты реализации способов временного закрытия живота (ВЗЖ) в разделе «damage control surgery» (DCS). В литературе начали встречаться работы, в которых подвергается сомнению необходимость ВЗЖ с диастазом краев лапаротомной раны в связи с освоением принципов «рестриктивной» реанимации и снижением актуальности синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) (William Kirke Rogers, Luis Garcia, Intraabdominal Hypertension, Abdominal Compartment Syndrome, and the Open Abdomen, Chest, Volume 153, Issue 1, 2018, Pages 238-250). Материалы исследования. Мы располагаем опытом лечения 23 больных с тяжёлой сочетанной травмой (ТСТ), находящихся на лечении в Университетской хирургической клинике ГКБ имени Ф.И. Иноземцева г. Москвы (руководитель – д.м.н. профессор Щеголев А.А.) с 2016 по 2021 гг., у которых применялась стратегия DCS. Критерием включения в исследование были: примененная стратегия DCS и тяжесть травмы по шкале Injury Severity Score (ISS) более 16 баллов. Женщин – 8 (34,8%), мужчин – 15 (65,2%). Средний возраст больных составил 37,8 лет. Тяжесть травмы по ISS в общей когорте составила 23,5±5,3. I группа – 14 больных, которым в качестве ВЗЖ выполнялось либо стандартное ушивание лапаротомной раны (4 случая), либо ушивание кожи в лапаротомной ране (10 случаев). II группа – 9 больных, которым в качестве ВЗЖ выполнена вакуум-ассистированная лапаростома (ВАЛС) с широкой инкорпорацией компонентов системы в брюшную полость и максимальным диастазом краев лапаротомной раны. Группы были репрезентативны для сравнения

по полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний. Тяжесть травмы по ISS в I группе составила 21,4±2,2, во II группе – 26,3±4,8. Таким образом, тяжесть травмы во II группе была несколько выше. Результаты лечения. Общая летальность в исследовании составила 26% (6 больных). В I группе – летальность 28,6% (4 больных), во II группе – летальность 22,2% (2 больных). Количество релапаротомий в I группе – 2,3±1,1; во II группе – 1,2±0,4. При анализе структуры летальности в группах получены следующие результаты. I группа – причина смерти травматический и геморрагический шок 2 больных (50%, умерли до 48 часов от поступления), сепсис – 2 больных (50%, позже 72 часов от поступления). II группа – у всех умерших (2 больных) причиной смерти был шок, оба умерли в сроки до 48 часов после поступления. Сепсис как причина смерти во II группе не зарегистрирован. Частота сепсиса (критерии Сепсис-3) в I группе – 57,1% (8 больных), во II группе – 33,3% (3 больных). Обсуждение результатов и выводы. Несмотря на небольшое количество наблюдений, нельзя не отметить несколько меньшую летальность в группе ВАЛС, тяжесть травмы пациентов в которой была даже выше, чем в группе сравнения. Обращает на себя внимание также меньшее количество релапаротомий и низкая частота сепсиса в этой группе. По-видимому, ВАЛС можно рассматривать как приоритетный способ ВЗЖ в рамках DCS при политравме.

552. Отдаленные результаты комплексного лечения критической ишемии у пациентов с СДС

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов М.С., Рабаданова С.Р., Гереева З.К., Свеллиманов З.А.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Введение. Сахарным диабетом (СД) страдают 5-6% населения планеты с ежегодным приростом числа диабетиков на 4-5%. Наиболее тяжелым осложнением СД является синдром диабетической стопы (СДС), который развивается у 50% пациентов. При критической ишемии высокие ампутации

выполняют до 30 % пациентам с СДС, а летальность составляет 10%. Хирургические методы коррекции ишемии не всегда эффективны. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 102 пациентов с критической ишемией нижних конечностей 2-4 степени по Покровскому. В первую основную группу вошли 78 пациента, которым выполнены дистальная баллонная ангиопластика и стентирование сосудов. Вторую, контрольную группу составили 26 пациента. Состояние магистральных артерий пораженной конечности оценивали с помощью УЗАС и катетеризационной рентгеноконтрастной ангиографии. Мужчин было 54 (40 в основной и 14 в контрольной группе), женщин 48 (36 в основной и 12 в контрольной группе). Возраст больных колебался от 31 до 73 лет. Длительность заболевания в среднем в обеих группах составила 11 лет. Все больные были с инсулиннезависимым диабетом. Пациенты в обеих группах для стимуляции регионарного кровообращения и устранения ишемии тканей получали простагландины, средства, улучшающие реологические свойства крови и антиоксиданты. В основной группе хирургическое вмешательство состояло из 2-х этапов: на первом этапе для устранения критической ишемии и реваскуляризации всем больным проведена баллонная ангиопластика или стентирование артерий бедра и голени с использованием контралатерального и ипсилатерального антеградного доступов. На втором этапе, после устранения ишемии выполняли ампутации пораженных пальцев по разработанной в клинике методике (патент на изобретение № 2704471 от 28 октября 2019 г.). Пациенты основной группы в течение 14 суток после операции и через каждые 3 месяца после выписки получали вазопростан, который вводили на 200 мл 0,9% раствора хлористого натрия, медленно, в течение 2-х часов в дневное время. В контрольной группе ампутации пораженных пальцев выполняли по традиционной методике. Для предотвращения тромбообразования во время и после ангиопластики использовали медикаментозную терапию, которая включала в себя введение антикоагулянтов под контролем АЧТВ и МНО. Результаты. Анализ результатов лечения за 2 года показал, что повторные операции на стопе выполнены 7(13,5%) пациентам основной группы и 18(69%) - контрольной, из-за прогрессирования гнойно-некротического процесса на стопе. Высокие ампутации выполнены 5(9,6%) пациентам основной и 12(46%) –контрольной группы, летальность составила 1(1,6%) в основной и 3(11,5%) в контрольной группе. Таким образом,

вышеизложенная тактика лечения больных с диабетической стопой позволила сохранить функционально полноценную конечность у большинства пациентов в течение 2-х лет, успешно выполнить органосберегательные операции на стопе, тем самым уменьшить число высоких ампутаций и, на порядок снизить летальность у этой тяжелой категории больных.

553. Стентирование воротной вены в лечении рецидивирующих кровотечений у пациентов после панкреатодуоденальной резекции

*Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Зайцев Д.А.,
Овчаренко Д.В.*

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Цель. Продемонстрировать эффективность эндоваскулярного стентирования воротной вены, как метода при лечении рецидивирующих кровотечений у пациентов с развитием варикозного расширения вен портomesентериального бассейна после панкреатодуоденальной резекции. Методы и материалы. Представлены результаты лечения двух пациентов, поступивших на лечение в ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова с картиной рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений. Обоим пациентам ранее была выполнена панкреатодуоденальная резекция по поводу рака головки поджелудочной железы. Пациенты поступили по экстренным показаниям с анемией различной степени тяжести и жалобами на слабость, периодические боли в верхних отделах живота и черный жидкий стул. Результаты. По результатам проведенного обследования (множественные гастроскопии, колоноскопия) явного источника кровотечения из желудочно-кишечного тракта выявлено не было, однако сохранялись эпизоды мелены и снижения гемоглобина. По данным мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным

контрастированием выявлен стеноз воротной вены и выраженная варикозная трансформация вен портomesентериального бассейна. В обоих случаях пациентам выполнялась селективная ангиография чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, признаков экстравазации выявлено не было. Так же в обоих случаях выполнена чрескожная транспеченочная портография, по результатам чего определялся стеноз ветвей воротной вены и выраженная варикозная трансформация вен в области ранее выполненного оперативного вмешательства. После эндоваскулярного стентирования области стеноза воротной вены эпизоды рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений были купированы, что позволило выписать пациентов на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Обсуждение. Стеноз воротной вены является поздним и редким осложнением панкреатодуоденальной резекции, особенно при отсутствии резекционных этапов на воротной вене и интраоперационной лучевой терапии. Данное осложнение может приводить к возникновению труднодиагностируемых рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений с неблагоприятными прогнозами для данной группы пациентов. Эндоскопический методики гемостаза малоэффективны, а выполнение каких-либо открытых оперативным вмешательств (формирование порто-системных шунтов, тромбэктомии и другие) сопряжены с высокими рисками интраоперационных осложнений и летальности. Выводы: Эндоваскулярное лечение, такое как баллонная дилатация и стентирование стеноза воротной вены, позволяет с наименьшими рисками устранить причину возникновения варикозной трансформации вен портomesентериального бассейна, а также минимизировать риски повторных желудочно-кишечных кровотечений. Рекомендации. Пациенты с рецидивирующим желудочно-кишечными кровотечениями, в анамнезе у которых выполнялись оперативные вмешательства в панкреатодуоденальной зоне, требуют особенного подхода к обследованию и лечению. Необходима маршрутизация таких пациентов в многопрофильные клиники, которые имеют в своем составе хирургические отделения и отделения рентген-эндоваскулярной хирургии с опытом работы в гепатопанкреатобилиарной хирургии.

554. Гибридные лапаро-эндоскопические операции при опухолях ободочной кишки

Колосов А.В., Суровегин Е.С., Сушков О.И., Шахматов Д.Г., Ачкасов С.И.

Москва

ФГБУ "НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих"
Минздрава России

Актуальность. Колоректальный рак продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости в развитых странах. В свою очередь, аденомы толстой кишки являются промежуточным этапом канцерогенеза sporadicеских злокачественных опухолей данной локализации. «Золотым стандартом» в лечении колоректальных аденом является их эндоскопическое удаление. Однако, применение эндоскопических методик в 10–15% случаев ограничено крупным размером образования, его локализацией, наличием фиброзных изменений в подслизистом слое. Как правило, в таких случаях выполняется резекция сегмента кишки. В качестве альтернативы резекционным вмешательствам могут быть выполнены гибридные лапаро-эндоскопические (Л-Э) операции. Целью исследования было изучение непосредственных результатов подобных вмешательств. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 84 пациентов, оперированных по поводу эндоскопически неудаляемых аденом толстой кишки. 48 больным выполнены гибридные (Л-Э) вмешательства (основная группа), 36 пациентов оперированы в объеме лапароскопической резекции (ЛР) ободочной кишки (контрольная группа). Сформированные группы статистически значимо не различались по полу, возрасту, индексу массы тела, классу физического состояния пациента по шкале ASA, индексу коморбидности, размеру и локализации новообразования в ободочной кишке. Результаты. Длительность операции в обеих группах статистически значимо не различалась. Медиана этого показателя в группе гибридных вмешательств составила 120 мин., а при (ЛР)-130 мин. ($p=0,7$). Длительность стационарного лечения больных после операции в основной группе была меньше, чем в контрольной-5 против 7 дней, соответственно ($p=0,0012$). Послеоперационные осложнения в основной группе развились у 8 (16,6%), а в группе контроля-у 9 (25%) больных ($p=0,85$). Все осложнения ликвидированы при помощи консервативных мероприятий. Летальных исходов в обеих группах не было.

Позитивная граница резекции(R1) в группе гибридных операций была выявлена в 3(6,3%) случаях, и ни в одном наблюдении-в контрольной группе. Доброкачественный характер удаленных новообразований в группе гибридных операций с R1 границей резекции исключал необходимость повторных вмешательств. При контрольных эндоскопических исследованиях (Ме–5,5 месяцев после операции) признаков локального рецидива не выявлено. Медиана уровня выраженности болевого синдрома, оцениваемого по визуально-аналоговой шкале(ВАШ), у пациентов основной группы на 1-е сутки после операции составила 4 балла, что было статистически значимо ниже аналогичного показателя у больных контрольной группы–6,5 баллов($p=0,005$). На 2-е послеоперационные сутки данный показатель у пациентов обеих групп статистически значимо не различался–3 и 4 балла в группе гибридных и резекционных вмешательств, соответственно($p=0,076$). На 3-и сутки после операции уровень болевого синдрома у больных основной группы вновь оказался ниже, чем в группе контроля–1 против 3 баллов, соответственно($p=0,024$). Обсуждение. Выполнение гибридных (Л-Э) операций по поводу эндоскопически неудаляемых аденом ободочной кишки позволило добиться негативных границ резекции в 93,7% случаев. R1 границы резекции были выявлены в 3-х наблюдениях в основной группе, и вероятно, были связаны с отработкой методики операции. В дальнейшем, во всех случаях удавалось добиться радикального удаления новообразований. При этом частота послеоперационных осложнений в двух группах статистически значимо не различалась, что может свидетельствовать о безопасности гибридных операций. Выводы. Гибридные (Л-Э) вмешательства, по сравнению с резекционными, не увеличивают частоту послеоперационных осложнений, снижают уровень болевого синдрома у пациентов в послеоперационном периоде, а также сокращают сроки пребывания больных в стационаре после хирургического лечения. Результаты пилотного исследования позволяют рассматривать данные операции в качестве альтернативы резекции толстой кишки при лечении пациентов с аденомами, не подлежащими эндоскопическому удалению.

555.Коррекция патологии терминального отдела холедоха у больных с наружными дренажами желчных протоков.

Ковалевский А.Д.

Екатеринбург

ГБОУ ВО «УГМУ»

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является признанной методикой коррекции доброкачественных стенозов терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка. Но, несмотря на широкое её распространение, сохраняются достаточно высокие риски послеоперационных осложнений, достигающие 16,5%, и летальность на уровне 5,4%. Особенно тяжелыми являются осложнения, связанные с трудностями ретроградной канюляции холедоха. Во-первых, это острый постманипуляционный панкреатит, в 2-5% протекающий в тяжелой форме и достигающий летальности 13%. Основной причиной, вызывающей это состояние, являются длительная и травматичная канюляция холедоха или случайное попадание папиллотомы в главный панкреатический проток. Ещё одним тяжелым осложнением является ретродуоденальная перфорация, которая встречается в 0,3-2,4% наблюдений с летальностью до 16%. Риск повреждения стенки ДПК повышается при нарушенной анатомии перипапиллярной зоны, например при крупных парафатеральных дивертикулах или после перенесенных ранее операций в этой анатомической области. Следует помнить, что перфорировать ДПК можно не только при выполнении разреза, но и при использовании проводников и экстракции крупных конкрементов корзинкой Dormia. При наличии дренажа желчных протоков, используя различные методики антеградно-ретроградного «рандеву», можно свести к минимуму риски развития вышеописанных трудностей и, соответственно, осложнений. За период 2017 – 2019 г.г. (доковидный период) в хирургических отделениях городской клинической больницы № 14 г. Екатеринбурга было пролечено 230 больных с функционирующими наружными желчными дренажами. Нарушение дренажной функции на фоне стеноза терминального отдела холедоха было выявлено у 81 пациента (35,2%). Причем у 58 из них стеноз сочетался с единичными или множественными конкрементами холедоха. Камни были удалены через сформированный на дренаже наружный желчный свищ с использованием операционного холедохоскопа и

корзинок-литоэкстракторов. Крупные конкременты были предварительно фрагментированы с помощью механической, электрогидравлической или лазерной литотрипсии. У 70 пациентов стеноз удалось разрешить с помощью антеградно-ассистированной папиллосфинктеротомии. В 52 наблюдениях использовалась методика, заключающаяся в проведении через сужение в просвет ДПК биопсийных щипцов. Щипцами захватывали носик папиллотомы и заводили его в холедох. Папиллосфинктеротомию выполняли по классической методике. У 18 больных для заведения папиллотомы в холедох использовали проведенный в ДПК через дренаж или канал холедохоскопа эндоскопический проводник. Наличие парафатериальных дивертикулов в 24 наблюдениях не доставило сложностей при выполнении операции. У 4 пациентов, после выполнения папиллотомии, сохранялся участок стеноза холедоха. Для восстановления дренажной функции разрез дополнили баллонной дилатацией, выполненной вторым этапом. Еще у 7 больных эндоскопического доступа к БСДК не было из-за стенозов вышележащих отделов пищевода и желудка, перенесенных ранее операций или грубых рубцовых изменений в ДПК. Им была выполнена баллонная дилатация с хорошим эффектом. Во всех наблюдениях стеноз был успешно разрешен. Осложнения наблюдались у 7 пациентов. Общая частота осложнений составила 8,6%, в том числе – 1,2% III степени по Clavien-Dindo. Легкий панкреатит у 6 больных был купирован консервативной терапией. У 1 пациента с тяжелым панкреатитом потребовались ряд хирургических вмешательств. Больной выздоровел. Летальности не было. Применение папиллосфинктеротомии с использованием антеградного доступа в лечении больных со стенозирующими процессами терминального отдела холедоха и БСДК позволяют добиться высокой эффективности и снизить число осложнений.

556.Целесообразность длительной антикоагулянтной терапии у реконвалесцентов с тяжелой формой COVID-19

Кривошеков Е.П. (1), Ельшин Е.Б. (2), Романов В.Е. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) Самарская городская клиническая больница №8

Цель исследования. Уменьшение венозных тромбозов у реконвалесцентов после тяжелого течения COVID-19. Материалы и методы. В исследование вошли 130 человек в возрасте 45-75 лет, которые перенесли COVID-19 в виде тяжелой полисегментарной пневмонии (30-63% легких). Женщин-78, мужчин-52. На стационарном этапе пациенты получали все необходимое лечение, включая прямые антикоагулянты (гепарины). На амбулаторном лечении они были разделены на 4 группы. В 1 группе (n=32) назначали апиксабан по 2,5 мг 2 раза в сутки, продолжительностью 1 месяц. Во 2 группе (n=32) апиксабан был назначен так же, но на протяжении 6 месяцев. В 3 группе (n=32) назначали сулодексид по 250 ЛЕ 2 раза в сутки, а также ацетилсалициловая кислота по 100 мг в сутки, продолжительностью 1 месяц. В 4 группе (n=34) сулодексид и ацетилсалициловую кислоту пациенты принимали так же схеме, но на протяжении 6 месяцев. Результаты и обсуждение. Пациентам осуществлялись осмотр и обследование через 1,3,6 месяцев от начала амбулаторного этапа. Венозные тромботические события выявлены у 18(13,8%) пациентов. Из них - у 14(77,8%) человек тромбозы произошли на нижних конечностях: поверхностные 11(78,6%) случаев, глубокие - 3(21,4%) эпизода. У 4(22,2%) пациентов - выявлены тромбозы в венах верхних конечностей. Все 4 были поверхностные. ТЭЛА - не выявлено. Следует обратить внимание на период образования тромбозов: в первый месяц - у 4(22,2%) больных, от 1 до 6 месяцев- у 14(77,8%) человек (которые перестали принимать антикоагулянты). Большинство венозных тромбозов зафиксировано в период первых 3 месяцев после стационара- 13(72,2%) случаев. Следует отметить, что отличительной разницы между пациентами, которым назначался апиксабан, и которые принимали сулодексид и ацетилсалициловую кислоту- не выявлено. Однако имеются различия у групп, принимавших одинаковое лечение по препаратам, но различное по длительности.

Анализировались и сравнивались показатели коагулограммы, которые отображают изменения гемостаза и указывают на вероятность венозных тромбозов и тяжесть COVID-19. Это АЧТВ, МНО, фибриноген, ПТИ, тромбоциты. Данные показатели изменились незначительно. Зато достоверно уменьшился Д-димер в группах пациентов, которым назначалась антикоагулянтная терапия продолжительностью 6 месяцев. Что является положительным аспектом в прогнозе возникновения венозных тромбозов. При оценке безопасности проводимой антикоагулянтной терапии брали возникновение геморрагических осложнений, которые были отмечены у 1(3,1%) пациента в 1 группе и у 3(9,7%) человек во 2 группе. Следует отметить, что в 1 месяц после начала амбулаторного приема антикоагулянтов геморрагии зафиксированы у 1(3,1%) пациента в 1 группе, и 1(3,1%) пациента во 2 группе. А в период от 1 до 6 месяцев - у 2(6,2%) пациентов во 2 группе. Однако значимых и больших кровотечений - не было. Аписабан заменяли кратковременно на ацетилсалициловую кислоту, а потом возобновляли предшествующую антикоагулянтную терапию. Обратите внимание, что в 3 и 4 группах геморрагических осложнений - не произошло. Заключение. У реконвалесцентов после тяжелого течения COVID-19 считаем целесообразным назначение антикоагулянтной терапии: пероральных антикоагулянтов или комбинации сулодексиды с ацетилсалициловой кислотой - длительно, до полугода.

557. Опыт использования титановых сетчатых имплантатов для TAPP герниопластики

*Азимов Р.Х. (1), Шемятовский К.А. (1),
Никитин П.А. (1), Глушков П.С. (1), Горский В.А. (2)*

Москва

1) Центральная клиническая больница Российской Академии Наук, 2) Российский Университет Дружбы Народов

Актуальность. Полимерные сетчатые имплантаты, используемые при герниопластике грыж передней брюшной стенки, уже на протяжении десятков лет демонстрируют удовлетворительные клинические

результаты при правильной технике выполнения операции. Тем не менее, наблюдаются специфические осложнения, вызванные ответной реакцией окружающих тканей на полимерные материалы - поздние гнойные осложнения, формирование грубого соединительно тканного рубца и связанные с ним осложнения, разрушение имплантата, формирование свищей, сером и другие. Хотя частота их появления не столь высока, продолжают поиски более биосовместимых материалов, способных свести к минимуму осложнения, связанные с реакцией хронического воспаления. Одной из таких разработок является сетчатый имплантат, сплетенный из сверхтонких титановых нитей «титановый шелк». Некий скептицизм его применения, вызван, в первую очередь, негативным опытом использования ранних моделей имплантатов, выполненных из ригидных титановых нитей. Коллектив авторов демонстрирует многолетний опыт выполнения паховых герниопластик лапароскопическим доступом и удовлетворительные результаты лечения. Цель исследования. Продемонстрировать возможность использования «титанового шелка» для TAPP герниопластики и оценить ранние послеоперационные результаты лечения. Материалы. В хирургическом отделении ЦКБ РАН за период с 2018 по 2021гг было выполнено 110 TAPP герниопластик с использованием «титанового шелка». На 3-и и 90-е сутки после операции выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости без контрастирования, целью которой была оценка размеров имплантатов и их расположение в окружающих тканях. Производилось исследование качества жизни с помощью опросника SF36 у пациентов до операции и на 90-е сутки после операции, а также сравнение результатов с контрольной группой, где был использован сверхлегкий полипропиленовый имплантат. Результаты. Главной особенностью использования «титанового шелка» при TAPP герниопластике, при сравнении со сверхлегкими полипропиленовыми имплантатами, являлось отсутствие памяти формы и прилипание краев имплантата к окружающим тканям, что затрудняло его позиционирование. Имплантат, свернутый в цилиндр, легко проходил через 10мм троакар и расправлялся с помощью инструментов. Фиксация медиального края «титанового шелка» к лонному бугорку облегчала его окончательное позиционирование в области паховых ямок. Послеоперационный период после TAPP герниопластик с использованием имплантата «титановый шелк» протекал гладко. При сравнении с полипропиленовыми имплантатами не было

выявлено отличий в удовлетворенности качеством жизни и болевого синдрома в указанные сроки. Компьютерная томография органов брюшной полости выполнялась на 3-и и 90-е сутки после операции. Были оценены его размеры и расположение относительно окружающих тканей. Средняя площадь имплантата на 3-й сутки составляла 53.4 ± 17.6 см², на 90-е сутки - 55.2 ± 17.2 см². Статистически значимых отличий в размерах сетчатых имплантатов в указанные сроки отмечено не было ($p=0.7$). Расположение имплантатов в тканях соответствовало месту их интраоперационной установки. Заключение. Наш опыт показывает, что «титановый шелк» может стать альтернативой полимерным сетчатым имплантатам. Ряд технических недостатков имплантата модернизируются. В частности, проходят стендовые испытания саморасправляющиеся материалы для лапароскопической герниопластики, изменяется плетение краев имплантата для того, чтобы исключить их прилипание к окружающим тканям. Вероятно, в ближайшие годы «титановый шелк» будет более удобен в применении и займет более обширную нишу при герниопластике грыж передней брюшной стенки.

558. Эндоскопическое лечение пациентов с дивертикулумом Ценкера

Рахметов Р.Г., Ганиев Р.Ф., Авзалетдинов А.М.

Уфа

Клиника Башкирского государственного
медицинского университета

Актуальность. Дивертикул Ценкера представляет собой редкое заболевание, которое значительно влияет на качество жизни пациентов, поскольку снижает способность принимать пищу. При этом заболевании образуется большой грыжевой мешок, расположенный в задней стенке пищевода, чуть выше перстнеглоточной мышцы. Дивертикул Ценкера чаще всего встречается у пожилых пациентов. В последние годы, наряду с традиционными хирургическими методами, эндоскопическая дивертикулотомия заняла свою нишу в лечении данной патологии. Материалы и

методы. В эндоскопическом отделении Клинике БГМУ были проведены внутрископические вмешательства при дивертикулуме Ценкера 23 пациентам. Все пациенты госпитализированы в отделение торакальной хирургии с жалобами на дисфагию различной степени выраженности, чувство инородного тела в глотке. Для оценки размеров дивертикула и состояния слизистой полости дивертикула всем пациентам проводилось рентгеноскопическое и эндоскопическое исследование пищевода и желудка. Процедура проводилась в условиях операционной под интубационным наркозом на эндоскопическом видеокомплексе Olympus EVIS EXERA-III с видеогастроскопами серии 190 с инсуффлятором CO2 USR, Olympus. Для рассечения слизистой оболочки и крикофарингеальной мышцы использовался электрохирургический блок Olympus ESG-300 с инструментом needle-knife. Все оперативные вмешательства выполнены с использованием гибкого дивертикулоскопа Zenker's Diverticulum Overtube, «Cook Medical», что обеспечило хороший обзор зоны в области проведения процедуры и стабилизацию гастроскопа в этой зоне. Дивертикулоскоп устанавливался по ранее проведенному в просвет пищевода проводнику и последующим позиционированием под контролем гастроскопа. Следующим этапом проводилось рассечение слизистой и нижнего брюшка крикофарингеальной мышцы в режиме PulseCut Fast. Объем рассечения определялся строго индивидуально и исходил из анатомических особенностей у каждого пациента. В завершении процедур в 75% случаях на рану накладывали 1-2 эндоклипсы. Полученные результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило 50 минут. Осложнений при выполнении эндоскопической дивертикулотомии не отмечено. У 2 пациентов во время процедуры отмечалось появление подкожной эмфиземы. Через сутки после вмешательства проводилась контрольная рентгеноскопия с водорастворимым контрастным веществом, признаков экстраорганного распространения контраста не выявлено. Прием щадящей пищи был разрешен с 3-х суток, жалобы на дисфагию отсутствовали. Пациенты выписаны из стационара на 5-6 сутки с рекомендациями. Контрольный осмотр пациентов проводился через 6 месяцев с проведением эндоскопических и рентгенологических методов исследований. Во всех клинических случаях пациенты отмечали восстановление акта глотания и улучшение качества жизни. Проявления признаков дисфагии не наблюдалось. Выводы. Эндоскопическая

дивертикулотомия — при наличии современного оборудования и соответствующей квалификации врача является эффективным и безопасным методом лечения дивертикула Ценкера и может быть альтернативой другим методам лечения данного заболевания. Данная методика обладает хорошим клиническим эффектом и отличается малой травматичностью, и как следствие этого — короткими сроками госпитализации и реабилитации пациентов.

559. Уникальный случай синдрома Кушинга вследствие АКТГ-эктопической продукции медуллярной карциномой щитовидной железы

Тимофеева Н.И., Русаков В.Ф., Черников Р.А., Семенов А.А., Придвижкина Т.С., Алексеев М.А.

Санкт-Петербург

СПбГУ

Мужчина 39 лет с уровнем кальцитонина более 4000 пг/мл и узлом 5 см в правой доле щитовидной железы, а также с шейной лимфаденопатией - множественными метастазами в центральные и боковые лимфоузлы шеи справа размером до 2,5 см в плановом порядке направлен в эндокринное отделение клиники СПбГУ для хирургического лечения. При поступлении пациент находился в тяжелом состоянии, в сопоре, с тетрапарезами, с кахексией и тяжелой гипокалиемией — уровень калия составил 1,34 ммоль/л. Была выявлена гиперкортизолемиа (1613,2 нмоль/л) и высокий уровень АКТГ 24,7 пмоль/л. В ответ на внутривенное введение 32 мг дексаметазона не было подавления уровня АКТГ. При компьютерной томографии не выявлена патология гипофиза. Отмечено диффузное утолщение обоих надпочечников: 1,6 см справа и 1,4 см слева. Также был выявлен 2,5x1,8 см инфильтрат, накапливающий контраст, в S3 левого легкого вдоль медиастинальной плевры. Этот инфильтрат, также как и опухоль щитовидной железы были заподозрены в качестве источников эктопической продукции АКТГ. Выполнить бронхоальвеолярный лаваж с целью выявления гиперпродукции АКТГ было признано невозможным в силу тяжелой тромбоцитопении. После коррекции водно-электролитных расстройств

была выполнена операция — тиреоидэктомия, центральная и боковая (справа) шейная лимфаденэктомия. В послеоперационном периоде уровень кальцитонина снизился до 126 пг/мл, уровень кальция и ПТГ крови оставались в пределах референсных значений. После операции отмечалось резкое падение уровня кортизола крови и АКТГ, в связи с чем проводилось внутривенное и затем пероральное введение глюкокортикоидов для профилактики развития надпочечниковой недостаточности. При гистологическом исследовании выявлена медуллярная карцинома 5 см правой доли щитовидной железы солидной структуры с широкой инвазией в капсулу щитовидной железы, в окружающую жировую клетчатку и с местной сосудистой инвазией. При ИГХ выявлена гиперпродукция АКТГ тканью медуллярной карциномы ЩЖ. Также имела место папиллярная микрокарцинома, 0,5 см, tall cell вариант, в перешейке ЩЖ. Было поражено 7 боковых и центральных лимфоузлов шеи размерами до 2,5 см метастазами медуллярной карциномы. На пятый день после операции выполнена КТ грудной клетки, при которой выявлена легочная и интерстициальная инфильтрация наряду с шарообразными фокусами с очагами распада в центре в обоих легких. Туберкулез был исключен. При обследовании выявлен инвазивный аспергиллез как следствие двусторонней пневмонии и тяжелого иммунодефицита после новой коронавирусной инфекции, перенесенной в сентябре 2020г., а также гиперкортизолемии вследствие АКТГ-эктопического синдрома. Интенсивная противогрибковая терапия (вориконазол внутривенно) и консервативная терапия привели к значительной положительной динамике состояния пациента и существенному улучшению результатов повторных исследований грудной клетки при компьютерной томографии. Таким образом этот пациент — уникальный случай синдрома Кушинга вследствие АКТГ-эктопической продукции медуллярной карциномой ЩЖ и успешного лечения пациента с гиперкортизолемией при помощи тиреоидэктомии и шейной лимфаденэктомии.

560.Эффективность методов одномоментной костной аугментации при лечении пациентов с ороантральными соустьями

Сипкин А.М., Шапиро И.Э.

Москва

Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф.Владимирского

Актуальность. Наиболее распространенной операцией в хирургической стоматологии является экстракция зуба. Указанное оперативное вмешательство может сопровождаться возникновением непосредственных или отсроченных осложнений. Зачастую удаление зубов дистальных отделов верхней челюсти, а также операции на альвеолярном отростке верхней челюсти сопровождается перфорацией дна верхнечелюстной пазухи. Возникающее сообщение полости рта с верхнечелюстным синусом требует от хирурга принятия срочных мер по его устранению, так как ороантральное соустье является потенциальным путём распространения одонтогенной инфекции из полости рта в полость верхнечелюстного синуса, что в свою очередь может провоцировать возникновение одонтогенного верхнечелюстного синусита. На сегодняшний день насчитывается более 60 хирургических методов устранения ороантрального соустья, однако большинство из них подразумевает лишь воссоздание физического барьера между ротовой полостью и полостью пазухи, не преследуя цели одномоментной костной аугментации альвеолярного отростка верхней челюсти. Материалы и метод. Восстановление жевательной группы зубов является важным аспектом стоматологического здоровья пациента. Предложенный нами метод одновременной костной аугментации при устранении ороантрального соустья не только обеспечивает условия для скорейшего восстановления объёма костной ткани и дентальной имплантации, но и снижает вероятность рецидивирования ороантрального соустья и, как следствие - хронического одонтогенного синусита. На кафедре челюстно-лицевой хирургии и госпитальной хирургической стоматологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с сентября 2020 года по настоящее время 30 пациентам в возрасте от 20 до 60 лет с ороантральными соустьями разного диаметра и хроническими одонтогенными верхнечелюстными синуситами, были проведены оперативные вмешательства по устранению ороантрального

соустья с одновременным восстановлением объёма костной ткани в области дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти, с применением сгустков L-PRF. Последние обладают выраженными ангиопролиферативными и остеоиндуктивными свойствами, что в значительной степени ускоряет костеобразование в области дефекта. Полученные результаты. По прошествии 6 месяцев результат операции оценивался с помощью КТ-исследований. Рентгенологические данные свидетельствуют об удовлетворительных результатах замещения костного дефекта без потери объема костного материала, использованного во время операции. При этом рецидивирования ороантрального соустья не отмечалось ни в одном из случаев. Выводы. Таким образом предложенная методика лечения ороантрального соустья позволяет сократить время подготовки пациента к дальнейшей дентальной имплантации в области предшествующего дефекта и обеспечить минимальное количество послеоперационных осложнений, таких как рецидив ороантрального соустья.

561.«Болевые точки» в лечении толстокишечной непроходимости опухолевого генеза в дежурном хирургическом стационаре

Корымасов Е.А., Фесюн А.В.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Современный период характеризуется увеличением числа пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью, госпитализируемых в дежурные хирургические стационары. Действующие Клинические рекомендации подразумевают необходимость разрешение непроходимости консервативными мероприятиями либо (при неэффективности) выполнение первым этапом декомпрессионных операций (колостомия, стентирование) с последующим выполнением радикальных операций в специализированном онкологическом учреждении. Однако возрастание оперативной активности в экстренном порядке, а также особенности патологического процесса

(запущенность, осложнения, состояние кишки) делает разгрузочные стомы неадекватными или невыполнимыми способами лечения. Непростое течение послеоперационного периода очень у многих больных не способствует своевременному переходу пациентов на следующий уровень оказания помощи. Цель. Разработка стратегии выполнения первичных резекций кишки при острой кишечной непроходимости в условиях экстренной хирургии с целью спасения жизни больного и радикального лечения основного заболевания. Материал и методы. В исследование включены 4397 пациентов, оперированных в хирургических отделениях Самарской области в экстренном порядке по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза за период с 2013 по 2021 г. У всех пациентов опухоль локализовалась в нисходящей и сигмовидной кишках. Стратегия подразумевала практическую подготовку хирургов к операции с соблюдением принципов футлярности, абластики, антиабластики, лимфодиссекции, совместное обсуждение вопросов хирургами, онкологами и морфологами, быструю госпитализацию пациентов с разгрузочной колостомой и неудаленной опухолью в онкологический стационар. Первичная резекция кишки была возможна в случае переносимости пациентом данного объема вмешательства, при отсутствии карциноматоза брюшины и множественных метастазов в печени, резектабельности. Альтернативы резекции не было, если интраоперационно были выявлены и другие осложнения, исключающие возможность оставления кишки с опухолью в брюшной полости. Результаты и обсуждение. Анализ выявил рост числа операций за указанный период. При этом удельный вес разгрузочных колостом уменьшился с 45,9% до 25,6%. Соответственно произошло увеличение числа первичных резекций с выведением проксимальной колостомы с 54,1% до 74,4%. При этом первичная резекция кишки не должна быть самоцелью во всех ситуациях безоговорочно. Разгрузочная колостома выполняется самым тяжелым больным. Именно поэтому и показатели послеоперационной летальности составляют от 19,1% до 35,3%. Однако не произошло снижения летальности и после первичных резекций кишки. Она составила 15,7-17,4%. На невозможность дальнейшего снижения этого показателя оказали влияние другие осложнения со стороны кишки (кровотечение, перфорация), а также увеличивающийся полиморбидный фон. Определенный вклад в последние два года внесла в это коронавирусная инфекция, которая способствовала поздней

госпитализации и декомпенсации систем жизнеобеспечения. Выводы и рекомендации. Современная стратегия оказания помощи больным с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза должна обоснованно склоняться в пользу первичных резекций кишки с выведением проксимальной колостомы. Это будет способствовать улучшению непосредственных результатов лечения и повышению доступности онкологической помощи пациентам. Повышение квалификации врачей в вопросах онкологического радикализма будет способствовать улучшению отдаленных результатов.

562. Острый панкреатит: разная этиология – разный патогенез

Корымасов Е.А. (1), Жданов А.В. (1,2), Хорошилов М.Ю. (1)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) ЧУЗ «КБ РЖД-Медицина (г. Самара)»

Актуальность. Представленная в Клинических рекомендациях стратегия лечения острого панкреатита подразумевает единые подходы, опирающиеся на единые механизмы патогенеза вне зависимости от этиологических факторов. Внутрипротоковая гипертензия, лежащая в основе этого заболевания, заставляет рассматривать применение эндоскопических транспиллярных вмешательств по восстановлению оттока панкреатического сока из главного панкреатического протока (ГПП) через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДПК). Цель. Уточнение механизмов развития различных этиологических форм острого панкреатита. Материал и методы. В исследование включены 238 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени за период с 2013 по 2020 г. Используются клинические, лабораторные, инструментальные методы (дуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, мультиспиральная компьютерная томография). По этиологии выделяли панкреатит: алиментарно-

алкогольный – у 184 человек, билиарный – у 29 человек, после транспилярных вмешательств (острый постманипуляционный панкреатит - ОПП) – у 19 человек, посттравматический – у 6 человек. Результаты и обсуждение. У 19 пациентов с ОПП выполнено стентирование ГПП. У всех была внутрипротоковая гипертензия с проксимальным блоком за счет отека БСДПК вследствие повреждения слизистой оболочки ГПП. С этим же была связана и гиперферментемия. Дуоденопанкреатический и билиопанкреатический рефлюксы отсутствовали. БСДПК был проходим в ортоградном направлении, поэтому выраженный болевой синдром не сопровождался механической желтухой и билиарной гипертензией. При канюляции БСДПК сразу же было получено хорошее поступление панкреатического сока в ДПК. Стентирование ГПП позволило облегчить течение панкреатита и не допустить операции. Патогенетическое обоснование эндоскопической папиллосфинктеротомии при остром билиарном панкреатите связано с извлечением конкремента, ущемленного в БСДПК. Внутрипротоковая панкреатическая гипертензия связана с проксимальным блоком. Пройодимость БСДПК отсутствует. Однако повреждения слизистой оболочки ГПП при этом нет. Устье ГПП сдавлено снаружи. Характерен внезапный и сильный болевой синдром, ультразвуковые признаки холедохолитиаза и билиарной гипертензии и механическая желтуха. Своевременная эндоскопическая литоэкстракция обрывает острый панкреатит, и при этом не требует стентирования ГПП, так как слизистая оболочка ГПП не повреждена. У 15 из 184 пациентов с острым панкреатитом алиментарно-алкогольной этиологии была предпринята попытка восстановления нарушенного оттока панкреатического сока в связи с выраженной гиперферментемией, острым жидкостным скоплением и томографическими признаками поперечного некроза ГПП в области перешейка. Пройодимость БСДПК и устья ГПП были сохранены. Внутрипротоковая гипертензия носила дистальный характер за счет сдавления протоков малого и среднего калибра отечной интерстициальной и железистой тканями. Усугубления клинической симптоматики после этого не отмечено. Однако клинически и лабораторно выраженных эффектов не получено. Аналогичное впечатление у нас сложилось и о нецелесообразности стентирования ГПП при посттравматическом панкреатите, при котором внутрипротоковая гипертензия имела дистальный уровень блока, а клиническая картина была обусловлена прямым ацинарным повреждением и

кровозилиянием в ткань железы. Выводы и рекомендации. 1. Каждая этиологическая форма острого панкреатита имеет единое ключевое звено патогенеза, но различные механизмы реализации. Это требует взвешенного подхода к эндоскопическим транспилярным вмешательствам, направленным на улучшение оттока панкреатического сока. 2. Необходимо выделение в классификации «острого постманипуляционного панкреатита», который имеет особенности патогенеза и требует стентирования ГПП. 3. Острый билиарный панкреатит требует эндоскопической транспилярной литоэкстракции, но без стентирования ГПП. 4. Патогенез алиментарно-алкогольного панкреатита делает бессмысленным применение эндоскопических методик.

563. Перспективы улучшения результатов лечения хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением

Зорик В.В., Попандопуло К.И., Карипиди Г.К., Истягин А.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность. Распространенность язвенной болезни в России составляет от 1,7 до 5%, которые осложняются кровотечением в 5 – 10% случаев. Летальность при язвенных кровотечениях остается высокой (3,3 – 15%), достигая у оперированных пациентов 25% и выше, а в случае рецидива может достигать 50%. Это указывает на значимость новых подходов при лечении этой сложной категории больных. Цель исследования: определить перспективы улучшения результатов лечения хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением. Материалы и методы. В хирургических отделениях ГБУЗ ККБ СМП г. Краснодара с 2018 года по 2021 год находилось на лечении 323 пациентов с кровоточащими дуоденальными язвами. Мужчин было 248 (76,8%), женщин – 75 (23,2%). Средний возраст $56,3 \pm 2,4$ лет. Всем пациентам при поступлении с диагностической и лечебной целью выполнялась фиброгастродуоденоскопия. Для оценки состояния

дуоденальной язвы и выбора лечебной тактики применялась классификация J. A. N. Forrest, (1974г.) Для эндоскопической остановки кровотечения использовали следующие варианты эндогемостаза: орошение язвы сосудосуживающими, гемостатическими и денатурирующими растворами медикаментами, подслизистая паравазальная инфильтрация гемостатическими и сосудосуживающими средствами, клипирование, монополярная коагуляция и комбинация нескольких методов (инфильтрация + клипирование; инфильтрация + коагуляция; клипирование + аппликация). Дальнейшее лечение зависело от эффективности эндогемостаза и прогноза рецидива кровотечения. При хирургическом лечении дуоденальных язв использовали мостовидную, сегментарную дуоденопластику и разработанный на кафедре способ экстрадуоденизации язвы с применением клея «Сульфакрилат». Результаты и обсуждение. Эндоскопический гемостаз достигнут у 252 больных (78,1%). Моногемостаз с применением одной эндоскопической методики применен у 62% больных (аппликация - 20%, инфильтрация - 21%, клипирование - 9%, коагуляция - 12%). Комбинированный гемостаз применен у 38% пациентов (инфильтрация + клипирование - 15%, инфильтрация + коагуляция - 16%, клипирование + аппликация - 7 %). Около 80% рецидивов после эндогемостаза возникло при применении одной эндоскопической методики, при использовании комбинированного гемостаза зафиксировано наименьшее количество рецидивов (инфильтрация + клипирование - 8%, инфильтрация + коагуляция - 11%, клипирование + аппликация - 1%). Оперативные вмешательства были выполнены у 71 (21,9%) пациентов. Для сравнения результатов различных способов дуоденопластики мы выделили две группы. Контрольную группу составило 36 человека. В этой группе мы придерживались активно-выжидательной тактики, для хирургического лечения применяли мостовидную или сегментарную дуоденопластику. В основную группу вошло 35 пациентов. При оперативном лечении в этой группе мы придерживались индивидуализированной тактики, которая была основана на прогнозе рецидива кровотечения после проведенного эндогемостаза. Для лечения пациентов основной группы был использован разработанный нами метод экстрадуоденизации кровоточащей язвы задней стенки ДПК с применением медицинского антибактериального противовоспалительного клея «Сульфакрилат». В основной группе осложнения возникли у 7,9%, умерло 2 пациента, в контрольной

группе осложнения составили - 16%, умерло - 6 человек. Послеоперационная летальность составила 11,2%. Выводы. Таким образом для улучшения результатов лечения хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением необходимо широко использовать различные способы эндогемостаза, отдавая предпочтение комбинированному методу. При хирургическом лечении целесообразно использовать индивидуализированную тактику, которая основана на прогнозе рецидива кровотечения после проведенного эндогемостаза. Операцией выбора может служить разработанный на кафедре способ экстрадуоденизации язвы с применением клея «Сульфакрилат».

564.Выявление закономерностей расположения околощитовидных желез с использованием алгоритмов машинного обучения может оптимизировать хирургическую тактику при выполнении двусторонней ревизии шеи

Бузанаков Д.М. (1), Слепцов И.В. (1), Черников Р.А. (1), Семенов А.А. (1), Новокшонов К.Ю. (1), Карелина Ю.В. (1), Макарьин В.А. (1), Успенская А.А. (1), Тимофеева Н.И. (1), Горская Н.А. (1), Алексеева С.А. (1), Чинчук И.К. (1), Малюгов Ю.Н. (1), Федоров

Санкт-Петербург

1) КВМТ им. Н.И. Пирогова СПбГУ, Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии, 2) Медицинский факультет СПбГУ

Актуальность. Двусторонняя ревизия шеи (ДРШ) является основополагающим методом в хирургии околощитовидных желез. Визуализация всех четырех желез может снизить риск послеоперационной персистенции первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) за счет выявления случаев множественного поражения, пропущенных на предоперационном этапе. Однако даже для опытного эндокринного хирурга выполнение ДРШ может нередко представлять трудность из-за вариабельности анатомии околощитовидных желез. Материалы и методы. В 2020 году в Клинике СПбГУ прооперировано 433 пациента с ПГПТ. В 178

случаях записаны подробные протоколы ДРШ с указанием расположения каждой из околощитовидных желез. Варианты положения верхних околощитовидных желез были разделены на три группы: верхнее (у места входа возвратного гортанного нерва в гортань и выше него), параневральное (ниже места входа возвратного гортанного нерва, по задней поверхности доли щитовидной железы) и нижнее (параазафагеальное). Положение нижних околощитовидных желез классифицировались как верхнее (латеральная поверхность доли щитовидной железы), нижнее (у нижнего полюса доли щитовидной железы) и интратимическое. Обработка и анализ данных проводились в R. Результаты. Описано 12 (6,5%) случаев множественного поражения (более чем одна гистологически подтвержденная аденома). Всего была удалена 191 аденома. В 142 случаях интраоперационно были визуализированы все четыре железы. Полная симметрия обнаружена в 59 случаях (41,5%); симметрия только верхних или нижних желез – еще в 30 (21,1%) случаях. Нижние железы достоверно чаще не визуализировались во время операции ($p = 0,005$), чем верхние. Разницы между сторонами обнаружено не было. Частота распределения аденом между разными железами не отличалась. Для прогнозирования положения каждой железы на основании положения других желез были созданы деревья решений. Точность полученных моделей для каждой из желез была выше, чем точность модели, основанной только на правиле симметрии, но статистическая значимость различий ($p < 0,05$) была получена только для нижних околощитовидных желез. Точность моделей для правой верхней, правой нижней, левой верхней и левой нижней желез составила 78,1 % ($p = 0,146$), 78,57 % ($p = 0,033$), 74,2 % ($p = 0,18$) и 83,33 % ($p = 0,009$) соответственно. Обсуждение. Меньшая предсказательная ценность модели для верхних желез может быть связана с недостатками используемой классификации. Построение модели на большей выборке может увеличить точность предсказания, сформулировать правила, облегчающие поиск для повышения эффективности и уменьшения времени операции. Выводы. 1. Положение каждой конкретной железы может быть предсказано на основании интраоперационных находок. 2. Точность модели различна для каждой железы, предсказательная ценность выше в отношении нижних. 3. Алгоритмы машинного обучения могут помочь стандартизировать хирургическую тактику при выполнении двусторонней ревизии шеи.

565. Хирургическое лечение синдрома механической желтухи в условиях клинической больницы скорой медицинской помощи

Павлов Ю.В. (1,2), Магомедов Р.Г. (1),
Дерстуганов В.А. (1), Сергеев А.Н. (2)

Тверь

- 1) ГБУЗ Тверской области «Клиническая больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ ТО КБСМП,
- 2) ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
ФГБОУ ВО ТвГМУ МЗ РФ Тверь

Механическая желтуха (МЖ) является опасным осложнением заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). Пациенты госпитализируются по экстренным показаниям в общехирургические стационары. Традиционные хирургические вмешательства (ТХВ) сопровождаются высокой (до 20-22%) летальностью. Цель исследования. Изучить особенности лечебно-диагностической тактики в отношении пациентов с механической желтухой и возможность применения миниинвазивных методов лечения данной патологии в общехирургическом стационаре. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 207 больных с синдромом МЖ. Опухоли ГПДЗ диагностированы у 106 (52,2%) пациентов, из них опухоль головки поджелудочной железы – у 86 (81,1%) человек, а опухоли внепечёночных желчных протоков – у 20 (18,9%). В 101 случае (48,8%) причиной МЖ явилась желчнокаменная болезнь и холедохолитиаз. Лечебно-диагностические мероприятия при МЖ включали ультразвуковое исследование, компьютерную томографию с контрастированием, гастродуоденоскопию, определение маркёров цитолитического, холестатического синдрома, коагулограммы. При выявлении холедохолитиаза выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, папиллосфинктеротомию, литоэкстракцию, лапароскопическую холецистэктомию. При опухолях органов ГПДЗ осуществляли чрескожную чреспеченочную холангиостомию, наружно-внутреннее дренирование. Результаты: при холедохолитиазе ТХВ выполнены у 22 (21,8%) пациентов: у 17 – лапаротомия, холецистэктомию, холедохолитотомия дренирование общего желчного протока по Керу, у 5 – наложен холедоходуоденоанастомоз. К миниинвазивным вмешательствам (МИВ) в виде эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции и

лапароскопической холецистэктомии прибегли в 79 (78,2%) случаях. ТХВ при опухолях ГПДЗ выполнены в 28 (26,4%) случаях: у 23 больных наложены билиодигестивные анастомозы, у 3 – наружное дренирование желчных протоков. МИВ выполнены 78 (73,6%) пациентам: чрескожная чреспечёночная холангиостомия – у 41 больного, чрескожная чреспечёночная холецистостомия – у 15, наружно-внутреннее дренирование желчных протоков – у 22. Осложнения после МИВ по поводу опухолей ГПДЗ выявлены у 8 (10,3%) больных: у 6 (7,7%) – миграция дренажа, у 2 (2,6%) – внутрибрюшное кровотечение. Летальность после МИВ составила 11,5% (9 человек). Из них 5 (6,4%) человек умерли вследствие операционных осложнений и 4 (5,1%) человека – в связи с прогрессированием почечно-печёночной недостаточности. Выводы. В лечении синдрома МЖ необходимо придерживаться снижения операционной агрессии. Эндопротезирование желчных протоков является альтернативой ТХВ. Для выполнения поставленных задач необходима организация службы, занимающейся МИВ под ультразвуковым и рентгенологическим контролем с использованием внутрипросветной эндоскопии.

566. Сравнительный анализ качества жизни пациентов варикозной болезнью нижних конечностей после операций, выполненных с применением традиционной флебэктомии и эндовазальной лазерной коагуляции

*Дубатов Г.А. (1,2), Аскеров Э.М. (1,3),
Малкаров Х.С. (1,3), Сергеев А.Н. (1,3),
Морозов А.М. (1,3)*

Тверь

- 1) ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2) ГБУЗ Тверской области «Клиническая больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ ТО КБСМП, 3) ГБУЗ Тверской области «Городская клиническая больница №7»

Актуальность. В настоящее время в хирургическом лечении варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК) взамен традиционного способа (комбинированной флебэктомии) начинают внедрять малоинвазивные методы, одним из которых является эндовазальная лазерная

облитерация (ЭВЛО). Это обосновано стремлением снизить травматичность оперативного вмешательства, улучшить качество жизни пациентов, обеспечить лучший косметический результат, снизить финансовые затраты на лечение. Целью нашей работы явилось сравнение результатов хирургического лечения пациентов в раннем послеоперационном периоде и отдалённых результатов при использовании различных классической флебэктомии и ЭВЛО вен. Материалы и методы. В исследование было включено 156 больных ВБВНК в бассейне большой подкожной вены (БПВ), у которых были оперированы 180 нижних конечностей. Пациенты были разделены на 2 группы. 96 пациентам первой группы (118 оперированных нижних конечностей) в хирургическом отделении выполнили традиционную флебэктомию. Больным второй группы (60 человек, 62 оперированных нижних конечности) выполнили ЭВЛО. При изучении качества жизни пациентов до операции существенных различий в сравниваемых группах не было. Традиционную флебэктомию выполняли под внутривенным наркозом. Из надпахового доступа проводили кроссэктомию, далее инверсионным методом, с помощью зонда Бебкока до верхней трети голени выполнялся короткий стриппинг. Варикозно расширенные притоки и несостоятельные перфорантные вены удаляли с помощью флебэкстрактора по Мюллеру. ЭВЛО выполняли через пункционный доступ БПВ верхней в трети голени или нижней трети бедра под туменесцентная анестезией. Под ультразвуковым контролем радиальный световод позиционировали у устья поверхностной надчревной вены. Облитерацию ствола БПВ проводили лазерным излучением с длиной волны 1470 нм (мощность 8-12 Вт в непрерывном режиме). Несостоятельные перфорантные вены также подвергали ЭВЛК через отдельный пункционный доступ. Варикозно расширенные притоки удаляли из проколов с помощью флебэкстрактора методом Мюллера. Качество жизни до оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде был оценен по опроснику CIVIQ-2 и шкале VCSS. Результаты. В ранний послеоперационный период болевой синдром регистрировался у всех больных после традиционной флебэктомии на протяжении первой недели после операции. У больных после ЭВЛО – в течение 1-4 суток, и он был выражен только у 4 пациентов. Интенсивность боли также была достоверно выше в первой группе больных. При визуальном осмотре наблюдали отдельные местные осложнения (кровоподтеки, гематомы, признаки воспаления ран), которые у пациентов

первой группы фиксировались чаще. Данные дуплексного сканирования вен в отдалённом периоде (через 1 год) показали, что частота абляции при ЭВЛО достигает 94% в исследуемой группе. В первой группе (традиционная флебэктомия) полное отсутствие БПВ было выявлено в 96%. Качество жизни пациентов по сравнению с периодом до операции улучшилось, а тяжесть клинического проявления заболевания уменьшилась. При этом показатели во второй группе были достоверно лучше. Длительность временной нетрудоспособности пациентов после традиционной флебэктомии составляла на стационарном этапе составила 7 ± 1 суток, на амбулаторном – 18 ± 2 суток. Пациентам второй группы специальной реабилитации и амбулаторного лечения не требовалось. Отдалённые результаты во второй группе показали, что частота абляции (фиброзирования и рассасывания вены) достигла 94%. Показатели качества жизни по опроснику CIVIQ-2 и шкале VCSS через 2 года после операции позволяют судить о том, что ЭВЛО является менее травматичной процедурой и имеет лучшие косметические результаты. Выводы. Качество жизни через 2 года после проведения процедур возрос в обеих группах, но выше в группе ЭВЛО. Через 2 года после процедуры удалось достигнуть уровня абляции 94% после ЭВЛО. При традиционной флебэктомии в 96% на УЗИ определялись резидуальные сегменты БПВ. Косметический результат лучше после применения ЭВЛО.

567. Более половины случаев множественного поражения околощитовидных желез не выявляется при предоперационном обследовании

Бузанаков Д.М. (1), Слепцов И.В. (1), Черников Р.А. (1), Семенов А.А. (1), Новокшенов К.Ю. (1), Карелина Ю.В. (1), Макарьин В.А. (1), Успенская А.А. (1), Тимофеева Н.И. (1), Горская Н.А. (1), Алексеева С.А. (1), Чинчук И.К. (1), Малюгов Ю.Н. (1), Федоров

Санкт-Петербург

1) КВМТ им. Н.И. Пирогова СПбГУ, Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии, 2) Медицинский факультет СПбГУ

Актуальность. Наличие у пациента с первичным гиперпаратиреозом (ПГПТ) более, чем одной аденомы околощитовидной железы (ОЩЖ) является наиболее частой причиной послеоперационной персистенции гиперпаратиреоза. Выявление случаев множественного поражения крайне важно для излечения пациентов с данным заболеванием. Материалы и методы. В ретроспективное исследование вошли 178 пациентов с ПГПТ, прооперированных в Клинике СПбГУ в 2020 году, для которых выполнение двусторонней ревизии шеи было дополнено описанием расположения найденных околощитовидных желез. Всем пациентам перед операцией выполнялось УЗИ шеи. В 26 случаях УЗИ было единственным использованным методом визуализации. В 82 случаях были выполнены УЗИ и планарная сцинтиграфия с $^{99\text{Tc}}$ MIBI, в 23 – УЗИ и КТ шеи с внутривенным контрастированием, в 47 – все три исследования. Генетический статус пациентов не исследовался. Полученные результаты. В 12 (6.5%) случаях выявлено множественное поражение ОЩЖ. В группе пациентов с двумя выполненными исследованиями в 10 случаях единственная аденома не была правильно локализована до операции, в 5 – не видна одна из нескольких аденом. При выполнении трех исследований в 5 случаях локализация аденомы была установлена только интраоперационно, в 2 – интраоперационно найдена добавочная аденома, наличие которой не подозревалось по результатам предоперационного обследования. Чувствительность всех методов предоперационной визуализации в отношении множественного поражения составила 42%. Мультивариативная регрессионная модель не

выявила дополнительных факторов, независимо ассоциированных с повышенным риском множественного поражения (оценивалось отсутствие очага накопления радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии, пол, возраст). Обсуждение. Несмотря на развитие методов предоперационной визуализации, множественное поражение ОЩЖ может не выявляться на предоперационном этапе. В таком случае пациент не будет излечен при выполнении селективной паратиреоидэктомии. Выводы. Рутинное выполнение двусторонней ревизии шеи может уменьшить риск персистенции гиперпаратиреоза за счет лучшего выявления случаев множественного поражения ОЩЖ и целесообразно для клиник, выполняющих большое количество операций по поводу первичного гиперпаратиреоза.

568. Патологические состояния, возможные после декомпрессии билиарного тракта

*Меджидов Р.Т. (1), Султанова Р.С. (1,2),
Насибова У.А. (1), Мамедова Э.П. (1),
Курбанова А.Р. (2), Нуров Р.И. (2),
Магомедов Н.Н. (2)*

Махачкала

1) ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ, 2) ГБУ РД ГКБ

Введение. Декомпрессия билиарного тракта (БТ) является довольно распространенным вмешательством при механической желтухе. Она проводится для улучшения функции печени и для снятия смешанного эндотоксикоза перед радикальной либо паллиативной операцией. Наряду с позитивными сторонами имеются и негативные стороны билиарной декомпрессии. Цель исследования. Определить круг патологических состояний, возникающие после декомпрессии БТ у пациентов с механической желтухой. Материал и методы. Проведен анализ результатов декомпрессии БТ 213 пациентам с механической желтухой средней тяжести и тяжелой степени. Декомпрессия БТ в миниинвазивном варианте была проведена в 167 (78,4%) наблюдениях и из лапаротомного доступа - в 46 (21,6%). В 124 (58,2%) наблюдениях имелась желтуха опухолевого генеза и в 89 (41,8%) -

доброкачественного генеза. При декомпрессии БТ в миниинвазивном варианте проксимальный доступ к БТ (ЧЧХС) осуществлен в 79 (47,3%) наблюдениях, центральный (холецистостомия) - 73 (43,7%) и дистальный (ЭПСТ, стентирование БДС) - 15 (9,0%). Результаты и обсуждение. После декомпрессии БТ в большинстве случаев наступает улучшение состояния пациентов, разрешается холестаз, холангит, явления панкреатита и печеночной недостаточности. Однако, в последекомпрессионной фазе билиарной декомпрессии у немалой категории пациентов возникают различные патологические состояния. Синдром «быстрой декомпрессии билиарного тракта» зафиксирован у 49 (23,5%). Проводилась гепатотропная и антиоксидантная терапия. Холангит, ассоциированный с эндобилиарными вмешательствами отмечен у 41 (19,3%) пациента. Осложнения, связанные с техникой проведения эндобилиарных вмешательств для коррекции билиарной патологии имелись в 20 (9,6%) наблюдениях. Более продолжительное дренирование билиарного тракта зафиксировано у 137 (45,6%) пациентов. В связи с этим у пациентов с декомпрессией билиарного тракта возникают более поздние патологические осложнения, такие как: синдром нарушения водно-электролитного баланса и ремоделирование пищеварения. Указанные патологические состояния наблюдаются чаще у пациентов с полным наружным отведением желчи. Нарушение водно-электролитного баланса у наших пациентов отмечен в 5 (24,0%) случаях, а нарушение нутритивного статуса и морфологические изменения со стороны слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки зафиксированы в 32 (15,0%) наблюдениях. Среди пациентов, включенных в данное исследование, летальность составила 3,3%. Заключение. В последекомпрессионной фазе билиарной декомпрессии возможно возникновение различных патологических состояний, при которых необходима своевременная профилактика, ранняя диагностика и патогенетически обусловленное лечение.

569.Органная дисфункция, как фактор риска послеоперационных осложнений при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза

Алиев В.Ф, Алиев Ф.Ш

Тюмень

Тюменский ГМУ

Введение. Одним из независимых негативных прогностических факторов, влияющих на результат хирургического лечения у пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН) опухолевой этиологии коморбидность. Прогнозирование риска развития осложнений при помощи балльных шкал является востребованной задачей в хирургии. Цель исследования. Оценить влияние шкал органной дисфункции на результаты хирургического лечения пациентов с опухолевой ОКН. Материалы и методы. Исследование представляет собой когортный ретроспективный анализ. Объектом исследования были 108 пациентов. Критерием включения в исследование явились: пациенты с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза с субкомпенсированной и декомпенсированной кишечной непроходимостью. Критериями исключения: больные с иными осложнениями опухолевой непроходимости, опухоли прямой кишки. Сравнивалась эффективность прогнозирования послеоперационных осложнений и летальности балльными шкалами ASA, SOFA и SAPS 2. Статистическую обработку материалов выполняли с помощью средств программного обеспечения StatTech v. 2.5.9. Уровень статистической значимости был принят $\geq 0,05$. Результаты исследования. Анализ показал, что отмечается статистически значимая зависимость показателя SAPS 2 и частоты послеоперационных осложнений ($p < 0,001$, Критерий Краскела–Уоллиса). При оценке зависимости показателя ASA и SOFA на риск развития осложнений, статистически значимых взаимосвязей не получено ($p = 0,350$, $p = 0,155$ соответственно, критерий Краскела–Уоллиса). Анализ зависимости шкалы SAPS 2 на прогнозирование исхода лечения установил статистически значимую связь ($p < 0,001$, U–критерий Манна–Уитни). При анализе корреляции показателя ASA и SOFA и исхода лечения, не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,252$, $p = 0,097$ соответственно. U–критерий Манна–Уитни). Исследуя чувствительность и специфичность SAPS 2 было установлено, что пороговое значение

показателя SAPS 2 в точке cut-off, ROC-кривой, составило 39. Смерть прогнозировалось при значении показателя выше данной величины или равном ей. Чувствительность балльной шкалы SAPS 2 составила 100%, специфичности – 98%. Выводы. Шкала SAPS 2 более достоверно прогнозирует частоту осложнения и летального исхода после операции, применение данной шкалы для стратификации пациентов с ОКН опухолевого генеза требует дальнейшего изучения

570.Антеградное лечение патологии желчных путей в условиях отсутствия миниинвазивной альтернативы

Меджидов Р.Т. (1), Курбанова А.Р. (2), Скороваров А.С. (2), Султанова Р.С. (1,2), Магомедов М.М. (2), Магомедов Н.Н. (2), Нуров Р.И. (2)

Махачкала

1) ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ, 2) ГБУ РД ГКБ

Введение. В подавляющем большинстве случаев желчнокаменную болезнь и ее осложнения лечат с использованием малоинвазивных способов. Под лучевой либо эндоскопической навигацией. В клинической практике нередко встречается ситуация, когда ретроградный доступ под эндоскопической навигацией представляется невозможным. Цель исследования. Оценить эффективность лечения доброкачественной патологии желчных протоков антеградным способом под лучевой навигацией в условиях отсутствия миниинвазивной альтернативы. Материалы и методы. В клинике общей хирургии ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ прошли лечение 67 пациентов с доброкачественной патологией билиарной системы, у которых не было условий для проведения коррекции данной патологии ретроградным способом под эндоскопической навигацией. Желчно-каменная болезнь (ЖКБ), окклюзионный холецистит (ОХ), холедохолитиаз, холестаза, состояние после резекции желудка по Бильрот II имелся у 7 (10,4%) пациентов; ЖКБ, ОХ, холедохолитиаз, холестаза, панкреатит после эндоскопического вмешательства на БДС- у 10 (15,1%); ЖКБ, хронический калькулезный

холецистит (ХКХ), холедохолитиаз, холестаза, состояние после резекции желудка по Бильрот II(2) и по Ру (2)- у 5(7,4%); ЖКБ,ХКХ, холедохолитиаз, стеноз БДС, неудачная попытка коррекции патологии ретроградным доступом - у 8 (12,9%); ЖКБ,ХКХ, холедохолитиаз, холангит, билиарный панкреатит, неэффективность ретроградного доступа у- 5 (7,4%); состояние после холецистэктомии и нарушенного дренирования билиарного тракта, резидуальный холедохолитиаз, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки- у 5 (7,4%); ПХЭС, центральная обструкция билиарного тракта, холангиолитиаз, холангит, холестаза - у 5(7,4%); состояние после холедоходуоденоскопии и резекции желудка по Бильрот II, стеноз билиодигестивного анастомоза, холангиолитиаз, холестаза- у 1(1,5%); состояние после гепатоеюностомии, стеноз анастомоза, холангиолитиаз, холестаза- у 2(3,1%) пациентов. Первым этапом чрезпеченочная холецистостомия и ЧЧХС проведена 14 (29,9%) пациентам. Коррекция патологии желчных протоков антеградным способом под лучевой навигацией в один этап осуществлена в 23 (34,3%) случаях, на втором - 44 (65,5%), холецистэктомия после коррекции протоковой патологии выполнена 37 (55,2%) пациентам. Результаты и обсуждения. На первом этапе антеградного лечения пациентов с патологией желчных путей специфические осложнения отмечены в 8 (12,0%) наблюдениях: гемобилия- 6 (9,0%), дислокация катетера в свободную брюшную полость и желчеистечение - 2 (3,0%), прогрессирование холангита - 4 (6,0%), синдром "быстрой" декомпрессии билиарного тракта -4 (6,0%). В 6(9,0%) наблюдениях имелись признаки постманипуляционного панкреатита с повышением ферментативной активности поджелудочной железы и показателей трансаминаз. В 9(13,4%) случаях имелись явления системной воспалительной реакции организма. Осложнения местного и общего характера среди пациентов, которым была выполнена холецистэктомия не отмечены. В 98,6% случаях антеградный способ лечения оказался эффективным. Летальность составила 1,5%. В аналогичных ситуациях многоэтапность проведения эндобилиарных вмешательств значительно снижает развитие жизнеопасных осложнений у пациентов. Наиболее распространённым миниинвазивным способом коррекции патологии желчных путей является трансдуоденальные транспапиллярные эндобилиарные вмешательства под эндоскопической навигацией. Однако, встречаются ситуации, когда данный способ реализовать невозможно в силу ряда обстоятельств. У тяжелых

пациентов с механической желтухой на почве холангиолитиаза либо стриктур билиарного тракта наиболее оправданным, на наш взгляд, является декомпрессия билиарного тракта антеградным способом как первый этап комплексного лечения. Коррекцию билиарной патологии при этом желательно проводить после улучшения состояния пациентов этим же доступом. Заключение. Антеградные эндобилиарные вмешательства для устранения доброкачественной патологии билиарного тракта являются достаточно эффективными и безопасными манипуляциями. Особенно они показаны в случаях неэффективности эндоскопического способа либо при отсутствии условий для его проведения.

571. Комбинированный гемостаз при язвенных кровотечениях у пациентов с коронавирусной инфекцией

*Силуянов С.В., Хоконов М.А., Джуракулов Ш.Р.,
Глебов К.Г., Яхин Р.Д.*

Москва

Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова ДЗ г. Москвы

Цель работы. Оценка возможностей остановки язвенных кровотечений при сочетании эндоскопических и эндоваскулярных методов у пациентов с коронавирусной инфекцией. Материал и методы: В 2021 г. в ГКБ №15 им. О.М. Филатова пролечено 76 пациентов с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК). Особенности этих пациентов являлись: наличие коронавирусной инфекции с пневмонией, высокий коморбидный фон, пожилой возраст, прием антикоагулянтной терапии, отсутствие язвенного анамнеза у 95%, прием ulcerогенных препаратов во всех случаях. Всем пациентам при наличии признаков ЖКК экстренно выполнялась эзофагогастроскопия (ЭГДС), оценка источника, локализация, количество язв, характер кровотечения по классификации Forrest, оценка коморбидного индекса, свертывающей системы крови. При высоком риске рецидива повторные ЭГДС выполнялись через 2 – 3 часа после первичного исследования, в последующими с интервалом в 6-8 часов.

Медикаментозная терапия включала инфузии омега-3 40 мг 2 раза в сутки или нексиума 80 мг болюсно, затем 8 мг/час инфузатом 72 часа. У пациентов с тяжелой и среднетяжелой анемией с учетом антикоагулянтов переливание плазмы крови и эритроцитной массы. Несмотря на стандартные методы лечения у 17 пациентов (22,4%) наблюдались рецидивы кровотечения. В этих случаях мы использовали эндоваскулярный гемостаз или хирургический. В 15 (19,7%) случаях помимо эндоваскулярного гемостаза и медикаментозной терапии были применены рентген эндоваскулярные методы гемостаза, путем эмболизации левой желудочной и верхней гастродуоденальной артерии микроспиральями, спиральями VortX - 18-35 от 4 до 5 мм, гемостатической губкой, микроэмболами Contur – 355-500. Результаты. В группе только с эндоваскулярным и медикаментозным гемостазом у 59 пациентов он был успешным, оперировано 2 пациента с рецидивом кровотечения, выполнялась лапаротомия с гастродуоденотомией и прошиванием кровоточащей язвы. Один пациент со злокачественной опухолью почки и язвой 12 п.к. умер от массивного рецидива кровотечения без операции. При комбинированном гемостазе с эмболизацией сосудов 15 пациентов 12 мужчин и 3 женщины, средний возраст 71,2 года, были с тяжелой коморбидной патологией, индекс коморбидности Чарсона составлял 7,9 баллов, прогноз неблагоприятного исхода по AIMS65 Score от 1 до 5 баллов с вероятностью летальности от 1,2% до 24,5%, по Глазго-Блэчфорду от 9 до 15 баллов. У 2 пациентов также было онкозаболевание, опухоль почки с МТС и опухоль слепой кишки после правосторонней гемиколэктомии. У всех пациентов был высокий риск рецидива кровотечения при первичной ЭГДС, Forrest IA, B, IIA, B, тяжелая кровопотеря с гемоглобином от 44 до 81 г/л, по оценке Rockall Risk scoring system от 3 баллов 11% летальности до 8 баллов 41% летальности. Также у всех пациентов этой группы была гипокоагуляция на фоне приема антикоагулянтов. Все пациенты этой группы находились на лечении в реанимационном отделении, на высокопоточной кислородной поддержке и ИВЛ. Рентгенэндоваскулярная эмболизация была удачной у 13 пациентов, в двух случаях по техническим причинам её выполнить не удалось. У 11 пациентов эмболизация верхней гастродуоденальной артерии, в 2 левой желудочной. Обычно эмболизация выполнялась 2-3 спиральями. Оперированы 3 пациента, в одном случае рецидив кровотечения из-за выхождения спирали в просвет 12 п.к. на 3 сутки, прошивание сосуда с пилоропластикой, в другом после

остановки кровотечения перфорация язвы, в третьем случае рецидив, прошивание язвы с пилоропластикой и её несостоятельностью у онкологического пациента. Всего умерло 7 (9,2%) пациентов с ЖКК коронавирусной инфекции. Большая часть 6 умерших в группе после комбинированного гемостаза из-за соматического статуса пациентов. Выводы. Комбинация эндоскопических, медикаментозных и рентген эндоваскулярных методов гемостаза возможна у пациентов с высоким коморбидным фоном. В случае успеха она позволяет уменьшить число хирургических способов гемостаза при тяжелой соматической патологии.

572. Злокачественные новообразования аппендикса в практике общего хирурга.

*Вакулин Г.В., Садов А.Ю., Бабаев Ф.А.,
Виноградов В.В., Сулейманов Р.С.*

Тверь

Тверской ГМУ

Злокачественные новообразования аппендикса очень редкая патология, среди всех опухолей пищеварительного тракта встречается менее, чем в 1% наблюдений. Радикальным методом лечения опухолей червеобразного отростка является правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией. Диагностика до операции осуществляется редко. Опухолевая инвазия слоев стенки отростка происходит быстро из-за анатомических особенностей органа. Рост опухоли даже при небольших её размерах быстро приводит к деструкции стенки, параканкрозному воспалению и манифестации заболевания в виде острого аппендицита. Выявление этой редкой патологии возможно, как правило при экстренных операциях. При этом истинные причины деструкции аппендикса остаются не ясны, а объем операции ограничивается аппендэктомией или дренированием брюшной полости. Отсутствие гистологического подтверждения опухоли аппендикса не позволяет сразу выполнить радикальную операцию, явления перитонита диктуют свои условия в определении хирургической тактики. В нашей клинике за последний год

выполнено 61 аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита. Вмешательство всегда начинали с диагностической лапароскопии. Конверсии подверглись 8 пациентов (13%) по причине распространенного перитонита либо наличие плотного инфильтрата, когда выделение отростка без риска повреждения других органов было невозможно. У троих пациентов (4,9%) возникли подозрения на опухоль аппендикса, двое из них были мужчины. Возраст пациентов находился в диапазоне от 40 до 80 лет. В одном случае, предполагаемый аппендикулярный инфильтрат имел каменистую плотность, визуализировалось только основание отростка и выделение его было невозможно, операция закончена дренированием брюшной полости. Ситуация расценена как опухоль купола слепой кишки с распадом и воспалением, колоноскопия не выполнялась из-за тяжести состояния. В одном наблюдении пациент, оперированный полгода назад по поводу аденокарциномы желудка с пенетрацией в печень и местно распространенным процессом в воротах печени, был доставлен в клинику с разлитым гнойным перитонитом. Во время лапаротомии выявлен участок деструкции аппендикса, явлений канцероматоза не наблюдалось, ситуация была расценена как острый перфоративный аппендицит, выполнена аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. После гистологической экспертизы выявлена аденокарцинома с муцинозным компонентом, отличающаяся по структуре от первичной опухоли желудка. Таким образом диагностирован синхронный рак червеобразного отростка, осложнившийся деструкцией и перитонитом. У третьего пациента при лапароскопии выявлен резко увеличенный червеобразный отросток, неравномерно утолщенный, бугристый и деформированный. Были изменения в отростке, не типичные для флегмонозного или гангренозного аппендицита: резкое неравномерное утолщение и деформация большого самого по себе отростка. Конверсия в этом случае была продиктована техническими трудностями мобилизации. Интраоперационно заподозрен карциноид аппендикса, но без гистологического подтверждения, которое пришло только через 7 дней, выполнение гемиколэктомии было неоправданно. У всех описанных пациентов при поступлении выявлена анемия средней или тяжелой степени, что могло повлиять на дифференциальную диагностику, однако никаким образом не влияло на хирургическую тактику при аппендиците, осложненном перитонитом. После выписки из общехирургического стационара

пациенты были маршрутизированы в онкологический центр, им проводилось дальнейшее симптоматическое лечение, что было обусловлено коморбидной патологией. Выводы. Онкологическая настороженность должна присутствовать в работе общего хирурга, особенно в ситуациях с атипичным течением острых хирургических заболеваний. Наличие анемии любой степени у экстренных пациентов с подозрением на перитонит аппендикулярного генеза позволяет заподозрить опухоль аппендикса. Однако, расширение объема оперативного лечения без гистологического анализа в условиях перитонита не оправдано.

573.К вопросу о современных методах лечения поздних лучевых реакций в перианальной области после проведения лучевой терапии

*Леонтьев А.В. (1), Малеев Ю.В. (2),
Данилов М.А. (1), Малюков Н.А. (1)*

1) Москва, 2) Воронеж

1) Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова (ГБУЗ МКНЦ ДЗМ), 2) БПОУ ВО Воронежский базовый медицинский колледж

Аннотация. Лучевая терапия – неотъемлемая составляющая общепринятых стандартов в комплексном лечении больных со злокачественными опухолями анального канала, прямой кишки, вульвы, тела и шейки матки, предстательной железы. Однако у 90% пациентов возникает радиационно-индуцированный фиброз кожи через 4 - 12 месяцев после лечения, который может проявиться и через несколько лет, приобретая хроническое рецидивирующее течение. Цель исследования – разработать методику использования аутологичной богатой тромбоцитами плазмы (БотП) в комплексном лечении язв перианальной области, возникших после лучевой терапии в отдаленном периоде. Материалы и методы исследования. Среди больных, прошедших лучевую терапию по радикальной программе в онкологических стационарах города Москвы с 2010 по 2020 гг., было выявлено 23 пациентки с поздним радиационно-индуцированным фиброзом кожи перианальной

области в виде язвы. 20 из них была проведена лучевая терапия по радикальной программе в суммарной дозе $76 \pm 4,0$ Гр по поводу рака анального канала и трем – в связи со злокачественной опухолью вульвы. Средний возраст больных - $64,1 \pm 6,2$ года. У всех пациенток лучевые язвы перианальной области развились через $9 \pm 1,5$ месяца после лучевой терапии и составили $4,0 \pm 0,25$ см в наибольшем размере. В отделении колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова проведено их лечение. Пациентки соответствовали следующим критериям подбора: отсутствие местного рецидива и прогрессии злокачественной опухоли, стойкое отсутствие эффекта от местного лечения язв и консервативной терапии, уровень тромбоцитов > 100 тыс/мкл и гемоглобина > 100 г/л, отмена антикоагулянтной или дезагрегантной терапии не менее чем за 7 дней до начала лечения, 3 и менее баллов $>$ по шкале операционного анестезиологического риска ASA. Время наблюдения пациенток после полной эпителизации язв составило $7 \pm 1,6$ мес. Полученные результаты и их обсуждение. Амбулаторно всем пациенткам в условиях перевязочного кабинета выполнялись инъекции БоТП с интервалами в 2 недели. Первым этапом проводился забор венозной крови пациента через «иглу-бабочку» в 2 вакуумные пробирки объемом 8 мл: с 0,5 мл 3,2% цитрата натрия и с 2,6 мл этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА). Затем эти пробирки подвергались центрифугированию со скоростью 2000 оборотов в минуту в течение 7 минут. Оценивался клеточный состав полученной БоТП. Равномерное введение БоТП в края и дно язвы проходило на обратном ходе иглы толщиной 30 G и длиной 12,7 мм с применением веерной линейно-ретроградной техники. Объем вводимой БоТП составлял 4,0 – 8,0 мл $>$ в зависимости от размера язвы. Тромбоцитов в БоТП было в 3,15 раз больше, чем в цельной крови, чем и объясняется успешный эффект применяемой методики лечения поздних лучевых повреждений перианальной области. Для достижения полной эпителизации лучевой язвы у разных пациентов потребовалось в среднем 6 ± 2 инъекции БоТП. Местного рецидива и прогрессирования онкологического заболевания ни у одной из 23 пролеченных пациенток выявлено не было. Отмечена значительная положительная динамика репаративных процессов, при этом отсутствовали гнойно-септические осложнения и кровотечения из язв после инъекций БоТП. Введение БоТП сопровождалось умеренно-выраженным болевым синдромом, что соответствовало 5 ± 2 баллам по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Пациентки

испытывали некоторый дискомфорт в перианальной области и незначительный болевой синдром (1-2 балла по ВАШ) в течение 2-3 дней после инъекций БоТП. Выводы и рекомендации. Использование БоТП – это перспективная методика в комплексном лечении лучевых язв перианальной области. Она высоко эффективна и безопасна, что подтверждено отсутствием постинъекционных осложнений и дальнейшего прогрессирования онкологического заболевания и возникновения рецидивов, а главное - убедительна положительная динамика процесса эпителизации язв и как следствие - улучшение общего психоэмоционального и физического состояния пациенток в результате поздних осложнений после проведения лучевой терапии.

574. Особенности лечения пациентов с разрывно-гемморагическим синдромом (Меллори-Вейсса) с использованием комбинированных инсуффляций

Чередников Е.Ф. (1), Малеев Ю.В. (2), Леонтьев А.В. (3), Баранников С.В. (1), Малюков Н.А. (3)

1) Воронеж, 2,3) Москва

1) ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, 2) БПОУ ВО Воронежский базовый медицинский колледж, 3) Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова (ГБУЗ МКНЦ ДЗМ)

Актуальность. Большое количество повторных кровотечений (42%) и применяемые хирургические вмешательства на пике кровотечения у пациентов с разрывно-гемморагическим синдромом (СМВ) требуют особого внимания врачей хирургической и эндоскопической практики. Показатель смертности при СМВ достигает 12%, а фатальный исход в послеоперационном периоде составляет 10-17%. Трудно преувеличить всю важность консервативной терапии при лечении пациентов с СМВ. В основе щадящей хирургии больных с СМВ наиболее оптимальным вариантом является использование малоинвазивных методик остановки кровотечений. Цель исследования. Разработать способ

оптимального лечения больных с СМВ с наибольшей эффективностью локального гемостаза, который в свою очередь снижает риск развития повторного кровотечения и уменьшает время нахождения в стационаре. Материал и методы исследования. В БУЗ ВО ВГКБСМП № 1 города Воронежа пролечено 102 пациента с СМВ (82/80.4% мужчин и 20/1.6% женщин). Контрольная группа (сравнения) состояла из 50 человек, а основная группа (наблюдения) ? из 52 человек. Группы репрезентативны по причине развития СМВ, характеру кровотечения, половому и возрастному признаку, размерам кровоточащего дефекта, а также наличию сопутствующих заболеваний в анамнезе. В основной группе (52 чел.) был применен разработанный нами метод терапии СМВ: инсуффляция с использованием фиброгастроскопа на область повреждения внутреннего футляра (слизисто-подслизистого слоя) кардио-эзофагеального перехода желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) гемостатика Желпластана в комбинации с гранулированным сорбентом Сефадекс G-25 (изобретение РФ № 2633925). В контрольной же группе (сравнения) применялись общедоступные методики достижения эндоскопического гемостаза (инъекции адреналина и аминокaproновой кислоты (АКК), электрокоагуляция, аргоно-плазменная коагуляция (АПК) и др.) без использования местных гемостатических средств Желпластана и Сефадекса G-25. В основе базовой терапии у пациентов обеих групп применялись антацидные препараты, омепразол ? ингибитор протонной помпы, выполнялась инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов, проводилась индивидуальная оптимальная гемостатическая и адекватная симптоматическая терапия. Результаты. Использование во врачебной практике разработанного и предложенного нами метода эндоскопического способа лечения пациентов с СМВ позволило увеличить эффективность окончательного гемостаза с 86.0% до 98.1% ($P < 0.05$), уменьшить встречаемость рецидивов кровотечений с 14.0% до 1.9% ($P < 0.01$), предотвратить вынужденные экстренные хирургические вмешательства, уменьшить время нахождения в стационаре с 8.0 ± 1.2 до 5.0 ± 0.5 койко-дней ($P < 0.05$). Обсуждение результатов. Разработанная и внедренная методика эндоскопического гемостаза с использованием комбинации Желпластана и Сефадекса G-25 способствует их цитопротективному воздействию на участки повреждения слизистой ЖКТ. Образовавшийся крупнозернистый гидрогель стимулирует репарацию, что уменьшает сроки заживления разрывов в области кардио-

эзофагеального перехода ЖКТ в 2 раза ? с 10.0 ± 0.6 до 5.0 ± 0.3 дней ($P < 0.05$), является высокоэффективным методом достижения окончательного гемостаза у пациентов с СМВ в 98.1% случаев. Выводы. Использование во врачебной практике вышеописанной методики положительно влияет на результаты лечения пациентов с данной патологией, повышает надежность местного гемостаза, снижает число рецидивных кровотечений, исключает проведение экстренных операций.

575. Опыт лечения некрозов кожи пальцев, осложнивших анестезию по Оберсту-Лукашевичу

Зубрицкий В.Ф. (1), Фоминых Е.М. (1, 3), Низовой А.В. (2), Махмудов Ш.А. (4), Гутовец А.В. (3), Гончаров А.А. (5), Фруктов С.С. (3), Иванов А.П. (3), Князев В.Н. (3), Крюкова А.С. (3)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГУПП» МИНО, 2) Филиал ВМА им. С.М.Кирова, 3) ФКУЗ «МСЧ МВД России по г.Москве», 4) БУЗ «ГП № 46 ДЗ г.Москвы»

Пациенты поликлиник с хирургическими заболеваниями пальцев стоп составляют большую часть обращений к хирургу. Диагностика ограничивается клиническим осмотром, при этом в ходе предоперационной подготовки часто не обращается внимание на явные признаки облитерирующих заболеваний артерий. Ограничения во времени приема так же приводит к спешке и нарушениям техники анестезии. Наиболее серьезным осложнением анестезии по Оберсту-Лукашевичу, является формирование некроза в области ногтевой фаланги. Нами были обобщены результаты лечения 14 таких пациентов. У 11 больных - осложнения анестезии были связаны недооценкой состояния кровообращения в пальце. Все эти пациенты имели гемодинамически значимые стенозы артерий с дефицитом кровоснабжения в дистальных отделах стопы. У 5 - имелся сахарный диабет и нейро-ишемические формы диабетической стопы. Сопутствующие заболевания в медицинской документации либо были не указаны, либо не учитывались при лечении. У 3 пациентов не было нарушений кровообращения,

и возникновение некрозов, вероятно, было обусловлено нарушениями в технике выполнения анестезии. Наиболее частой ошибкой было проведение разреза сразу после введения анестетика и факт дополнительного введения анестетика (по данным опроса пациентов). Другой ошибкой, вероятно, являлось добавление избыточной дозы адреналина к раствору анестетика, однако подтвердить или опровергнуть данное предположение не представляется возможным, так как пациенты оперированы в других медицинских учреждениях и амбулаторные карты были недоступны. В большинстве случаев (13 пациентов) некроз ограничивался площадью, менее 30% всего кожного покрова ногтевой фаланги пальца и не распространялся до кости. У 1 пациента – некроз кожи составлял более 50% поверхности кожного покрова ногтевой фаланги 1 пальца стопы и распространялся вглубь, с вовлечением капсулы межфалангового сустава. У этого пациента была выполнена ампутация пальца из-за существенной потери кожного покрова и нестабильности в межфаланговом суставе, обусловленной разрушением его капсулы. Ни в одном другом случае выполнения ампутации не потребовалось. У 3 пациентов выполнена эндоваскулярная ангиопластика и стентирование от 1 до 3 артерий. У 8 пациентов ангиохирургическое вмешательство не проводилось, ишемия была устранена после консервативного лечения. Пациентам выполнена некрэктомия после проведения курса консервативной терапии (через 7-10 дней такой терапии) или на 1-2 сутки после оперативной коррекции стеноза артерии. Проведение анестезии по Оберсту-Лукашевичу для проведения некрэктомии этим пациентам проведено без осложнений, что делает вероятным наши предположения о причинах возникновения некроза. Пациентам, не имеющим проблем с артериальным кровообращением (3 пациента), некрэктомии были выполнены в сроки от 3 до 5 дней, после короткого обследования и подготовки. Анестезия по Оберсту-Лукашевичу так же была выполнена без осложнений. Образовавшаяся после некрэктомии рана у 1 пациента была закрыта с использованием свободной кожной пластики расщепленным лоскутом, у прочих – за счет краевой эпителизации. Средние сроки нетрудоспособности для пациентов с облитерирующими заболеваниями конечностей составили 65,5 суток, а при отсутствии ишемии конечностей 34,0 суток. Вывод: Перед проведением проводниковой анестезии при операциях на нижних конечностях, следует исключить риск ишемии. При наличии сомнений в наличии ишемии пальца и отсутствии выраженного

воспаления не следует сразу выполнять плановое оперативное вмешательство - требуется проведение соответствующих клинических, инструментальных, лабораторных исследований и устранение ишемии. При обоснованных сомнениях в достаточности кровоснабжения ногтевой фаланги, по нашему мнению, следует отказаться от наложения жгута и не добавлять адреналин в анестезирующую смесь. После анестезии необходимо выдерживать паузу не менее 10-15 минут, и только после этого проводить болезненные процедуры. Перед операцией желательно анестезии за 30 мин выполнить больному премедикацию.

576. Современные аспекты этиологии и патогенеза разрывно-геморрагического синдрома (Меллори-Вейсса)

*Малеев Ю.В. (1), Малюков Н.А. (2),
Черединов Е.Ф. (3), Леонтьев А.В. (2),
Баранников С.В. (3)*

1,3) Воронеж, 2) Москва

1) БПОУ ВО Воронежский базовый медицинский колледж, 2) Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова (ГБУЗ МКНЦ ДЗМ), 3) ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Синдром Меллори-Вейсса (СМВ) ? сложный патофизиологический процесс, обусловленный развитием кровотокащих разрывов кардиоэзофагеального перехода из-за целого ряда событий, имеющих между собой особую причинно-следственную связь. Цель исследования. Разработать и обосновать целостную этиологическую и патогенетическую концепцию развития СМВ, опираясь на морфологию, биофизику, выявленные новые анатомические особенности, и используя экспериментально-клинические методы исследования. Материал и методы. Проведена оценка эффективности лечения СМВ в БУЗ ВО ВГКБСМП № 1 города Воронежа у 102 пациентов: 82 мужчин (80.4%) и 20 женщин (19.6%). Результаты. Разрывно-геморрагический синдром встречался у мужчин чаще в возрасте 32-52 года, а у женщин - в 33-53 года и в 60-75 лет. В основе

механизмов возникновения СМВ у лиц обоего пола в возрасте 32-55 лет следует считать употребление крепких спиртных напитков (79/77% наблюдений). У лиц женского пола второй подъем заболеваемости связан с развитием климактерического периода и тяжелой сопутствующей соматической патологией. Провоцирующими факторами развития СМВ, являются: злоупотребление алкоголем (79 чел/77.5%), повторные приступы рвоты различной этиологии (9 чел/8.8%), физическая нагрузка, связанная с подъемом тяжестей (5 чел/4.9%), упорный надсадный кашель (4 чел/3.9%), гипонатриемия, обусловленная почечной недостаточностью (3 чел/2.9%). При проведении диагностической гастроскопии было обнаружено, что из 102 пациентов с СМВ язвенная болезнь желудка и ДПК выявлена у 22/21.3% пациентов, аксиальная хиатальная грыжа в 7/6.9% случаях; эрозивно-язвенное поражение желудка и ДПК ? у 22/21.3% пациентов; очаговый гастрит? у 87/85.5% больных; эндоскопические признаки варикозно расширенных вен пищевода ? у 5/4.9% пациентов с циррозом печени, катаральный эзофагит и недостаточность кардии были отмечены лишь у 12/11.8% больных. Обсуждение полученных результатов. Развитие СМВ обусловлено целым рядом причин: топографо-анатомические особенности, внутрибрюшная и внутрижелудочная гипертензия; многократная рвота (по причине избыточного приема пищи и алкоголя), кровотечение из образовавшегося дефекта с развитием впоследствии анемии, крайне тяжело поддающейся лечению. Собственные исследования пространственно-анатомических и гистоморфометрических особенностей ЖКТ на аутопсийном материале позволили обнаружить уменьшение толщины всех слоев стенки ЖКТ в горизонтальной плоскости по часовой стрелке от передней стенки до левой и константность показателей толщины этих же слоев ЖКТ в вертикальной ориентации во фронтальной и сагиттальной плоскостях в каждом из отдельно взятых секторов кардиоэзофагеального отдела ЖКТ, что и обуславливает вертикальное направление разрывов. Растягивающая сила, которая воздействует на стенки ЖКТ при внезапном повышении внутрижелудочного давления, составляет 115.3 кДж. На малой кривизне желудка имеет место быть основная точка приложения этой силы. Левая же стенка ЖКТ представляет собой монофутляр тканей. Передняя и левая стенки пищеводно-желудочного перехода являются свободными, так как в отличие от правой и задней стенок не имеют связочного аппарата. Поэтому, при внезапной внутрибрюшной и внутрижелудочной

гипертензии локализация разрыва будет располагаться на правой и задней стенках кардиоэзофагеального отдела ЖКТ (принцип – «где тоньше, там и рвется»), реже ? на левой (более мобильной из-за наличия газового пузыря) и очень редко ? на передней, наименее фиксированной, стенке. Выводы и рекомендации. Механизм развития разрывов при СМВ многофакторен: 1) ограничение подвижности слизистого и подслизистого слоев ЖКТ относительно друг друга; 2) дискоординированное разнонаправленное сокращение различно ориентированных мышечных слоев нижней трети пищевода и верхней трети желудка; 3) морфологическое несовершенство аппарата кардии; 4) резкая внутрижелудочная и внутрибрюшная гипертензия ? основная пусковая причина разрывно-геморрагического синдрома, а первые три фактора – предрасполагающие в развитии СМВ.

577.Ранние результаты эндовидеохирургических задних сепарационных пластик при срединных послеоперационных вентральных грыжах

*Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2),
Андряшкин А.В. (1,2), Глаголев Н.С. (1),
Мамадумаров В.А. (2), Калинина А.А. (1),
Лобан К.М. (1,2)*

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2)
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ

Актуальность. Срединные послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ), требующие применения сепарационных методик для лечения являются большой проблемой плановой хирургии. TAR-сепарация зачастую рассматривается как оптимальный вид вмешательства в данных случаях. Внедрение эндовидеохирургической TAR-сепараций (по технологии eTEP TAR или лапароскопическая TAR) явилось, по сути, революционным действием в хирургии реконструкций передней брюшной стенки. Тем не менее, в связи с относительно недавним внедрением в клиническую практику, работ по оценке результатов данных вмешательств крайне мало. Материал и методы. Проведен

ретроспективный анализ ранних результатов лечения 41 пациента, оперированных в объеме двусторонней эндовидеохирургической задней сепарационной TAR-пластики по поводу срединных ПОВГ (W2-3 по классификации EHS) на клинической базе (ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова) кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова в 2019-2021 гг. Преобладали женщины – 68,3% (28 человек). Средний возраст больных составил 55,7±12,1 лет. Результаты и обсуждение. За указанный период выполнено 38 эндовидеохирургических задних сепарационных пластик (eTAR). Частота конверсий составила 7,3% (3 пациента). Средняя продолжительность оперативных вмешательств составила 293±63,3 мин. Средняя ширина грыжевых ворот в группе составила 8,71±2,66 см (мин. 5 см – макс. 16 см). Средняя продолжительность госпитализации – 6,44±1,95 койко-дней. Общая частота осложнений у пациентов, перенесших эндовидеохирургическую заднюю сепарационную пластику с учётом конверсий составила 21,9% (n=9). Количество экстраабдоминальных осложнений составило 9,7% (n=4): тромбоз глубоких вен нижних конечностей у 3 пациентов, не потребовавший хирургического лечения и пневмония у одного пациента. Частота раневых осложнений составила 12,2% (n=5). Все они представлены серомами или гематомами, которые не потребовали вмешательств (I класс по Clavien-Dindo). В группе летальных исходов не было. Выводы и рекомендации. Эндовидеохирургическая задняя сепарационная TAR-пластика представляется перспективным и безопасным способом лечения ПОВГ требующим сравнительных исследований с результатами открытого вмешательства.

578. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения пациентов с вентральными грыжами, перенесших эндовидеохирургическую ретромускулярную аллогерниопластику

*Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2),
Андряшкин А.В. (1,2), Лобан К.М. (1,2),
Никишков А.С. (1,2), Мамадумаров В.А. (2),
Кузмаускас Д.А. (1)*

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Введение. Герниопластика является одним из самых распространенных вмешательств в плановой хирургии. До 2015 года единственным безальтернативным малоинвазивным методом лечения вентральных грыж являлся метод IPOM, который не смотря на все свои преимущества не был лишен недостатков. В 2015 году параллельно в США и Германии были предложены эндовидеохирургические ретромускулярные методы лечения вентральных грыж. Не смотря на ежегодное увеличение доли данных методов при лечении вентральных грыж, литературные данные по результатам их применения весьма ограничены. Материалы и методы. Было проведено обсервационное ретроспективное когортное исследование, в котором были проанализированы 85 пациентов, оперированных на базе кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова – в ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова г. Москвы за период с сентября 2017 по ноябрь 2019 гг. по поводу вентральной грыжи с помощью эндовидеохирургических ретромускулярных методов лечения вентральных грыж (EMILOS, eTEP, eTAR). Средний срок наблюдения составил 10,1±6,6 месяцев. Цель. Изучить ближайшие и отдаленные результаты эндовидеохирургических ретромускулярных аллогерниопластик и оценить влияние различных ее методов и их технических аспектов на результаты лечения. Результаты. В группе с первичными грыжами было выполнено 20 операций EMILOS, eTEP – 23 вмешательства и одна операция по методу одностороннего eTAR при грыже Спигелиевой линии. При послеоперационных грыжах было выполнено только 5 операций EMILOS, 19 операций eTEP и 15 – eTAR, из них 9 односторонних, так же имели место 2 конверсии из eTAR в TAR и из EMILOS в открытую ретромускулярную пластику, которые не были включены в дальнейший анализ. Отдаленные результаты удалось проанализировать у 79 (95,5%)

пациентов. Рецидивы грыж были установлены у двух (2,5%) пациентов. Выявленные осложнения включали в себя раневые (2 гематомы (2,5%) и одна поверхностная ИОХВ (1,3%)), 6 пациентов (7,6%) отмечали хронический болевой синдром в области вмешательства и у 27 пациентов (34,2%) выявлены серомы, при 7 (8,9%) потребовалось проведение пункции. Так же было выявлен один (1,3%) тромбоз глубоких вен нижних конечностей. При однофакторном регрессионном анализе выявлено, что раневые осложнения статистически значимо чаще возникали при методе EMILOS (ОШ 4,86, 95% ДИ: 1,77-13,32), при ушивании заднего листка (ОШ: 11,61, 95% ДИ: 3,80-35,51), и значимо реже при дренировании ретромускулярного пространства (ОШ: 0,34, 95% ДИ: 0,13-0,91) и изолированном ушивании белой линии (ОШ: 0,19, 95% ДИ: 0,07-0,49). Опыт хирурга так же оказал влияние на риск осложнений - по мере его накопления вероятность развития осложнений снижалась со статистически значимой ($p=0,0302$) отрицательной корреляцией ($r=-0,681$). Выводы: Эндовидеохирургическая ретромускулярная герниопластика является эффективным и безопасным методом лечения вентральных грыж, что обусловлено низкой частотой рецидивов грыж и послеоперационных осложнений, однако изучение влияния отдельных ее методов и их технических особенностей на результаты лечения требует дальнейшего изучения.

579. Сравнительные результаты лечения пациентов с первичными вентральными грыжами пересеченными эндовидеохирургические ретромускулярные и традиционные методы аллогерниопластики

*Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2),
Андряшкин А.В. (1,2), Лобан К.М. (1,2),
Никишков А.С. (1,2), Мамадумаров В.А. (2),
Калинина А.А. (1)*

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Введение. Первичные вентральные грыжи являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний, по поводу которых ежегодно

выполняются более миллиона операций во всем мире. В 2015 году миру были представлены принципиально новые методы лечения вентральных грыж - эндовидеохирургические ретромускулярные аллогерниопластики. Однако, на текущий момент в литературе представлено лишь ограниченное количество сравнительных исследований, но и те сравнивают новые методы с IPOM, а не с традиционными открытыми аллогерниопластиками, составляющими подавляющее большинство проводимых вмешательств по поводу первичных вентральных грыж. Материалы и методы. Было проведено обсервационное ретроспективное когортное исследование, в котором были проанализированы 96 пациентов, оперированных на базе кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова – в ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова г. Москвы за период с сентября 2017 по ноябрь 2019 гг. по поводу первичной вентральной грыжи с помощью эндовидеохирургических ретромускулярных ($n=45$) и альтернативных им традиционных ($n=52$) методов лечения вентральных грыж. Для достижения сопоставления групп по исходным параметрам прибегали к применению такого статистического метода, как «псевдорандомизация» (propensity score matching). Для эндовидеохирургической группы средний срок наблюдения составил $11,5 \pm 7,2$ месяцев, а для открытой - $19,3 \pm 7,2$ месяцев. Цель. Провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения пациентов с первичными вентральными грыжами перенесшими эндовидеохирургические ретромускулярные (EMILOS и eTEP) и традиционные (предбрюшинная аллопластика) методы аллогерниопластики. Результаты. В первой (эндовидеохирургической) группе отдаленные результаты удалось изучить у 41 (91,1%) пациента, а во второй (открытой) - у 47 (85,5%) пациентов. При этом в первой группе не выявлено рецидивов, а во второй выявлено 3 (16,7%) рецидива грыж, что не является достоверным отличием. Статистически значимые отличия выявлены только в продолжительности операции (по медианам: 160 против 65 минут, $p<0,001$) и длительности госпитализации (4 против 2 дней, $p<0,001$), а так же по площади использованного во время операции сетчатого импланта (480 против 72 см², $p<0,001$). Однако данные группы оказались несопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, ширине грыжевого дефекта и приверженности к курению, в связи с чем был применен метод псевдорандомизации, в результате которого группы оказались полностью сопоставимы, но вторая группа при этом

сократилась до 18 пациентов. В этом случае в первой группе отмечено уменьшение вероятности рецидива грыж по сравнению со второй (0% против 16,7%; $p=0,025$ при тесте Фишера и $p=0,012$ при лог-ранк тесте) без увеличения риска осложнений. Описаны выше статистически значимые отличия в продолжительности вмешательства и госпитализации, а так же площади сетчатого импланта сохранились. Выводы: Эндовидеохирургические ретромускулярные герниопластики при лечении срединных первичных вентральных грыж имеет статистически значимое преимущество в снижении риска рецидива грыжи перед традиционными открытыми методами, в отличии от которых, данные методы позволяют установить сетчатый имплант статистически значимо большей площади, но требуют большего времени операции и нахождения пациента в стационаре. Однако подтверждение данной теории требует поведения рандомизированных исследований.

580.Связь полирезистентных возбудителей с неблагоприятным течением раневого процесса у больных СДС на стационарном и амбулаторном этапах лечения

Земляной А.Б. (1), Зеленина Т. А. (2), Салухов В.В. (2)

Москва, Санкт-Петербург

- 1) Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова, Минздрав России, 2) Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Министерства Обороны России

Цель исследования. Проанализировать видовые особенности микробного пейзажа и антибиотикорезистентности у больных с гнойно-некротическими формами СДС на последовательном стационарном и амбулаторном этапах лечения. Материалы и методы. В исследование включены 62 больных СД 2 типа (группа 1) (38 мужчин и 24 женщины) с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №14 (г. Санкт-Петербург). В исследование также включено 102 больных (группа 2) (56 мужчин и 46 женщин), выписанных из

хирургического стационара ГКБ № 14 после оперативного лечения по поводу гнойно-некротических форм СДС и проходивших амбулаторное лечение в связи с наличием послеоперационных ран. Исследование включало выделение, оценку аэробной микрофлоры из биоптатов гнойного очага и определение чувствительности возбудителей к основным группам антимикробных средств с помощью стандартных дисков. Результаты. На стационарном этапе лечения полирезистентные микроорганизмы встречались исходно в 64,5% (40/62) биоптатов, полученных из послеоперационных ран больных с гнойно-некротическими формами СДС. Наличие полирезистентных возбудителей было ассоциировано с высоким риском ампутаций на уровне стопы, а также плохим прогнозом заживления послеоперационных ран у больных с гнойно-некротическими формами СДС. У этих пациентов чаще выполнялись ампутации ($X^2=3,09$; $p=0,07$), риск ампутаций возрастал в 2,2 раза. Только больным с полирезистентными возбудителями потребовались дополнительные операции в стационаре (вскрытие, некрэктомия и высокие ампутации). Через 2 недели после первичной операции у 77,5% больных с полирезистентными возбудителями гнойно-некротического процесса размер ран оставался прежним, или уменьшился <20%, либо потребовались дополнительные операции ($X^2=3,47$; $p=0,06$). Риск неудовлетворительного заживления возрастал в 3,4 раза. На амбулаторном этапе лечения полирезистентные микроорганизмы ПРМ встречались в большинстве биоптатов (75,6%; 31/41), полученных из инфицированных ран больных СДС. Наличие ПРМ было ассоциировано с длительным заживлением послеоперационных ран, наличием остеомиелита и высоким риском повторных ампутаций. Длительность заживления раны на фоне ПРМ $27,6\pm 8,8$ недели, тогда как без ПРМ - $12,7\pm 4,55$ недели. Заключение. Инфекции диабетической стопы являются значимой клинической проблемой, поскольку повышают риск госпитализации в 56 раз, а риск ампутации в 155 раз по сравнению с пациентами, не страдающими диабетом. Выявление клинически значимых микроорганизмов играет решающую роль в эффективном лечении, предотвращении ампутации. Имеющиеся рекомендации помогают улучшить лечение инфекций диабетической стопы, однако, они не могут охватывать эпидемиологические различия и детали, касающиеся устойчивости к антибиотикам на стационарном и амбулаторном этапах лечения. В проведенном исследовании выявлено, что

полирезистентные микроорганизмы выделяются у большинства больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы на стационарном и амбулаторном этапах лечения. Значительная распространенность резистентной к антибиотикам микрофлоры делает эмпирическую антибиотикотерапию часто неэффективной и требует проведения обязательного локального микробиологического мониторинга. Отсутствие динамики раневого процесса на стационарном и амбулаторном этапах лечения сопряжено, прежде всего, с неэффективностью купирования инфекционного процесса, обусловленной наличием или появлением в ране резистентных микроорганизмов.

581. Диагностика и лечение ранних гнойно-септических осложнений гематом у больных с новой коронавирусной инфекцией

*Зубрицкий В.Ф. (1), Фоминых Е.М. (3),
Низовой А.В. (2), Жданова И.Г. (3),
Смирнова Ю.А. (3) Лебедева Ю.Н. (1)*

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГУПП» Медицинский институт непрерывного образования, 2) Филиал Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, 3) ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»

Гематомы являются одной из наиболее частых патологий во всех разделах хирургии. Наиболее частым показанием к оперативному лечению гематомы является ее нагноение. В 2019 году человечество столкнулось с пандемией новой коронавирусной инфекцией COVID 19, для лечения которой часто назначают антикоагулянты и иммуносупрессоры. В этой связи, в настоящее время, имеется группа пациентов, перенесших или имеющих вирусную пневмонию с различными гематомами на фоне нарушений свертывания крови. Традиционный способ диагностики нагноения основан на клинико-лабораторном мониторинге, при этом приоритетным считается выявление местных признаков нагноения. У пациентов с иммуносупрессией эти признаки появляются со значительной задержкой или маскируются клиникой пневмонии. Предложенный

способ диагностики нагноения включает проведение УЗИ локации и тонкоигольную пункцию полости гематомы, с забором всего возможного содержимого. Далее, 1 мл. полученной жидкости смешиваем с равным количеством раствора NaCl 0,9%, интенсивно встряхивая пробирку. Полученную смесь центрифугируем до получения осадка, далее надосадочную жидкость отделяем пипеткой и делаем мазки, которые окрашиваем в растворе красителя Романовского-Гимзы. Далее, подсчитываем число микроорганизмов в мазках. О развитии нагноения свидетельствует наличие более 1000 микробных тел в полях зрения (4 степень контаминации). Гематома в этом случае требует хирургической операции и других мероприятий в отношении абсцесса. При большом количестве бактерий (3 степень контаминации - от 100 до 1000 микробных тел в полях зрения) – риск нагноения имеется, однако его можно избежать. Должен быть назначен весь спектр профилактических мероприятий, включая скорректированную по результатам микроскопии антибиотикотерапию (вполне возможно отделить палочки от кокков), а также использование малоинвазивных методов санации. Операция или повторная пункция показана при прогрессировании воспаления или отсутствии эффекта от лечения от 3-х и более дней. При среднем количестве бактерий (2 степень контаминации - от 10 до 100 микробных тел в полях зрения) – риск нагноения низок. Берется посев раневого отделяемого. Постоянное дренирование не показано. Повторная пункция показана при появлении других признаков воспаления или отсутствии эффекта от лечения от 3-х и более дней. При малом количестве бактерий (1 степень контаминации - менее 10 микробных тел в полях зрения) – прогнозируется неосложненное течение. Показаний к дренированию нет. У 9 пациентов, с целью дифференциальной диагностики выполнялась пункция гематом. Из них у 4 пациентов гематомы располагались на передней брюшной стенке, у 2 – забрюшинно, у 2 – на конечностях и у 1 пациента было несколько локализаций (область грудной стенки, передней брюшной стенки и ягодица). Клинически и по данным УЗИ объем гематомы были от 50 мл до 800 мл. Полное удаление гематомы при пункции было невозможно – из-за наличия сгустка и взвеси было удалено от 1/4 до 2/3 объема гематомы. У 5 пациентов отмечена 1 степень контаминации. Гематомы у них ликвидировались в сроки от 1 до 3 месяцев. У 2 больных в пробах отмечена 2 степень контаминации. Консервативное лечение было также успешным. У 1 пациента имелась 3 степень микробной контаминации – гематома дренирована

трубкой № 12 по шкале Шаньера с одномоментной санацией водным раствором хлоргексидина и проведением постоянной аспирации (разрежением 60 мм рт ст) в течении 4 дней. Гематома также разрешилась. У 1 пациента выявлена 4 степень контаминации содержимого гематомы, в связи с чем пациенту была проведена операция – гематома вскрыта, рана дренирована дренажом и ушита отдельными узловыми швами. Течение послеоперационного периода без осложнений – дренаж удален на 3 сутки, швы сняты на 8 сутки. Ранняя диагностика прогрессирующего воспаления имеет большое клиническое значение, позволяя до развития жизнеугрожающих состояний прогнозировать дальнейшее развитие нагноения, что дает основания для коррекции лечебной тактики.

582. Выбор предпочтительного варианта порто-системной шунтирующей операции TIPS/ТИПС при осложненной портальной гипертензии

*Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В., Криворотов Н.А.,
Чесноков В.В., Ашимов И.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Эффективность вмешательства TIPS/ТИПС при осложненной портальной гипертензии (ПГ) цирротического генеза не вызывает сомнения среди специалистов. Анализ ее применения у сотен тысяч пациентов во всем мире, в том числе в ведущих отечественных клиниках, говорит о наличии ряда вопросов, не имеющих окончательного решения. Продолжается дискуссия о необходимости эмболизации путей притока к пищеводно-желудочным вариксам (ПЖВ), Недостаточно изучены особенности ведения пациентов с рефрактерным асцитом (РА) и гепаторенальным синдромом (ГРС). Наконец, мало данных о возможности применения TIPS/ТИПС при тромбозе воротной вены (ВВ), произошедшем на фоне цирроза печени (ЦП). Материал и методы. В исследование включены 234 больных, подвергнутых в 2007-21 гг. в хирургической клинике РостГМУ операции TIPS/ТИПС в связи с

осложненной ПГ, вызванной ЦП. По признаку основного показания пациенты распределены в 3 клинические группы: «Кровотечение» (n=172), «Асцит» (n=57), «Тромбоз» (n=5). Для каждой группы разработаны наиболее предпочтительные варианты осуществления операции TIPS/ТИПС, ставшие результатом анализа опубликованных источников, собственных анатомических исследований портальной ангио-архитектоники и клинического опыта. В каждой из групп прослежены непосредственные и отдаленные результаты, включающие осложнения, летальность и выживаемость, а также изучены предикторы наступления этих событий с использованием современных статистических инструментов. Результаты. У пациентов изучаемых групп операцией TIPS/ТИПС достигнута портальная декомпрессия, подтвержденная снижением порто-системного градиента давления: с $18,3 \pm 2,0$ до $8,6 \pm 1,1$, с $19,1 \pm 1,8$ до $8,4 \pm 1,3$ и с $18,8 \pm 1,6$ до $8,0 \pm 1,9$ мм рт.ст., соответственно (рисх I, II, III < 0,05). В группе «Кровотечения» наибольшее число летальных исходов, связанных с рецидивами геморрагии, отмечено среди пациентов, которым шунтирование не дополняли эмболизацией (30,6% за весь период наблюдения, составивший 140 мес/11,7 лет), а наименьшее – в подгруппе TIPS/ТИПС+эмболизация (7,1%). В группе «Асцит» после операции отмечена более активная резорбция асцита, редукция ПЖВ и гиперспленизма по сравнению с больными, которым лечение РА проводили применением рутинных методик (диета, ограничение соли, лечебный парацентез, инфузии альбумина). Установлено, что лучшие результаты операции достижимы, если у пациента значения Чайлд-Пью не превышают 12, а MELD –20 баллов. В иных случаях проводили соответствующую медикаментозную коррекцию для достижения приемлемых показателей. Обсуждение. Вне зависимости от показания, при выполнении операции TIPS/ТИПС следует использовать исключительно PTFE-покрытые стенты. Дизайн исследования, предполагавший распределение пациентов в 3 группы, позволил установить зависимость предпочтительного варианта TIPS/ТИПС от превалирующего показания. Так, при наличии кровотечений из ПЖВ в анамнезе или угрозе рецидива геморрагии шунтирующий этап необходимо дополнять селективной эмболизацией путей притока к ПЖВ. Количество спиралей зависит от выявленных путей притока, их диаметра и характера ветвления. В наших наблюдениях оно варьировало от 1 до 14, в среднем $4,7 \pm 2,9$. У больных с РА следует стентировать порто-системный канал в моноварианте при отсутствии

выраженных ПЖВ. Соматически более тяжелым пациентам этой группы необходима более тщательная дооперационная подготовка. Операция TIPS/ТИПС при тромбозе ВВ осуществима лишь при наличии опыта. Это более сложное вмешательство требует восстановления кровотока по ВВ и соответствующее послеоперационное ведение. Заключение. У пациентов с риском варикозного кровотечения или его рецидива целесообразным является вариант TIPS/ТИПС, дополненный эмболизацией всех выявленных путей притока к ПЖВ. У больных с РА следует уделять повышенное внимание тщательному периоперационному ведению. При тромбозе ВВ внутрипеченочное шунтирование необходимо сочетать с восстановлением адекватного кровотока по тромбированному участку ВВ путем его стентирования.

583. Хирургическая тактика у больных хроническим медленно-транзитным запором

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Самедов В.Б.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ

Актуальность. Средняя распространенность хронического запора (ХЗ) у взрослых в мире оценивается в 16%, и по данным литературы у 15-50% из этих больных клинические проявления заболевания развиваются вследствие нарушения пропульсивной функции ободочной кишки (ОК). Проблемной группой являются лица с хроническим медленно-транзитным запором (ХМТЗ). Обоснование оптимального объема резекции ОК у таких больных остается предметом дискуссии, а уровень неудовлетворительных результатов лечения достигает 13–30%. Цель исследования. Дать критическую оценку результатов хирургического лечения больных ХМТЗ с учетом объема резекции ободочной кишки. Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения 25 больных ХМТЗ (женщины – 23, мужчины – 2), госпитализированных в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Медиана возраста

пациентов составила 39 (27–55) лет, длительности заболевания – 15 (6–26,5) лет, длительности запоров – 6 (5-7) дней. Всем больным диагноз ХЗ был установлен в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра. Лабораторное обследование, наряду с рутинными общеклиническими и биохимическими анализами, включало оценку тиреоидного статуса и посев кала на дисбактериоз и патогенную флору с определением чувствительности к антибиотикам и бактериофагам. Среди обязательных инструментальных методов диагностики использовали тест экспульсии баллона, оценку времени пассажа рентгенконтрастных маркеров (РКМ) по толстой кишке и ирригоскопию. Колоноскопию и дефекографию выполняли селективно. Тяжелую форму ХМТЗ диагностировали при неэффективности консервативного лечения в течение 3-х месяцев. Объем резекции ОК определяли на основании определенного типа ХМТЗ в результате оценки пассажа РКМ: 1) при сохраненной пропульсивной активности правой половины ОК (ПП-ОК), в которую входит восходящая ободочная и проксимальная половина поперечно-ободочной кишки выполняли левостороннюю гемиколэктомию с формированием трансверзо-ректоанастомоза (ЛГЭ-ТР); 2) при изолированном нарушении эвакуаторной функции сигмовидной кишки (СК) – ее резекцию с формированием десцендо-ректоанастомоза (РС-ДР); 3) при выявлении нарушения пропульсивной функции левой половины ОК (ЛП-ОК), в которую входит дистальная половина поперечно-ободочной и нисходящая ободочная кишки и/или СК, наряду с нарушением эвакуации РКМ из ПП-ОК, выполняли субтотальную резекцию ОК с разворотом кишки на 180 градусов и формированием асцендо-ректоанастомоза (СТР-АР). Первые два случая характеризуют сегментарный тип ХМТЗ, третий – распространенный. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивали при контрольном обследовании в клинике через 6 месяцев. Результаты. Консервативное лечение оказалось эффективным у 12 из 25 пациентов, тяжелая форма ХМТЗ диагностирована у 13 больных (женщины – 12, мужчина – 1). Распространенный тип ХМТЗ установлен у 9 больных, которым выполнена СТР-АР, сегментарный тип – у 4 (ЛГЭ-ТР выполнена в 3 случаях, РС-ДР в 1). Интраоперационных осложнений не было. Хирургическое осложнение послеоперационного периода (I степень по Clavien-Dindo) наблюдали у 1 пациентки. «Хорошие» отдаленные результаты хирургического лечения наблюдали у всех прооперированных больных, что было

подтверждено сокращением среднего времени пассажа РКМ по ОК с 138 ± 10 часов до 64 ± 21 часов, нормализацией частоты стула и регрессом других специфических симптомов ХЗ. Выводы. 1. Субтотальная резекция ободочной кишки с ее разворотом на 180 градусов и формированием асцендо-ректоанастомоза показана большим тяжелой формой ХМТЗ при распространенном типе, обеспечивает регресс явлений обстипационного синдрома и снижает вероятность развития стойкой послеоперационной диареи. 2. Проведение пассажа рентгенконтрастных маркеров по ободочной кишке у ряда больных тяжелой формой ХМТЗ позволяет определить сегментарный тип замедленного транзита по ОК и избежать выполнения обширных резекционных вмешательств при достижении хороших результатов хирургического лечения.

584. Дифференциальный подход при лечении кист поджелудочной железы

*Аванесян Р.Г. (1,2), Королев М.П. (1,2),
Завражных А.А. (1,2), Турянчик М.М. (1,2)*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
- 2) СПбГПМУ

Введение. Кисты поджелудочной железы относятся к одним из наиболее частых осложнений острого и хронического панкреатита. Инвазивному лечению подлежат кисты, размерами более 5-6 см, а также такие осложнения кист, как: кровотечение, инфицирование содержимого, сдавление окружающих тканей, связь с протоком поджелудочной железы. Материал и методы. С 2006 по 2021 гг в выполнены различные операции 464 пациентам с кистами поджелудочной железы. Возраст больных от 9 до 82 лет. Средний возраст – 38,6 лет, 72,41% больных были мужского пола. Все операции разделены на 3 группы: наружные дренирующие миниинвазивные операции (394), комбинированные миниинвазивные операции внутреннего дренирования (63), резекционные традиционные и лапароскопические операции (7). При наружном дренировании применяли ультразвуковой контроль и следующие доступы:

внеорганный, транспеченочный, трансгастральный, транспеченочно-трансгастральный, трансселезеночный, чреспротоковый. При миниинвазивном внутреннем дренировании полости кисты применяли следующие операции: ретроградное чреспротоковое эндоскопическое дренирование полости кисты, антеградное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы с целью декомпрессии при панкреатической гипертензии, наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы через полость кисты, формирование чрескожного цистогastro- или цистопанкреатикогastroанастомоза. У 3 больных выполнено лапароскопическое удаление полости кисты, 4 пациентам выполнены корпокаудальные резекции поджелудочной железы с кистой. Результаты и их обсуждение. При наружном дренировании полости кисты наиболее сложными доступами являются трансселезеночный (5) и чреспротоковый (4). Разработан метод трансселезеночного дренирования полости кисты хвоста поджелудочной железы, при котором предварительно дренируется поддиафрагмальное пространство слева над селезенкой и вторым этапом дренируется полость кисты через ткань селезенки. Предварительное дренирование поддиафрагмального пространства позволяет эвакуировать кровь, которая неизбежно поступает из трансселезеночного доступа. Чреспротоковое дренирование полости кисты, связанной с протоком поджелудочной железы использовали при отсутствии безопасного доступа к полости и при наличии связи кисты с протоком. Основным принципом внутреннего дренирования полости кисты с применением миниинвазивных технологий является восстановление проходимости протока поджелудочной железы при панкреатической гипертензии или формировании соустья между полостью кисты и просветом желудка на дренаже. Ретроградное дренирование полости кисты через просвет протока поджелудочной железы реализуемо только при локализации кисты в области головки и при беспрепятственном проведении проводника в полость кисты при диагностическом эндоскопическом исследовании. Метод имеет существенные недостатки в связи с ограниченностью применения. Антеградное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы показано при множественных полостях в парапанкреатическом пространстве, связанных с протоком. В четверти случаях предварительно дренировали наиболее крупные кисты наружными дренажами. Относительно безопасным и простым методом

внутреннего дренирования кисты считаем дренирование протока поджелудочной железы с восстановлением проходимости последнего через полость кисты. Использовали метод при единичной кисте и при возможности проведения манипуляторов из полости кисты в проток поджелудочной железы. При невозможности восстановления проходимости протока поджелудочной железы, формировали цистогастроанастомоз в 4 случаях, в 2 случаях – цистопакреатикогастроанастомоз. Из 25 случаев кровотечения в полость кисты, в 19 случаях кровотечение остановлено с применением консервативных методов, в 6 – эмболизацией различных артерий. Резекционные операции использовали при инфицировании полости кисты в сочетании с толстой капсулой последней. Осложнения по Clavien-Dindo 1 ст. наблюдали в 9,7% случаев; 2 ст. – 4,8%; 3 ст. – 1,8%. Летальность составила 1,1%.

585. Роль пассажа рентгенконтрастных маркеров в стратификации больных хроническим запором и обосновании объема резекции толстой кишки

Самедов В.Б., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ

Актуальность. Оценка пассажа рентгенконтрастных маркеров (РКМ) по толстой кишке является достаточно распространенным в мире методом диагностики хронического запора (ХЗ), однако в отечественной колопроктологии не получило достаточного распространения. Цель исследования. Оценить эффективность оригинальной методики в диагностике тяжелой формы хронического медленно-транзитного запора (ХМТЗ) и обосновать выбор оптимального объема резекции толстой кишки. Материалы и методы. Проведен анализ времени транзита 25 РКМ (резиновых колец) у 25 больных ХМТЗ и 15 здоровых добровольцев. Обзорную рентгенографию живота выполняли в течение 5 дней. С целью достижения максимальной информативности исследования выполняли рентгенологический контроль пассажа маркеров по

ободочной кишке (ОК) через 24, 48, 72, 96 и 120 часов. С целью оценки сегментарной эвакуаторной функции ОК осуществляли ее деление на половины путем проведения воображаемой линии вдоль остистых отростков позвонков с последующим подсчетом числа РКМ. В правую половину ободочной кишки (ПП-ОК) входит восходящая и проксимальная половина поперечно-ободочной кишки; в левую половину (ЛП-ОК) – нисходящая и дистальная половина поперечно-ободочной кишки. Эвакуаторную функцию сигмовидной кишки (СК) оценивали отдельно. Показания к хирургическому лечению сформулированы у 13 больных ХМТЗ в связи с неэффективностью проводимого консервативного лечения в течение 3-х месяцев. Результаты. Замедление времени кишечного транзита по ОК выявляется при визуализации в ней более 6 и/или ? 1 РКМ спустя 72 и 96 часов от начала исследования соответственно. При сохранении в ОК более 2 РКМ спустя 120 часов с высокой долей вероятности свидетельствует о тяжелой форме заболевания ($p=0,015$). Сегментарное нарушение моторно-эвакуаторной функции ОК диагностируются при обнаружении: 1) в ПП-ОК – более 4 и 2 РКМ спустя 48 и 72 часа; 2) в ЛП-ОК – ? 1 РКМ спустя 72 часа (при сохраненной пропульсивной активности ПП-ОК); 3) в СК – ? 1 РКМ спустя 96 часов (при сохраненной пропульсивной активности ПП-ОК и ЛП-ОК). При выявлении замедления транзита РКМ в ПП-ОК целесообразно определение истинного количества маркеров в левой половине в соответствии с предложенной формулой (ЛП-ОКист-72=ЛП-ОК72-ПП-ОК48+ПП-ОК72) с последующим его сравнением с определенной точкой отсечения. При значении ЛП-ОКист-72 ? 1 диагностируется нарушение эвакуаторной функции ЛП-ОК. При выявлении замедления транзита РКМ в ПП-ОК и/или в ЛП-ОК целесообразно определение истинного количества маркеров в СК спустя определенное количество часов от начала исследования в соответствии с предложенной для этого формулой (СКист-96=СК96-ЛП-ОК ист-72+ЛП-ОКист-96) с последующим его сравнением с определенной точкой отсечения. При значении СКист-96 ? 1 диагностируется нарушение эвакуаторной функции СК. Сегментарный тип ХМТЗ устанавливали при сохраненной эвакуаторной функции ПП-ОК или ПП-ОК+ ЛП-ОК, в связи с чем выполнили левостороннюю гемиколэктомию с формированием трансверзо-ректоанастомоза (ЛГЭ-ТР) или резекцию СК с формированием десцендо-ректоанастомоза (РС-ДР) соответственно. Распространенный тип заболевания определяли при выявлении нарушения пропульсивной функции ЛП-ОК и/или СК

наряду с нарушением эвакуации РКМ из ПП-ОК, в связи с чем выполняли субтотальную резекцию ОК с разворотом кишки на 180 градусов и формированием асцендо-ректоанастомоза (СТР-АР). Распространенный тип тяжелой формы ХМТЗ установили у 9 больных, которым выполнена СТР-АР, сегментарный тип – у 4 (ЛГЭ-ТР выполнена в 3 случаях, РС-ДР в 1). «Хорошие» отдаленные результаты хирургического лечения наблюдали у всех прооперированных больных, что было подтверждено сокращением среднего времени пассажа РКМ по ОК с 138 ± 10 часов до 64 ± 21 часов и регрессом специфических симптомов ХЗ. Вывод. Оценка пассажа РКМ по ОК с высокой долей вероятности позволяет стратифицировать форму заболевания, а также выявить признаки распространенного или сегментарного нарушения кишечного транзита у больных тяжелой формой ХМТЗ, являющегося основой для обоснования необходимого объема резекции ободочной кишки.

586. Особенности топографической анатомии ногтевого комплекса

Зубрицкий В.Ф. (1), Фоминых Е.М. (3), Низовой А.В. (2), Махмудов Ш.А. (4), Платонова Г.А. (3), Каниболоцкий А.А. (4), Князев В.Н. (3), Варфоломеева П.Д. (3), Тебенькова А.М. (3)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГУПП» МИНО, 2) Филиал ВМА им. С.М.Кирова, 3) ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», 4) ГБУЗ «ГП № 46 ДЗ г. Москвы»

Как известно – цель хирургической операции заключается в структурной перестройке органов и тканей, для коррекции, восстановления или улучшения функции объекта вмешательства. Планирование операции невозможно без четких знаний структурных взаимоотношений тканей и анатомии данной области. Не смотря на долгие годы исследований, строение ногтевого комплекса изучено, как нам кажется, недостаточно. Наиболее важным вопросом является определение границ ростковой зоны и глубины залегания камбиальных клеток. По причине «лакун» в наших познаниях о анатомии этой области тела, по нашим

наблюдениям, от 10 до 30% операций по поводу вросшего ногтя не приводят к желаемому результату и требуют повторного вмешательства. Опрос слушателей курсов усовершенствования врачей, проходивших обучение в Филиале Военно-медицинской академии (г. Москва) и Кафедры хирургии поврежденных Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «МГУПП» по вопросам «гноной хирургии» (как правило это были практикующие врачи и выпускники медицинских институтов), показал, что их знания о топографической анатомии ногтевого комплекса еще более неполные или отсутствуют вовсе. Под ногтевым комплексом понимаем часть ногтевой фаланги, который включает в себя ногтевую пластинку и все связанные с ней мягкотканые образования (ногтевые валики, матрица, ногтевое ложе). Для изучения анатомии ногтевого комплекса нами было проведено изучение строения интактных мягких тканей и ногтевого ложа 1 пальца стоп у 20 произвольно выбранных, скончавшихся в разном возрасте от различных причин трупов. Материал забирали у пациентов разного возраста, пола и анатомических внешних данных. Полученный участок ногтевого ложа вместе с ногтевой пластинкой фиксировали в растворе 10% формалина. После фиксации производили пошаговые продольные разрезы, толщиной 0,3-0,4 см, включая ногтевое ложе, ногтевые валики, корень и фрагменты трубчатой кости. Всего получилось 88 кусочков тканей ногтевой фаланги, которые помещали в гистологические кассеты, производили фиксацию, обезвоживание и пропитывания парафином образцов ткани (в гистопроцессоре карусельного типа). Далее кассеты с образцами тканей заливались парафином, формируя парафиновые блоки (в аппарате); затем производили микротомию парафиновых блоков и окраску. Окрашивание было стандартное, с помощью гематоксилин-эозина (в аппарате). При микроскопическом исследовании, использован метод морфометрии. При помощи оптического микрометра измеряли длину ногтевой пластинки, корня ногтевой пластинки, глубину гнезд промежуточного матрикса и расстояние от нижнего края эпителия до кости. Проведенные исследования показали, что в дорсальной и промежуточной части матрикса камбиальные клетки располагаются в лунках от края ногтевой пластинки на глубине около 0,25 мм. В этой связи, для полного прекращения роста ногтевой пластинки требуется иссечение тканей дорсального, промежуточного матрикса на глубину не менее 0,25 мм, а вентрального матрикса (ногтевого ложа) - на глубину до 1 мм. Для прекращения роста ногтя требуется иссекать всю

зону дорсального и промежуточного матрикса (от дистальной части проксимальной ямки до края проекции лунулы). При выполнении операции следует избегать повреждения сухожилия разгибателя пальца, которое располагается на 2 мм глубже. Ногтевое ложе (вентральный матрикс) участвует в росте только самого глубокого слоя мягкого слоя ногтевой пластинки, и возможно, для некоторых ситуаций, в иссечении не нуждается. Источником эпителия ногтевого ложа являются эпителиальные гнезда, из-за чего эпителизация происходит очень быстро (в течении недели). В этой связи специальных приемов (в том числе кожной пластики) для закрытия ногтевого ложа после удаления ногтевой пластинки не требуется. Заключение. Данные результаты позволят улучшить результаты оперативного лечения пациентов с патологией ногтевого комплекса.

587. Кровотечение, как осложнение эндобилиарных чрескожных и комбинированных вмешательств

*Аванесян Р.Г. (1,2), Федотов Л.Е. (1,2),
Соловьев И.А. (1), Плетнев М.Ю. (1,2)*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
- 2) ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Введение. Эндобилиарные миниинвазивные оперативные вмешательства могут осложняться клинически значимым кровотечением в 5–9% случаев по данным различных авторов. Гемобилия, кровотечение в брюшную полость или в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) всегда сопровождают чрескожные или траспапиллярные операции, однако, редко являются источником массивной кровопотери. Материал и методы. С 2006 по 2021 гг. в клинике выполнены чрескожные эндобилиарные вмешательства 2850 пациентам; 2275 из них выполнено эндопротезирование желчных протоков. Средний возраст больных составил 68,2 года. Женщин было 67,5%. Эндобилиарные чрескожные и комбинированные операции выполнены больным с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны в 63,3% случаев, в 16,1% - при сложном холедохолитиазе, в

15,9% - при различных ятрогенных повреждениях желчных протоков. В остальных 4,7% случаев операции выполнены при редких причинах билиарной гипертензии. Различные виды значимого кровотечения могут сопровождать внутрисветовые миниинвазивные операции в раннем или позднем послеоперационном периоде. Результаты и обсуждение. Гемобилия осложняло течение послеоперационного периода в 55 случаях, что составило 1,93% от общего числа больных. Причины гемобилии: кровотечение из траспеченочного канала, повреждение долевой артерии при пункции протока в воротах печени, нарушение свертываемости крови, повреждение крупного притока печеночной вены или ветви воротной вены, распад опухоли. Кровотечение в брюшную полость встречалось в 4 случаях, что составило 0,14%. Причины, кроме вышеуказанных, повреждение ткани печени. Кровотечение в просвет ДПК связанное с повреждением перипапиллярной зоны встречалось в 3 случаях, что составило 0,11%. При анализе причин гемобилии мы пришли к следующим выводам: частота возрастает при локализации блока желчных протоков в воротах печени, при билобарном дренировании желчных протоков, при МНО > 2 Ед, при выполнении операции под местной анестезией. При клинической картине гемобилии применяем следующую тактику: контроль свертываемости крови с коррекцией измененных значений системы гемостаза, смена наружно-внутреннего дренажа на наружный для уменьшения объема кровопотери, смена дренажа на широкопросветный для тампонады траспеченочного канала. Только в 6 случаях из 55 больных с гемобилией выполнены прямые ангиографии с эмболизацией кровоточащей артерии: в 3 случаях левой долевой артерии печени, в 2 случаях – гастродуоденальной артерии, в 1 – верхней передней панкреатодуоденальной артерии. В 3 случаях клинически проявляемых кровотечений в брюшную полость выполнены миниинвазивные дренирования гематом поддиафрагмального пространства. В одном случае массивное кровотечение в брюшную полость в результате отрыва связки печени было причиной летального исхода. Кровотечение в просвет ДПК из разрыва слизистой оболочки перипапиллярной зоны останавливали следующим способом: антеградно проводили баллонный катетер в область папиллы, раздували баллон и временно останавливали кровотечение, что позволяло отмыть сгустки и локализовать источник кровотечения, после чего клипировали кровоточащий сосуд эндоскопически. Еще одним видом кровотечения при

эндобилиарных вмешательствах является гематома печени. У 15 (0,53%) пациентов встречали данное осложнение. В 2 случаях гематом диаметром более 5 см выполнено наружное дренирование полости. У остальных больных с подобным осложнением консервативная терапия оказалась эффективной. Таким образом, осложнения, связанные с кровотечением, составили 77 случаев (2,7% от общего числа операций). Летальность составила 9,09% (7 больных) от числа больных с кровотечением и 0,25% от общего числа больных с эндобилиарными вмешательствами. Выводы. Применение сверхтонких игл для пункции протока, гидрофильных атравматичных инструментов, периферийного доступа к протоку, общей анестезии, предоперационной коррекции свертываемости крови, двойного доступа к протоку при сложном холедохолитиазе позволяет снизить частоту кровотечения при эндобилиарных вмешательствах.

588.Панкреатические свищи: минимально инвазивные чрескожные операции

*Аванесян Р.Г. (1,2), Королев М.П. (1,2),
Лопатин И.М. (1), Хафизов Л.З. (2)*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
- 2) ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Введение. Панкреатические свищи, как осложнения операций на поджелудочной железе, считаются сложной проблемой в хирургической практике. Традиционные операции панкреатикодигестивного шунтирования или резекционные операции достаточно травматичные, частота послеоперационных осложнений превышает 15% по данным литературы. Материал и методы. В клинике разработаны минимально инвазивные чрескожные вмешательства при наружных панкреатических свищах, основным принципом которых являются: обеспечение проходимости протока поджелудочной железы в проксимальном направлении, а также восстановление непрерывности протока в области повреждения на каркасном дренаже. С 2006 по 2021 гг выполнены комбинированные минимально инвазивные

операции при наружных панкреатических свищах 7 пациентам. В 3 случаях восстановление непрерывности и проходимости протока поджелудочной железы выполняли через наружный панкреатический свищ, в остальных 4 случаях каркасное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы выполняли через отдельный чрескожный доступ дистальнее поврежденного участка протока. При использовании доступа через наружный панкреатический свищ необходимо контрастирование протока поджелудочной железы на всем протяжении через свищ, при удостоверении адекватной эвакуации контрастного вещества дистальнее повреждения, выполняли реканализацию протока в проксимальном направлении и устанавливали наружно-внутренний дренаж через свищ и проксимальный отдел протока поджелудочной железы в просвет двенадцатиперстной кишки. Альтернативный метод сложнее, т.к. возникает необходимость пункции абсолютно узкого протока поджелудочной железы дистальнее поврежденного участка. Результаты и их обсуждение. Из 7 больных в 6 случаях наружные панкреатические свищи были результатом перенесенных операций наружного дренирования салниковой сумки при панкреонекрозе. Еще в одном случае панкреатический свищ сформировался после дренирования брюшинного абсцесса, который был следствием деструктивного панкреатита и повреждения протока поджелудочной железы после ЭПСТ. Во всех случаях декомпрессии протока поджелудочной железы отмечено постепенное снижение поступления панкреатического сока по наружному панкреатическому свищу. В течение от 7 до 15 дней отмечено прекращение функционирования панкреатического свища у всех больных. Каркасные наружно-внутренние дренажи устанавливали сроком на 2 – 6 месяца, после контрольных рентгенологических исследования дренажи или удаляли, или сменяли на широкопросветные в зависимости от наличия стриктуры терминального отдела протока поджелудочной железы. Максимальные сроки формирования каркаса 18 месяцев у одного больного, при этом 6 последних месяцев в область стриктуры был установлен пластиковый стент, который в дальнейшем был удален эндоскопическим методом. Рецидива панкреатического свища не наблюдали. Сроки наблюдения за больными от 3 до 16 лет. Осложнения по Clavien-Dindo 1 и 2 ст. были у 2 больных, что составило 28,6%. Летальности не было. Выводы. Разработанные комбинированные минимально инвазивные операции восстановления

проходимости и непрерывности протока поджелудочной железы в области повреждения при панкреатических свищах являются альтернативой традиционных операций панкреатикодигестивного шунтирования.

589. Принципы обезболивания на догоспитальном этапе с позиции концепции «damage control»

*Сморкалов А.Ю., Логинов В.И., Савичев П.В.,
Маркевич В.В.*

Нижний Новгород

ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ

Догоспитальный этап концепции контроля повреждений впервые был предложен в 2001 году под названием «damage control ground zero», суть которого состоит в максимально быстрой доставке пострадавшего в госпиталь с проведением коррекции гипотермии, ацидоза и коагулопатии, малообъемной гипотензивной инфузионной терапии. Сформулированные ранее принципы «damage control ground zero» являются работоспособными для догоспитального этапа в боевых условиях, но не могут дать ответ на вопрос: Что делать с раненым, у которого имеется развившееся или развивающееся жизнеугрожающее последствие боевой хирургической травмы в случае задержки его эвакуации на несколько часов и более? По нашему мнению – представление о догоспитальном этапе концепции damage control может быть расширено и стандартизировано в виде протоколов первичной оценки и программируемого контроля устранимых жизнеугрожающих последствий боевой хирургической травмы, что должно стать неотъемлемой частью медицинского сопровождения раненых, начиная с первой помощи и включать в себя два компонента: 1. Обобщенный алгоритм экстренного диагностического поиска и прогнозирования развития, возможных жизнеугрожающих последствий травмы для всех анатомических областей. 2. Стандартизированные программы лечебно-эвакуационной тактики для каждого конкретного жизнеугрожающего последствия с применением соответствующих лекарственных средств и современных портативных

изделий медицинского назначения. В рамках медицины боевых мероприятий рациональность такой тактики оказания помощи пострадавшим на догоспитальном этапе заключается в последовательном устранении жизнеугрожающих последствий ранения в зависимости от тактической обстановки, а процесс оказания помощи разделен на 2 зоны: 1. Зона огневого контакта; 2. Зона относительной безопасности. Для каждой из зон разработан универсальный алгоритм оказания помощи и обезболивание в это схеме оказания помощи стоит далеко не на последнем месте. При этом обезболивание в рамках первой помощи проводится только в зоне относительной безопасности. Результаты исследований оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, в том числе террористических актах с массовыми санитарными потерями, убедительно показывают, что отсутствие достаточного обезболивания в таких зонах, при подготовке к транспортировке и во время ее осуществления, значительно утяжеляет общее состояние пострадавших. Они либо гибнут в процессе эвакуации, либо поступают в лечебное учреждение в крайне тяжелом или терминальном состоянии. На современном этапе существуют два основных подхода к лечению болевого синдрома: 1. Мультимодальный подход; 2. Дифференцированный подход. Основной проблемой обезболивания на догоспитальном этапе является то, что первая помощь как правило оказывается в виде само- и взаимопомощи людьми, не имеющими медицинского образования. Кроме того, в условиях массовых санитарных потерь, с одновременным сосредоточением большого количества пострадавших проведение тщательного контроля за состоянием пострадавших после осуществления обезболивания и в период транспортировки на необорудованном транспорте без сопровождения медперсонала, практически невозможно. В этой связи повышенные требования предъявляются как к методам обезболивания, так и средствам его реализации. К сожалению, применение принципа мультимодальности не всегда возможно при массовом поступлении пострадавших и на поле боя. С нашей точки зрения наиболее адекватным является мультимодальный дифференцированный подход к обезболиванию, основывающийся на 3 уровнях боли (слабая боль, сильная боль и невыносимая боль), который учитывает индивидуальность пострадавшего и его отношение к полученному повреждению, либо на основании знаний травмогенеза. В любом случае при обезболивании у раненых независимо от характера травмы и повреждающего агента

необходимо решить следующие основные задачи, описанные в предложенной нами схеме обезболивания: 1) оценить степень и выраженность болевого синдрома; 2) осуществить первичный выбор обезболивающего препарата; При слабой боли с целью сохранения способности продолжать бой рекомендуется прием 1 таблетки (7,5 мг) мелоксикама и 1 таблетки (500 мг) парацетамола, при низкой эффективности возможен повторный прием. Данная комбинация препаратов позволяет обеспечить максимально возможный контроль слабого болевого синдрома, при этом не влияя на психическое состояние пострадавшего и другие функции. При сильной боли мы рекомендуем использование монотерапии опиоидными анальгетиками или применение субнаркозных доз кетамина. На догоспитальном этапе эффективней использовать интраназальный спрей кетамина. При невыносимой боли монотерапия опиоидными анальгетиками или кетамином будет низкоэффективна, поэтому должна применяться мультимодальная анальгезия с применением препаратов 1, 2 уровней с добавлением седативного препарата и методов терминальной анестезии. В качестве средства терминальной анальгезии, на основании 14 летнего собственного опыта, при ранениях можно предложить 10% спрей Лидокаина гидрохлорида, который используется путём распыления на раневую поверхность (в том числе при глубоких ранах), после остановки кровотечения перед использованием гемостатических средств или наложением повязки. Обезболивающий эффект наступает через 20-30 секунд и длится до 30 минут. Данный период времени является достаточным для наступления действия обезболивающих препаратов вводимых внутримышечно. В качестве средства проведения мультимодальной анестезии, с целью ускорения ее проведения на догоспитальном этапе при массовом поступлении пострадавших можно использовать многокомпонентный шприц-тюбик, в состав которого могут входить любой опиоидный анальгетик и НПВС (Патент РФ № 150909). Таким образом, концепция «damage control» изначально предлагаемая для контроля повреждений и оказания хирургической помощи, при правильном подходе может эффективно применяться на догоспитальном этапе не только при устранении жизнеугрожающих последствий травм и ранений, но и как самостоятельная единица в выборе средств и способов обезболивания.

590. Опыт эндоскопического лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с новой коронавирусной инфекцией

*Александрова Ю.А. (1), Медведев К.В. (1,2),
Кравцов В.Ю. (3), Несвит Е.М. (1),
Протченков М.А. (2, 4), Суханова Ю.В. (1),
Аксенова Т.Е. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина», 2) ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, 3) ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 4) СПб ГБУЗ «Городская больница №26»

Актуальность. В настоящее время заболеваемость новой коронавирусной инфекции (НКВИ) остается на высоком уровне. Среди этих пациентов с НКВИ особое место занимают люди с тяжелой сопутствующей патологией и с прогрессирующей дыхательной недостаточностью (ДН), нуждающиеся в стационарном лечении. Необходимыми в лечении данных больных являются препараты групп дезагрегантов и антикоагулянтов, на фоне которых возможно внезапное развитие ЖКК, резко ухудшающее прогноз заболевания. Цель исследования. Исследование главных характеристик эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у пациентов с НКВИ. Материалы и методы. Изучены случаи 53 пациентов с установленным диагнозом НКВИ, осложненной кровотечением из верхних отделов ЖКТ, получивших лечение в больнице Боткина (г. Санкт-Петербург) с апреля 2020 по декабрь 2021гг. 60,4% больных были мужчинами, половина больных (49,1%) были в пожилой возрастной группе (от 64,0 до 74,0 лет). Всем пациентам при развитии ЖКК был выполнен эндоскопический гемостаз, что составило 26,8 % от общего количества (198) хирургических манипуляций и 25% от всех лечебных эндоскопических (212) манипуляций в стационаре за этот период. Результаты. Частота развития ЖКК в нашем стационаре отмечалась в 0,22% случаев всех больных с НКВИ. В данной группе больных источником кровотечения явились эрозивно-язвенные поражения (ЭЯП) в 90,5%. В 45,3% больных поступали в стационар в первые 7 дней заболевания. В 75,5% случаев (40 пациентов) в связи с тяжелой формой НКВИ и нарастающей до 3 степени ДН, требующей кислородной поддержки по средствам ИВЛ, больные находились в ОРИТ, а

24,5% (13 больных) - получали лечение в условиях хирургического отделения. У 40 больных (75,5%) отмечалась тяжелая форма НКВИ, осложненная развитием пневмонии КТ-4, ДН 3 и сепсисом. У пациентов данной группы помимо основного заболевания в 20,7% встречался сахарный диабет, в 39,6 % различные хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, в 15,1% ХПН 5 стадии с потребностью в программном гемодиализе, в 15,1% имели место такие инфекции как хронический гепатит различной этиологии в стадии компенсации и ВИЧ-инфекция, в 9,4% различная онкопатология, а в 32,0% ожирение 2-3 степени. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ возникало у 4 пациентов (7,5%) на сроках до 7 дня лечения в стационаре, у 10 больных (18,9%) на 7-14 сутки, у 30 пациентов (56,6 %) на 14-21 сутки, а в 9 случаях (17%) после 21 суток стационарного лечения. В 47,2% источником ЖКК явились множественные язвы желудка, а в 20,8% острые язвы двенадцатиперстной кишки. Согласно классификации Forrest J.A.H. дефекты с признаками кровотечения F IA встречались в 4,1%, F IIA в 35,4%, F IB в 20,8 %, F IIB в 39,5%. Выполнялись следующие виды эндоскопического гемостаза и профилактики геморрагии: инъекционным путем в 7,6 %, клипирование в 30,2%, комбинированный гемостаз в 56,6 %, в 1,0% использовался готовый раствор гемостатического средства «Гемоблок», а в 13,2% применялся «Гемоблок» в сочетании с клипированием. Рецидивы ЖКК возникли у 7 (13,2%) пациентов: у 3 больных в первые 7 дней после первичного гемостаза из прежних источников, у 4 пациентов по истечению 14 и более суток из новых острых дефектов. Кровотечения во всех случаях останавливали комбинированным способом. Гемостаз на момент окончания эндоскопической операции достигался в 100,0% случаев. В 71,7% случаев отмечался летальный исход в связи с нарастающей полиорганной недостаточностью. Таким образом, развитие ЖКК на фоне тяжелого течения НКВИ значительно отягощает состояние больного и повышает риски неблагоприятного исхода госпитализации. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения явился эндогемостаз комбинированным методом, позволившим во всех случаях больных избежать хирургического гемостаза.

591.Эффективность и доступность баллонно-ассистированной энтероскопии при патологии тонкого кишечника

*Крушельницкий В.С. (1,2), Кортиева А.Т. (1),
Габриэль С.А. (1,2), Дурлештер В.М. (1,2),
Дынько В.Ю. (1,2), Тлехурай Р.М (1,2)*

Краснодар

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая Клиническая больница №2» ГБУЗ «ККБ№2», 2) Кубанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность темы. Несмотря на активное развитие техники, появление новых методик исследования и совершенствование методики выполнения энтероскопии на сегодняшний день сохраняется высокая частота выявления опухолей на терминальной стадии, а также выявление болезни Крона с поражением тонкого кишечника во время развития осложнений: рубцовые стриктуры, кровотечения, перфорации. Данная ситуация объясняется несвоевременным обращением за медицинской помощью в связи низкой информированностью населения, а также малой доступностью и высокой стоимостью исследования. Материалы и методы. В отделении эндоскопии ГБУЗ «ККБ№2» г. Краснодар за период с 2015 по 2021 гг. ретроспективно был проведен анализ историй болезни 33 пациентов. Количество энтероскопий - 40. Мужчин было 19 (59,4%), женщин 14 (40,6%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 89 лет. Сотрудниками отделения был разработан и внедрен в практику «Способ точного определения локализации патологического очага в тонкой кишке при проведении баллонно-ассистированной энтероскопии» (приоритет по заявке на патент на изобретение № 2018136275(2691522) от 15.10.2018 г.). Целью данного изобретения являлась разработка способа и устройства, позволяющего установить точную локализацию патологического участка, это позволяет повысить эффективность эндоскопической диагностики и лечения данного контингента больных, избежать выполнения повторных травматичных операций либо исключить оперативные вмешательства. Полученные результаты. При диагностической энтероскопии мы выявили патологию у 80% больных, и исключили у 20%. Количество энтероскопий трансанальным доступом - 24, трансанальным - 7, комбинированным - 9. В ряде случаев (17) диагностическая БАЭ переходила в лечебную. В 6 случаях было запланировано повторное

исследование. Лечебные манипуляции через инструментальный канал эндоскопа были проведены у 17 из 33 пациентов. Выявленные находки: ангиоэктазии - 5 (12,5%), язвы - 6 (15%), карциномы - 4 (10%), GIST - 6 (15%), опухоли - 7 (17%), варикозно-расширенные вены тонкой кишки - 2 (5%), полипы тонкой кишки - 10 (22,5%), фитобезоар - 1 (2,5%). Выводы. Данное исследование зарекомендовало себя как малоинвазивное диагностическое мероприятие, позволяющее высокоточную диагностику локализации патологического очага тонкой кишки с возможностью проведения лечебных манипуляций во время исследования, что приводит к снижению объема оперативных вмешательств и, как следствие, послеоперационных осложнений, улучшая дальнейший прогноз течения заболевания. Недостатком данного исследования является высокая стоимость исследования и малая распространенность

лапароскопии. При проведении исследования определялась локализация ulcerогенной инфильтрации, ее размер и диаметр перфоративного отверстия, оценивался характер и распространенность перитонита. Интраоперационно выполнялась эндоскопия, с обязательной биопсией язвы желудка, а при язве двенадцатиперстной кишки (ДПК) исключалась зеркальная язва, пилородуоденальный стеноз и пенетрация. От полученных характеристик зависела лечебная тактика. При острой язве—38(77%), при хронической—31(48%) больному произведено лапароскопическое ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости. По окончании операции, в просвет желудка проводили зонд для декомпрессии. Лапароскопическая операция выполнена в срок до 12 часов от момента развития перфорации. Открытую операцию произвели у 33(32%) больных, из них у 12 диагностирован распространенный гнойный фибринозный перитонит, срок от момента развития перфорации до операции превышал 12 часов. У 8 больных с язвой луковицы ДПК, с перфоративным отверстием более 1,5см, формированием стеноза и развитием перфорации более 12 часов, была выполнена пилоропластика по Хейнике-Микуличу и стволовая ваготомия. У 10 больных с язвой тела и пилорического отдела желудка, произведено ушивание. В 15 случаях выполнена резекция 2/3 желудка. Способ резекции по Ру был применен при каллезных язвах ДПК. Резекцию выполняли в случаи возникновения перфорации менее 12 часов от момента развития осложнения заболевания, отсутствие шока, полиморбидности пациента. Результаты и обсуждение. После лечения в 89(87%) наступило выздоровление больных. Из них у 6 развилась несостоятельность швов на язве, что потребовала проведение повторной операции. В случаи распространённого перитонита, давностью его возникновения более 12 часов и высокого индекса брюшной полости по В.С. Савельеву, брюшную полость закрывали в пределах кожи. Этапные санации производили через 48-72 часов, в процессе выполнения которых оценивали индекс брюшной полости, как критерий оценки эффективности лечения, что позволило избежать компартмент-синдрома, прогрессирования перитонита. При резекции желудка, основным этапом операции считаем постановку 2 зондов. Первый зонд устанавливали в культи желудка для декомпрессии, а второй в тощую кишку для проведения энтеральной поддержки и питания. Применение данной методики позволило получить хороший результат лечения. При тяжелых дуоденальных язвах, где ушивание культи ДПК

592. Тактика лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией

Завражнов А.А. (1), Соловьев А.А. (1), Федотов Л.Е. (1), Оглоблин А.Л. (1), Антипова М.В. (1), Лучинина Д.В. (1), Мамедов Ш.Д. (1), Киладзе К.П. (1)

Санкт-Петербург

СПБ ГБУЗ "Городская Мариинская больница"

Актуальность. Преимущественно язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) страдают мужчины трудоспособного возраста (30-60лет). Осложнение в виде перфорации язвы развивается в 5-15% случаях, а летальность колеблется от 1,3 до 29,4%. Цель исследования. Показать результат лечения больных с ЯБ осложненной перфорацией, используя различные методики хирургического лечения. Материалы и методы. Выполнен анализ результата лечения 102 больных ЯБ осложненной перфорацией за 2021г. Мужчин 58(57%), женщин 44(43%). Средний возраст составил -52±4,5 лет. Острая язва диагностирована у 49(48%), хроническая у 53(52%) пациентов. Во всех случаях операция начиналась с

изначально представляло значительные трудности и риск несостоятельности швов, мы отдавали предпочтение формированию анастомоза по Ру, что предотвратило дуоденостаз и несостоятельность. В 13(13%) случаях наступил летальный исход, в результате полиморбидности и возраста больных. Выводы: 1) при язве осложненной перфорацией, как первый этап лечения следует проводить лапароскопию, позволяющую характеризовать язву распространенность и выраженность перитонита, произвести ее ушивание, санацию и дренирование живота; 2) при высоком индексе брюшной полости по В.С. Савельеву, лапаротомную рану следует сшивать в пределах кожи, что позволяет предупредить компартмент-синдрома и прогрессирования перитонита.

593. Тактика лечения больных с язвенной болезнью, осложненной гастродуоденальным кровотечением

Завражнов А.А. (1), Соловьев А.А. (1), Федотов Л.Е. (1), Оглоблин А.Л. (1), Антипова М.В. (1), Зеленин В.В. (1), Лучинина Д.В. (1), Киладзе К.П. (1)

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. В РФ язвенной болезнью страдает около 1,8–8% населения. В структуре осложнений, кровотечения составляют от 42-65,7%. При этом, несмотря на применение противоязвенных препаратов, число больных с язвенным кровотечением составляет 90-105 на 100.000 взрослого населения в год. Цель исследования. Показать комплексный подход в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением. Материалы и методы исследования. В период последних 5 месяцев 2021 г. с гастродуоденальным кровотечением было пролечено 93 больных. Мужчин 55 (59%), женщин 38 (41%). Средний возраст составил – 64±4,2г. В работе, в отдельную группу выделяем пациентов с тяжелым гастродуоденальным кровотечением. Используем следующие критерии (возраст более 60 лет, неоднократная рвота кофейной гущей, поступление малоизмененной крови по

назогастральному зонду, коллапс, тахикардия более 100, гипотензия (давление ниже 100 мм.рт.ст.), снижение гемоглобина ниже 100 г/л, полиморбидность требующая неотложных лечебных мероприятий). Наличие 4 и более признаков позволяет диагностировать тяжелое кровотечение. В клинику, основным способом остановки кровотечения, является комбинированный гемостаз, выполнен всем 93 (100%) больным. В основном это сочетание клипирования кровоточащего сосуда и аргоноплазменной коагуляции. Риск рецидива кровотечения оцениваем по шкале В.К. Гостищева. При 1 и 2 степени угрозы рецидива кровотечения больным после проведенного эндоскопического гемостаза проводилась противоязвенная терапия. При 3 степени, выполнялась операция – 28 (30%) пациентам. Операцией выбора при хронической язве желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) считаем его резекцию. У больных с тяжелой кровопотерей, с целью подготовки к резекции желудка в 14 (15%) случаях была произведена эндоваскулярная эмболизация левой желудочной или гастродуоденальной артерии. Результаты и обсуждения. После проведенного эндоскопического гемостаза, у 65 (69%) больных в группе риска 1 и 2 степени угрозы рецидива кровотечения по В. К. Гостищеву в 18 (27%) случаях развился рецидив кровотечения. Была произведена повторная эндоскопическая методика остановки кровотечения, а у 4 больных она была дополнена эмболизацией гастродуоденальной артерии. У всех достигнуто выздоровление. 28 (30%) больным, выполнена резекция желудка, 14 (15%) из них, с целью стабилизации состояния и предотвращения рецидива кровотечения была произведена эмболизация соответствующих артерий, что позволило подготовить больных к хирургическому лечению в течение 3 и более суток. При хронической каллезной язве ДПК, с заведомо тяжелым укрытием культи кишки и высоким риском ее несостоятельности, использовалась резекция по Ру, как наиболее безопасная и надежная в данной ситуации, в следствие предотвращения дуоденостаза – выполнена в 19 случаях. В послеоперационном периоде у 2 (7%) больных развилась настоятельность культи ДПК, выполнена повторная операция. Летальный исход из всей группы оперированных больных наступил у 6 пациентов, имеющих полиморбидный фон. Выводы: 1) при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии, основной методикой остановки кровотечения, должен быть комплексный эндоскопический гемостаз; 2) больным с высоким риском рецидива

кровотечения, после выполнения эндоскопических методик, с целью подготовки к операции, показано выполнение эндоваскулярной эмболизации левой желудочной или гастродуоденальной артерии; 3) показанием к операции следует считать: рецидивирующее кровотечение, невозможность и неэффективность эндоскопических и эндоваскулярных методик, повторный рецидив кровотечения после их выполнения; 4) в случае трудного закрытия культи двенадцатиперстной кишки, при каллезной язве, следует считать операцией выбора методику резекции желудка по Ру.

594. Острый некротический панкреатит в период пандемии COVID-19

Цеймах Е.А. (1,2), Макин А.А. (2), Устинов Д.Н. (2), Каркавин В.М. (2), Булдаков П.Н. (1,2), Аверкина А.А. (1,2)

Барнаул

1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, 2) КГБУЗ "Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи"

Актуальность. Острый панкреатит не теряет своей актуальности в абдоминальной хирургии. Занимает третью позицию среди неотложных заболеваний внутренних органов, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. Появление коронавирусной инфекции COVID-19 и пандемии повлияло на рост заболеваемости острым панкреатитом. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 348 пациентов с некротическим панкреатитом, госпитализированных в 2-е хирургическое отделение КГБУЗ ККБСМП города Барнаул, что составило 35,0% от общего количества пациентов с острым панкреатитом (994). Больные разделены на 2 группы в период пандемии COVID-19 и до: I группа (188) - пациенты с панкреонекрозом госпитализированные за 2020 и 2021 гг., и II группа (160) - 2018 и 2019 гг. За период пандемии (I группа) нами отмечено увеличение доли некротического панкреатита 37,4% по сравнению со II группой - 32,6%. Основными этиологическими факторами развития острого панкреатита традиционно

являлись алкоголь-алиментарный и билиарная гипертензия, что было отмечено нами у больных в обеих группах. Стоит отметить, что у больных I группы в период ограничительных мероприятий с учетом пандемии и условий самоизоляции участились случаи переизбытка и приема алкоголя, а также самостоятельный прием лекарственных препаратов в условиях ограничений поликлинической помощи. Нами выявлены факты бесконтрольного приема антипиретиков, антибактериальных и противовирусных препаратов. Ограничение плановой хирургической помощи населению в период пандемии COVID-19, в частности несвоевременная санация при желчнокаменной болезни привели к увеличению заболеваемости билиарным панкреатитом и экстренной госпитализации. Нами зафиксированы случаи развития острого панкреатита на фоне системного воспалительного ответа при инфицировании SARS-CoV-2 (15,4%). После получения положительного результата мазка из ринофарингеальной области эти пациенты были переведены на долечивание в инфекционный госпиталь БСМП. Полученные результаты. В период пандемии COVID-19 нами отмечен рост заболеваемости острым панкреатитом с увеличением доли некротического (средней и тяжелой степени) на 4,8%. Обсуждение. Рост заболеваемости некротическим панкреатитом в период пандемии обусловлен рядом факторов: ограничительными мероприятиями и самоизоляцией, несвоевременным оказанием поликлинической и плановой хирургической помощи, а также непосредственным воздействием вируса SARS-CoV-2 на поджелудочную железу путем связывания с рецепторами ACE2. Выводы. Таким образом, возможно сделать вывод о крайне высокой медицинской и социальной значимости рассматриваемой проблемы. Несмотря на возникшие условия вынужденных ограничительных мероприятий у данной категории больных, организация медицинской помощи должна быть своевременной и полной.

**595.Первый опыт применения эндоскопической
надапоневротической аллопластики (SCOLA)
диастаза прямых мышц живота и
ассоциированных с ним грыж передней брюшной
стенки**

*Натрошвили А.Г., Хоробрых Т.В., Шулутко А.М.,
Насиров Ф.Н., Волгин М.В., Зорин И.А.*

Москва

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

Актуальность. Проблема диастаза прямых мышц живота, совсем недавно находившаяся в зоне интереса пластических хирургов, в последние годы стала привлекать все более пристальное внимание хирургов-герниологов. Известно, что частота развития пупочных грыж у пациентов с диастазом прямых мышц живота значительно выше, чем в популяции, в то же время данные исследований показывают, что герниопластика при ассоциированных с диастазом пупочных без коррекции последнего сопровождается более высоким риском развития рецидива, достигающим 12%. Развитие хирургической техники, появление новых шовных материалов и набирающая популярность концепция внебрюшинных доступов в эндоскопической герниопластике привело к появлению альтернативных способов лечения заболеваний передней брюшной стенки. Цель исследования: улучшение результатов лечения грыж белой линии живота, ассоциированных с диастазом прямых мышц за счет внедрения в клиническую практику операции эндоскопической надапоневротической аллопластики передней брюшной стенки. Материалы и методы. С ноября 2019 г. операции по указанной методике выполнены 48 пациентам в возрасте 26-70 лет, средний возраст составил $36,8 \pm 8,2$ г. Большинство (92%) пациентов составили женщины, диастаз и грыжа у которых появились во время беременности. Ширина белой линии варьировала от 25 до 92 мм. Пупочные грыжи (М3) диагностированы у 44 пациентов, у 3 – локализовались по ходу белой линии (М2), в одном случае имелось сочетание пупочной и эпигастральной грыж (М2-М3). Размер грыжевых ворот составил от 12 до 35 мм. Всем пациентам перед операцией проводилось УЗИ передней брюшной стенки с определением ширины белой линии как расстояния между медиальными краями прямых мышц живота, а также размеров грыжевых ворот. В послеоперационном периоде контрольные УЗИ проводились на 1, 2, 7, 14, 90 и 180

сутки для оценки состояния белой линии и рецидивов грыж, а также наличия жидкостных скоплений и определения их объема. При клинически значимых (более 30 мл) объемах жидкостных скоплений проводились пункции под УЗИ-наведением и эвакуации сером/гематом. Результаты. Из 48 пациентов, рецидив диастаза прямых мышц живота по данным УЗИ (ширина белой линии 25 мм) отмечен в одном случае, что составило 2,1%. При этом визуально и пальпаторно диастаз не определялся. Рецидивов грыж не отмечено. Малые осложнения (I класс по классификации Accordion) отмечены в раннем послеоперационном периоде у 12 пациентов – в одном случае гематома объемом 25 мл, у остальных – серомы объемом 10-250 мл. В семи случаях потребовалось выполнение двух пункций, в четырех – достаточно оказалось однократной эвакуации жидкости, а у трех пациенток жидкостные скопления регрессировали самостоятельно в течение двух недель. Осложнений II-VI классов не было. Выводы. Первые результаты применения эндоскопической надапоневротической пластики передней брюшной стенки при диастазе прямых мышц живота и ассоциированных с ним грыжах можно признать хорошими. Отмеченные осложнения являются типичными для onlay аллогерниопластики, не представляют угрозы здоровью пациента и легко устраняются с помощью диагностических вмешательств под УЗИ-наведением при амбулаторном наблюдении.

**596.Профилактика гастроэзофагеального
рефлюкса после рукавной резекции желудка у
пациентов с ожирением**

*Германович В.И., Стебунов С.С., Руммо О.О.,
Глинник А.А.*

Минск, Республика Беларусь

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и
гематологии

Актуальность. С каждым годом наблюдается рост количества проводимых в мире бариатрических вмешательств по поводу ожирения и метаболического синдрома. В настоящее время наиболее распространенными из них являются

гастрошунтирование по Ру, рукавная резекция желудка (СЛИВ-резекция), минигастрошунтирование. Каждая из этих операций имеет как достоинства, так и недостатки. Одним из главных известных недостатков рукавной резекции желудка является высокий процент послеоперационного гастроэзофагеального рефлюкса (по данным некоторых авторов до 60%).

Материал и методы. Мы имеем опыт выполнения 640 различных бариатрических вмешательств. Из них рукавная резекция желудка выполнена у 250 пациентов (39%). Проведен ретроспективный анализ и обследование 128 пациентов, которым до 2018 года произведена рукавная резекция по общепризнанной методике согласно консенсусов. Обследование проводилось с помощью опросника GERDQ, а также инструментальных методов (фиброгастродуоденоскопия). Учитывая высокий риск рефлюксной болезни у пациентов с ожирением до и после рукавной резекции желудка, после 2018 года нами начата программа разработки антирефлюксных компонентов при данной операции. Всего за это время произведено 122 рукавных резекций желудка. В зависимости от наличия или отсутствия рефлюксной болезни по данным обследования все пациенты были разделены на группы: 1 группа (88 человек) – признаков рефлюкса до операции выявлено не было; 2 группа (34 человека) – до операции были выявлены признаки ГЭРБ с клиническими проявлениями (изжога). У 22 пациентов этой группы при обследовании выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1 степени, у 12 – недостаточность кардии. В первой группе пациентов в 38 случаях была произведена рукавная резекция желудка по обычной общепризнанной методике, в 50 случаях – «клапанный» СЛИВ с формированием искусственного клапана из участка дна желудка в области эзофагогастрального перехода. Во второй группе у пациентов с недостаточностью кардии (12 пациентов) была произведена передняя крурорафия, у пациентов с диафрагмальными грыжами произведена рукавная резекция с передней фундопликацией по Дору (с фиксацией дна желудка к правой ножке диафрагмы) – 20 случаев и СЛИВ-Ниссен (полная фундопликация дном желудка) – 2 случая. Полученные результаты и их обсуждение. По нашим данным после обычной методики рукавной резекции желудка послеоперационный рефлюкс наблюдается примерно у 40% пациентов. Это может быть связано как с высокой изначальной распространенностью рефлюксной болезни у пациентов с ожирением, так и с повышением внутрижелудочного давления и частичным

разрушением сфинктерного аппарата после рукавной резекции желудка. Учитывая это, после 2018 года нами был разработан индивидуальный подход: пациентам с диафрагмальными грыжами 2-3 степени были выставлены противопоказания к рукавной резекции желудка и выполнялось гастрошунтирование, в большинстве других случаев совместно с рукавной резекцией выполнялись различные антирефлюксные компоненты. В 1 группе пациентов после выполнения рукавной резекции по обычной методике в послеоперационном периоде рефлюкс появился у 6 пациентов (15%). После «клапанного» СЛИВа рефлюкс появился у 2 пациентов (4%). В настоящее время методика «клапанного» СЛИВа стала рутинной в нашем центре. После операции СЛИВ+передняя крурорафия изжога сохранялась у 1 пациента (8%). После вмешательства СЛИВ+фундопликация по Дору – также наблюдалась в 1 случае (5%), после СЛИВ+Ниссен – 0 случаев. Выводы. Таким образом, высокий процент возникновения рефлюкса после рукавной резекции желудка предполагает необходимость проведения дополнительных антирефлюксных компонентов во время операции. По нашим данным, наиболее эффективным вмешательствами при наличии рефлюксной болезни являются различные методики фундопликации. Выраженная клиника ГЭРБ и диафрагмальные грыжи 2-3 степени являются противопоказаниями для проведения рукавной резекции желудка в пользу гастрошунтирования и минигастрошунтирования.

597. Навигационные малоинвазивные вмешательства в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита и парапанкреатических поражений

*Байчоров Э.Х. (1,3,4), Бондаренко А.Г. (1,2),
Чумаков П.И. (1), Демьянова В.Н. (1,2),
Курмансеитова Л.И. (4), Чепурнов В.Н. (2),
Чаплыгин Р.А. (2), Салпагаров Ш.Р. (1,3),
Ганджа Н.С. (1,3)*

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя, 3) ГБУЗ СК «СККБ», 4) Клиника эндоскопической и малоинвазивной хирургии

Актуальность исследования обусловлена увеличением количества тяжелых форм острого деструктивного панкреатита, сопровождающегося высокой летальностью (25-40%). В основу исследования вошли результаты лечения 276 больных с панкреонекрозом и различными парапанкреатическими поражениями с применением малоинвазивных навигационных технологий, находившихся на лечении в клинических базах кафедр хирургического профиля в период с 2011 по 2021гг. В исследуемой группе, мужчин было 74,3%, женщин 25,7%. Преобладали лица трудоспособного возраста - 65,2%. Среди этиологических факторов преобладал алиментарно-алкогольный – 53,3%, билиарный панкреатит отмечен в 44,8%, посттравматический панкреатит в 1,4%. По степени тяжести пациенты распределились следующим образом: острый панкреатит средней степени тяжести диагностирован у 58,3% больных, острый панкреатит тяжелой степени выявлен в 41,7% наблюдений. За основу разделения пациентов по распространенности парапанкреатических деструктивных изменений взята классификация предложенная К. Ishikawa и соавт. (2006г). Местный парапанкреатит отмечен в 47,1% (130 пациентов): I степень отмечалась у 56 (20,3%) человек, II степень - в 74 (26,8%). Распространенный парапанкреатит наблюдался в 52,9% наблюдений (146 пациентов): III степень - у 87 (31,5%) пациентов, IV степень - в 51 (18,5%) случае и V степень - у 8 (2,9%) пациентов. В основу разделения пациентов по конфигурации некроза положена классификация Дюжевой Т.Г с соавт. (2013г). Глубокий поперечный некроз (более 50% в сагиттальной плоскости) и жизнеспособная ткань поджелудочной железы, расположенная дистальнее некроза – 1 тип конфигурации –

наблюдался в 56,9% наблюдений. Отсутствие жизнеспособной паренхимы дистальнее глубокого поперечного некроза (2 тип конфигурации) отмечен в 43,1%. Первоначально всем пациентам выполнялись пункция и дренирование под контролем УЗИ патологических образований дренажами среднего диаметра 12-14 СН. В последующем, в зависимости от клинической ситуации под навигационным контролем производилась поэтапная замена на дренажи большего диаметра (18-22 СН). Сформированные раневые каналы позволяли производить чресфистульную санацию очагов деструкции и выполнять этапную секвестрэктомию. Данная методика была успешно применена у 182 (65,9%) пациентов. У 94 (34,1%) пациентов применена методика «step-up approach» в различной модификации. Первоначальное дренирование навигационными методами дополнялось ретроперитонеоскопической некрсеквестрэктомией или открытой некрсеквестрэктомией путем минилапаротомии, либо минилумботомии. В ряде случаев выполненные навигационные вмешательства сопровождались развитием осложнений. Тяжелых осложнений - 9 (3,3%), легких - 97 (35,1%). Необходимость выполнения традиционных оперативных вмешательств в процессе применения малоинвазивных технологий возникла у 48 больных (17,3%). Продолжительность стационарного лечения составила у оперированных традиционным способом больных 67,5±16,5 суток, у больных леченных с применением навигационных методик - 47,6±13,7 суток. Выздоровело 239 (86,6%) пациентов, умерло 37 (13,4%). Выводы. Применение навигационных малоинвазивных вмешательств у больных с деструктивным панкреатитом позволило в 83,7% случаев выполнить адекватное дренирование гнойно-некротических очагов и чрескожное удаление секвестров. Наиболее эффективны навигационные методы дренирования в лечении острого деструктивного панкреатита у пациентов с парапанкреатическими деструктивными изменениями соответствующие I-III степени (К. Ishikawa).

**598. Результаты лапароскопической
эхинококкэктомии у больных с эхинококкозом
печени**

*Холов К.Р. (1), Рузбойзода К.Р. (1,2),
Сайдалиев Дж.М. (1), Султонов Б.Дж. (1),
Султонов Р.Б. (1), Икромов Б.А. (1),
Халимов Дж.С. (1,2)*

Душанбе, Таджикистан

1) ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», 2) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Актуальность. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости эхинококкозом в эндемических регионах мира, в том числе и в Республике Таджикистан. Хирургическое лечение является оптимальным методом выбора лечения эхинококкоза печени (ЭП). Внедрение в клиническую практику современных, в частности эндовидеохирургических технологий позволило существенно улучшить результаты лечения больных с ЭП. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ЭП с применением эндовидеохирургических технологий. Материал и методы. Располагаем результаты хирургической лечения 82 пациентов с ЭП. Всех больных с ЭП разделили на 2 группы. В первую (основную) группу были включены 37 (45,1%) больных, которым выполнялись лапароскопическую эхинококкэктомию (ЛЭЭ). Во вторую (контрольную) группу были включены 45 (54,9%) пациентов, которые перенесли открытую, традиционную эхинококкэктомию (ТЭЭ). В 19 (23,2%) случаях размеры эхинококковой кисты (ЭК) были малыми (в пределах 4-5 см), в 57 (69,5%) случаях размеры ЭК были средними (в пределах 6-10 см), в 6 (7,3%) случаях были установлены большие размеры ЭК (в пределах 10-15 см). Следует отметить, что ЭК локализовались во всех сегментах печени. Результаты исследования. При проведении лапароскопических хирургических вмешательств у больных с эхинококкозом печени и его осложнениями использовался классический подход, заключающийся в аспирации паразитарного содержимого в условиях апаразитарности с антипаразитарной обработкой полости и стенок кисты и последующей герметизации. ЛЭЭ были произведены у 37 больных с эхинококкозом печени в I -III фазах его развития или при кистах СЕ, СЕ1 и СЕ3 типов по

классификации ВОЗ. Так, в 29 наблюдениях выполнена открытая ЛЭЭ (из них в 17 наблюдениях сочетался с субтотальной перицистэктомией), в 6 случаях – идеальная ЛЭЭ и в 2 – атипичная резекция печени. Следует отметить, что точку пункции ограждали марлевыми салфетками смоченным антипаразитарными растворами. Проводили пункцию кисты, последующего ее вскрытия и эвакуации содержимого с целью того, что вся взвесь из сколексов, в основном, оседает, и в случае просачивания содержимого кисты через место прокола количество сколексов в нем является минимальным. Остаточную полость обрабатывали 20% гипертоническим раствором или глицерином соответственно соблюдением экспозиции времени. Элементы (оболочки) ЭК эвакуировали из брюшной полости в эндоконтейнере. Далее проводили ликвидацию остаточной полости и устанавливали страховочного дренажа. Из 37 случаев ЛЭЭ переход на конверсию не отмечали. Необходимо отметить, что лишь в 2 случаях отмечали нагноение троакарной раны, которые пролечены местно консервативно. ТЭЭ были проведены в 45 наблюдениях. Так, 9 случаях выполнено идеальная ЭЭ, в 24 – закрытая ЭЭ (из них 17 сочетался с субтотальной перицистэктомией), 6 наблюдениях – закрытая ЭЭ и 4 случаях выполнено атипичная резекция печени. В послеоперационном периоде осложнения имели место у 11, при этом в 3-х случаях отмечалось нагноение остаточной полости и 2-х наблюдениях лапаротомной раны, поддиафрагмальный абсцесс - 1 случае, 2 наблюдениях имело место желчеистечения и 1 - кровотечения из культи резецированной печени. Летальный исход имело место в 2 случае. Заключение. Таким образом, ЛЭЭ является операцией выбора в лечении больных с ЭП и может быть альтернативой открытым хирургическим вмешательствам.

599. Чрескожные миниинвазивные вмешательства под УЗ-навигацией в комплексном лечении внутрибрюшных абсцессов

*Чаплыгин Р.А. (2), Бондаренко А.Г. (1,2),
Чумаков П.И. (1), Бодулин А.В. (2),
Демьянова В.Н. (1,2), Пыхтин Ю.Ю. (1,2),
Камерджиев А.В. (2), Курбанов Ф.Р. (2),
Богословский Р.А. (2), Ерошенко И.В. (2)*

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя

Актуальность. Лечение больных с внутрибрюшными абсцессами (ВБА), осложняющими любые интраабдоминальные вмешательства, остается актуальной проблемой в хирургии. Летальность при ВБА может достигать 38–52 %. Вопросы диагностики, особенно ранней, еще далеки от своего разрешения, хотя использование современных методов значительно упрощает этот процесс. Неинвазивность ультразвукового исследования сделала его методом выбора для контроля пункции и дренирования отграниченных жидкостных образований брюшной полости. Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 78 больных с ВБА с применением чрескожных пункционных и пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвуковым контролем, находящихся на лечении в МБУЗ ГКБ СМП г. Ставрополя в период с 2016-2021гг. В анализируемой группе мужчин было 53 (68%) женщин 25 (32%). Возраст больных колебался от 21 года до 79 лет. По локализации абсцессы были разделены на внеорганные – 49(62,8%) пациентов и внутриорганные 29 (37,2%) пациентов. В свою очередь по локализации внутриорганные ВБА разделились на внутripеченочные – 25 (32%) и абсцессы селезенки 4 (5,2%). Среди внеорганных абсцессов преобладали поддиафрагмальные абсцессы – 27 (34,6%), межкишечные абсцессы – 15 (19,2%) и параколярные – 7 (9%). Как осложнение ранее проведенного хирургического вмешательства ВБА диагностированы в 42 (53,8%) случаях, в 46,2% явились исходом воспалительных заболеваний брюшной полости. При этом на осложнение острого деструктивного холецистита пришлось 19(24,4%) случаев. В 6 случаях – 7,7% - ВБА были следствием осложненного дивертикулита и в 14,1% случаев причиной развития ВБА был острый деструктивный аппендицит. По объему ВБА были разделены на

абсцессы, подлежащие пункционному лечению (объем не более 10 мл) и абсцессы, подлежащие дренированию (в исследуемой группе объем составлял от 15 до 150 мл). Результаты и обсуждение. Пункционная методика применена у 6 пациентов. Обязательным условием для применения данной методики были незначительный объем абсцесса (до 10 мл), безопасная траектория и положительная клиническая картина после пункции. Однократное пунктирование выполнено в 2,6%, двухкратная пункция понадобилась в 3,8% и в 1,3% случаев (одно наблюдение) ВБА был пунктирован трижды. При дренировании ВБА методика одномоментного дренирования стилет-катетером применялась у 18(23,1%) пациентов. Использовалась в основном для дренирования крупных поверхностно расположенных образований. Двухмоментное (многошаговое) дренирование применено у 25 (32,1%) пациентов. Относительным недостатком данного метода является высокий риск подтекания содержимого гнойной полости вдоль пункционного канала (особенно при применении бужирования) в результате нескольких чередующихся возвратно-поступательных движений. Кроме того, метод требует наличия множества различных инструментов. Дренирование с помощью УДПО (устройство для дренирования полостных образований) использовалось в 37,2% случаев. Данное устройство применялось для дренирования глубоко расположенных патологических образований и абсцессов сложной формы. Благодаря конструктивным особенностям сочеталась возможность выполнения нескольких малотравматичных поисковых пункций с последующим введением катетера достаточного диаметра (12-14СН). При применении данных методик отмечались следующие осложнения: воспаление мягких тканей вокруг дренажа – 12 (15,4%) эпизодов. Проводилось местное лечение раны. Неадекватная дренажная функция, потребовавшая редренирования отмечена лишь в 8 (10,3%) случаях. Выводы. Применение чрескожных пункционно-дренирующих методов под контролем УЗИ в комплексном лечении ВБА различной локализации является высокоэффективным методом лечения и адекватной альтернативой традиционному хирургическому вмешательству.

600.Предоперационная подготовка больных с большими вентральными грыжами с синдромом потери домена

*Первова О.В. (1), Черданцев Д.В. (1),
Ефремов Б.И. (1), Гилаева Д.И. (2), Коваленко А.А.
(1)*

Красноярск

1) ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2) КГБУЗ ККБ

Актуальность. В большинстве случаев, пациентам с большими послеоперационными грыжами (ПОГ) с синдромом потери домена отказывают в выполнении хирургического лечения в виду высоких рисков развития интра- и послеоперационных осложнений. Основной причиной которых является абдоминальный компартмент-синдром. Материал и методы. Клиническое исследование лечения включало 72 пациента с ПОГ с синдромом потери домена. Все больные были обследованы перед операцией по схеме, с обязательным выполнением МСКТ брюшной полости с пробой Вальсальвы и оценки соотношения объема грыжевого содержимого к объему брюшной полости (потеря домена). 18 пациентам (1 группа) радикальная протезирующая герниопластика с применением задней сепарации компонентов передней брюшной стенки ? TAR-technique (Transversus Abdominal muscle Release) была выполнена без коррекции исходного статуса, 54 пациентам (2 группа) аналогичное вмешательство выполнялось после курса предоперационной подготовки. Результаты и обсуждение. Всем оперированным 72 пациентам была выполнена радикальная протезирующая пластика дефекта передней брюшной стенки с применением TAR-technique. Средняя площадь грыжевого дефекта составила $614,5 \pm 23,6$ см². У 67% пациентов имелось ожирение 2-3 степени, у 72% - патология сердечно-сосудистой системы, у 24% - сахарный диабет 2 типа, у 26% - бронхиальная астма, ХОБЛ. Симультанное вмешательство было выполнено у 20 пациентов (27,8%). Средняя продолжительность оперативного вмешательства в 1 группе составила 348 ± 24 мин, во второй - 225 ± 21 мин. Необходимость в реанимационном наблюдении и продленной ИВЛ потребовалась 66,7% пациентам первой группы, во второй группе все больные были экстубированы на операционном столе. Средняя продолжительность ИВЛ в 1-й группе составила 1,2 суток. Во 2-й группе все пациенты были активизированы в течение первых суток после

операции. Осложнения области хирургического вмешательства были минимальными в обеих группах: в первой нагноение послеоперационного шва в 5,6% случаев, во второй – в 3,7%, серома - в 16,7% и в 1,9%, соответственно. Рецидивы были зарегистрированы у 2-х пациентов 1-й группы, во второй рецидивов не было. Системные осложнения зафиксированы только у пациентов 1-й группы: в 5,6% – ТЭЛА, в 11,1% – острая задержка мочи. Летальных исходов не было. Анализ системных осложнений показал, что в большинстве случаев причиной был неадекватный исходный статус пациента (избыточная масса тела, неконтролируемый ХОБЛ, неподготовленность больного к повышению внутрибрюшного давления), а также недостаточный по размеру сетчатый протез передней брюшной стенки. У пациентов 2-й группы коррекция исходного статуса позволила избежать системных и сократить риски развития локальных осложнений, что положительно отразилось на продолжительности оперативного вмешательства и сроках пребывания в стационаре. Выводы. Представленные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с ПОГ с синдромом потери домена необходима оценка исходного статуса с планированием необходимых корректирующих мероприятий, что позволяет снизить риски осложнений и повысить эффективность радикального хирургического вмешательства с применением TAR-technique.

601.Результаты хирургического лечения рака пищевода с использованием эндоскопических доступов

*Шнейдер В.Э. (1,2), Сехниадзе Д.Д. (2),
Иванов В.В (2), Янин Е.Л. (1,2), Ганжара И.С.(2),
Тилкиян А.Ш. (1), Челябинкова И.И. (1)*

Тюмень

1) ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ ТО ОКБ №1

В настоящее время использование эндоскопических доступов при хирургическом лечении рака пищевода (РП) получило широкое распространение. Многообразие подходов к оперативному лечению РП, а также высокий риск развития осложнений

определяют повышенный интерес к данному разделу хирургии. Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения рака пищевода с использованием эндоскопических доступов. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении с января 2020 по ноябрь 2021 года на базе торакального центра ГБУЗ ТО ОКБ № 1 города Тюмень. Критерии включения: пациенты с РП (T1-3NxM0), которым выполнено радикальное хирургическое лечение – резекция или экстирпация пищевода с лимфодиссекцией и пластикой желудочной трубкой. При раке нижней трети формировался внутригрудной анастомоз (методика Lewis), при расположении опухоли в средней или верхней трети грудного отдела пищевода анастомоз формировался на шее (методика McKeown). Формировании желудочной трубки при лапароскопии осуществляли экстракорпорально из минидоступа на брюшной стенке. Эндоскопическое вмешательство на грудной клетке осуществляли по однопортовой технологии без использования ранорасширителей, в том числе и при формировании внутригрудного анастомоза. Для анализа были сформированы 3 группы пациентов, в зависимости от доступа операции (эндоскопический, гибридный и открытый). Результаты исследования. За исследуемый период операции по поводу РП выполнены 37 пациентам. Эндоскопическим доступом прооперированы - 16 (43,2%) пациентов, гибридным - 12 (32,4%), открытым - 9 (24,3%). Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, коморбидному фонду, тяжести состояния, размеру опухоли, морфологической разновидности РП и объему выполненной операции. Средняя продолжительность оперативного вмешательства не имела значимых отличий в группах и составила в среднем 356,3 минуты (165-580). Оперативные вмешательства с использованием эндоскопического доступа сопровождались статистически значимо меньшей интраоперационной кровопотерей ($166,2 \pm 19,5$ мл, $p < 0,05$). Послеоперационные осложнения наблюдались у 64,9% пациентов ($n=24$). В группе с открытым доступом у 8 пациентов (88,9%), с гибридным - у 6 (50%), с эндоскопическим – у 10 (62,5%). Тяжесть послеоперационных осложнений по Dindo была выше в группе с традиционным доступом (в среднем 3,0), по сравнению с малоинвазивными (2,1; $p < 0,05$). Наиболее значимым осложнением является несостоятельность эзофагогастроанастомоза и некроз кондуита, выявленные у 3 (33,3%) пациентов

при открытом, 4 (33,3%) при гибридном доступе и у 4 (25%) при эндоскопическом. Чаше несостоятельность эзофагогастроанастомоза встречалась при использовании методики McKeown (81,8%), реже при операции Lewis (18,2%). Между сравниваемыми группами не выявлено существенных различий в развитии поздних послеоперационных осложнений в виде стеноза эзофагогастроанастомоза и рецидива опухоли. Послеоперационный период более благоприятно протекал в группах, которые использовали эндовидеохирургические технологии: больные были раньше экстубированы, переведены в отделение из реанимации и испытывали менее выраженный болевой синдром по ВАШ в сравнении с традиционным открытым доступом ($p < 0,05$). Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции у выписанных пациентов не имела значимых отличий в исследуемых группах. Послеоперационная летальность составила 13,5% (2 пациента при гибридном доступе, 2 - при открытом и 1 пациент при малоинвазивном доступе). Во всех случаях смерть была связана с несостоятельностью анастомоза, образованием трахеопищеводного свища или медиастинита. Наибольшая послеоперационная летальность оказалась при традиционных доступах и при экстирпации пищевода (McKeown) – 22,2%, но статистически значимой разницы в группах не выявлено. Выводы. Использование малоинвазивных доступов позволяет улучшить непосредственные результаты оперативных вмешательств при РП, хотя остается еще не мало нерешенных вопросов.

602.Сверхтяжелая атака язвенного колита:результаты многоцентрового обсервационного исследования

*Мингазов А.Ф., Сушков О.И., Шахматов Д.Г.,
Суровегин Е.С., Ачкасов С.И.*

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр колопроктологии имени
А.Н. Рыжих»

Актуальность. В 30% случаев дебют язвенного колита (ЯК) может развиваться в виде жизнеугрожающей тяжелой атаки. Хирургическому лечению подвергаются 25% пациентов при развитии острых кишечных осложнений или неэффективности консервативной терапии. В отечественных клинических рекомендациях выделена группа пациентов со «сверхтяжелой атакой» ЯК. Однако на сегодняшний день отсутствуют объективные критерии «сверхтяжелой атаки», на основании которых было бы возможно своевременно прогнозировать необходимость хирургического лечения. Цель. Выявить предикторы колэктомии у пациентов со сверхтяжелой атакой язвенного колита. Материалы и методы. Проспективное обсервационное исследование по типу случай – контроль, было инициировано в «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» в июле 2019 года. В него включались пациенты со сверхтяжелой атакой ЯК с учетом критериев Truelove-Witts, эндоскопической картины и метаболических нарушений. 71 пациенту, подходящему под критерии включения, начата гормональная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями. Медиана ИМТ составила 21 кг/м², индекса тяжести Мейо - 9 баллов из 9, альбумина – 30 г/л, уровня С – реактивного белка – 100 мг/л, а средний уровень гемоглобина был 104 г/л. В 41 (58%) наблюдении была констатирована неэффективность консервативной терапии, а у 7(10%) пациентов развились острые кишечные осложнения. Таким образом, 48 пациентов составили основную группу, консервативная терапия у которых была неэффективна. Они были оперированы в объеме колэктомии/колпроктэктомии. От развившихся осложнений после операции погибли 2(3%) пациента. В то же время, 6 (8%) больных ответили на гормональную терапию и достигли клинической ремиссии. Терапию 2-й линии удалось инициировать у 17 (24%) пациентов. Эти больные (n=23) вошли в группу контроля. По полу,

анамнестическим данным группы сопоставимы. Статистически значимая разница выявлена между основной и контрольной группами по возрасту - 37 и 30 лет, соответственно (p=0,02). Уровень альбумина при поступлении был ниже в основной группе, чем в контрольной – 28 и 31 г/л, соответственно (p = 0,0002). Помимо этого, различия выявлены по частоте «ответа» на ГКС на 3 сутки - 36% в основной и 64% в контрольной группе (p = 0,0007). Частота назначения тофацитиниба в качестве терапии 2-й линии была выше в контрольной группе - 48% и 2% наблюдений, соответственно (p = 0,0001). Для определения предикторов колэктомии в регрессионный анализ были включены следующие факторы: пол, возраст, данные анамнеза, значение индекса Мейо, наличие ПЦР ЦМВ – инфекции в биоптате слизистой, уровень альбумина, гемоглобина и С – реактивного белка на момент поступления. Результаты. Проведены однофакторный, многофакторный анализы с логистической регрессией. В логистической регрессии выявлено, что уровень альбумина при поступлении у больных со сверхтяжелой атакой ЯК менее 29 г/л является достоверным предиктором колэктомии (ОШ – 9,7 95% ДИ: 2,2 – 57, p = 0,005). Обсуждение. Наиболее обсуждаемыми предикторами колэктомии в течение последних 10 лет являются лабораторные показатели, позволяющие прогнозировать неэффективность консервативной терапии выполнить хирургическое вмешательство в заведомо лучших условиях. Несмотря на то, что в нашем исследовании, при однофакторном анализе большинство исследуемых факторов оказались статистически значимыми, при многофакторном анализе лишь уровень альбумина при поступлении менее 29 г/л оказался единственным независимым предиктором колэктомии. Эти результаты возможно применить при прогнозировании исходов и выборе оптимальной тактики лечения у пациентов со сверхтяжелой атакой ЯК. Выводы. Впервые определена частота неблагоприятных исходов у пациентов со сверхтяжелой атакой ЯК. Частота острых кишечных осложнений составила 10%, колэктомии - 68%, а общая летальность отмечена у 3% оперированных больных. Уровень альбумина при поступлении менее 29 г/л является достоверным предиктором колэктомии в течение госпитализации у пациентов со сверхтяжелой атакой ЯК.

603. Лапароскопическая спленэктомия

*Дмитриев А.В., Яхьяев Э.З., Алиев В.Ф.,
Мальцева О.В., Корабцова Ю.А., Пашин Е.С.*

Тюмень

АО "МСЧ"Нефтяник"

Актуальность. В настоящее время всё больше операций в абдоминальной хирургии выполняется лапароскопическим доступом. Современное развитие технологий позволяет использовать и внедрять более лучшие методы оперативных вмешательств, что позволяет улучшить результат и уменьшить количество осложнений у пациентов. Так же применение новых технологий и минимизация доступов в хирургии позволяет сократить время пребывания в стационаре пациента в разы, что является неотъемлемой частью и главным принципом Fast-track surgery, которая сейчас захватывает всё большую часть современной хирургии. Хирургия селезенки не является исключением, лапароскопическая спленэктомия имеет ряд преимуществ перед «открытой»: меньшая травматизация, более лучшая визуализация зоны интереса хирурга, меньшая интраоперационная кровопотеря, уменьшение количество дней пребывания в стационаре. Однако для выполнения лапароскопической спленэктомии необходимы более строгие требования, включающие дорогое оборудование и владение хирурга данной методикой. Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 4-х случаев лапароскопической спленэктомии, выполненных с 2017 по 2022 г. в условиях многопрофильного стационара АО МСЧ Нефтяник, г. Тюмень. Операции были выполнены в 3-х случаях бригадой из 3 хирургов – оператора и 2 ассистентов, в 1 случае 1 оператором и 1 ассистентом. При выполнении операции бригадой из 3 хирургов использовался 5 троакарного доступа (1 троакар 10 мм устанавливался в левой подвздошной области, 2-ой 10 мм под мечевидным отростком, 3-ий и 4-ый 5мм справа и слева от пупочной области, 5 12мм в правом подреберье.) При выполнении операции бригадой из 2 хирургов использовался 4-х троакарный доступ (1 троакар располагался параумбиликально, 3 дополнительных троакара располагались дугообразно под левой реберной дугой) во всех случаях селезенку из брюшной полости извлекали в контейнере через минилапаротомный доступ. Во всех случаях в ложе селезенки был установлен трубчатый дренаж. В процессе операции был использован

лапароскопический инструментарий фирмы Karl Storz, и ультразвуковой скальпель фирмы Harmonic. Полученные результаты и обсуждения. В ходе динамического наблюдения во всех 4 случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи были удалены в 2-х случаях на вторые сутки, в 2-х на третьи. Все пациенты были выписаны на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии, при отсутствии жалоб и нормальной температуре тела. Выводы. 1. Спленэктомия преимущественно должна выполняться лапароскопическим доступом, при участии хирургов с опытом в лапароскопии в условиях многопрофильного стационара. 2. Необходима централизация таких пациентов в одно учреждение для обеспечения высокого качества выполнения операций и снижения рисков осложнений, за счет увеличения количества выполняемых операций в год. 3. Необходимо оснащение современным медицинским оборудованием учреждений оказывающих помощь пациентам с заболеваниями требующими спленэктомии.

604. Многослойная глубокая герниопластика (Shouldice) при паховых грыжах - опыт за 5 лет

*Байсиев А.Х., Василевский Д.И., Лапшин А.С.,
Жолуд Н.Н., Абдикаримов Б.А., Канганжу Э.М.*

Санкт-Петербург

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

Введение. Количество пациентов с паховыми грыжами остается на высоком уровне. Большая часть операций выполняется с применением сетчатых протезов. Однако, не всегда применение сетчатого протеза возможно и целесообразно. В НКР отсутствуют рекомендации по выбору герниопластики, если речь идет об операции без сетчатого протеза. Целью исследования явилось показать возможность и целесообразность применения глубокой многослойной герниопластики, у определенной категории пациентов. Материалы и методы. В период с 2016 по 2020 годы в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова 1722 пациента оперированы по поводу паховых грыж.

843 пациента оперированы по поводу паховых грыж из переднего доступа (из них 183 пациентам была выполнена многослойная глубокая герниопластика (Shouldice) и 654 операция Лихтенштейна; 5 больных, которым была выполнена герниопластика по Бассини и 1 по Жирару-Спасокукоцкому, не были включены в исследование) и 879 с применением видеоэндоскопических технологий. По результатам оперативного лечения в каждой группе пациентов были проанализированы следующие показатели: частота и характер послеоперационных осложнений, общее время оперативного вмешательства, длительность койко-дня, частота рецидивов (срок наблюдения от 1 до 5 лет), наличие хронической боли, качество жизни. Статистический анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2020, для определения статистической значимости различия использовался t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$). Результаты и обсуждение. В группе пациентов, которым была выполнена эндоскопическая герниопластика рецидив наблюдались у 4-х пациентов (0,45%). в группе пациентов, которым была выполнена многослойная глубокая герниопластика (Shouldice) - у одного пациента (0,56%), операция Лихтенштейна - 4 рецидива (0,6%). Достоверно значимой разницы в количестве рецидивов, наличии хронической боли и качестве жизни в исследуемых группах не отмечалось. При анализе результатов лечения, полученные данные сопоставимы с данными мировой литературы. Выводы. 1. Многослойная глубокая герниопластика (Shouldice) успешно может применяться у пациентов молодого возраста при первичных небольших грыжах. 2. Многослойная глубокая герниопластика (Shouldice) может быть методом выбора, если речь идет об операции без сетчатого протеза.

605. Опыт применения интраоперационного нейромониторинга при операциях на щитовидной железе

Байчоров Э.Х. (1), Казеев Д.А. (1), Узденов Н.А. (1), Макарьян В.А. (2).

1) Ставрополь, 2) Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России, Клиника эндоскопической и малоинвазивной хирургии, 2) ФГБУ "Санкт-Петербургский многопрофильный центр" Минздрава России

Актуальность. Одним из самых частых осложнений при операциях на щитовидной железе после гипопаратиреоза является нарушение подвижности голосовых складок - парез или паралич гортани. Частота поражения возвратных гортанных нервов при первичных оперативных вмешательствах может варьировать от 0.5 до 23%. Интраоперационный нейромониторинг- метод, позволяющий уменьшить количество повреждений гортанных нервов при хирургических вмешательствах на щитовидной и паращитовидных железах. Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты применения интраоперационного нейромониторинга у 20 пациентов клиники эндоскопической и малоинвазивной хирургии, которым была выполнена тотальная тиреоидэктомия по показаниям (диффузный узловой нетоксический зоб- 12 пациентов (60%), диффузный узловой токсический зоб - 4 пациента (20%), аутоиммунный тиреоидит, диффузно-узловая форма - 4 пациента (20%)), в период с сентября 2021 года по декабрь 2021 года. Возраст больных - от 18 до 73 лет. Женщин было 18 (90%), мужчин- 2 (10%). В исследовании был использован нейромонитор С2 (InoMed, Германия), электрод для регистрации ЭМГ на интубационной трубке, биполярный - вильчатый стимулирующий зонд. Для оценки подвижности голосовых складок всем пациентам до и после операции на щитовидной железе выполняли чрескожную ультрасонографию. Полученные результаты и обсуждение. У 18 пациентов (90%) перед операцией на чрескожном УЗИ гортани визуализация структур гортани была хорошая (4-5 степень), у 2 пациентов мужчин (10%) - визуализация структур гортани была удовлетворительной (3 степень), у всех 20 пациентов (100%)- полное или нормальное симметричное движение голосовых складок (I степень). Во время выполнения прецизионной экстрафасциальной тиреоидэктомии у 2 пациентов

(10%) было зарегистрировано снижение амплитуды колебаний при стимуляции левого возвратного гортанного нерва и левого блуждающего нерва, с целью профилактики двустороннего пареза гортани, было принято решение ограничиться гемитиреоидэктомией с последующей этапной правосторонней гемитиреоидэктомией. Через сутки после выполненной левосторонней гемитиреоидэктомии на чрескожном УЗИ гортани у 1 пациента отмечалось нарушение подвижности голосовой складки слева (II степень), у 1 пациента - симметричное движение голосовых складок (I степень) - ложноположительная реакция. У 18 пациентов, перенесших тотальную тиреоидэктомию на чрескожном УЗИ гортани - полное или нормальное симметричное движение голосовых складок (I степень). Выводы. Интраоперационный нейромониторинг является эффективным инструментом для определения локализации возвратных гортанных нервов независимо от того, произошла ли потеря сигнала (LOS), а также для определения типа LOS (LOS 1, LOS 2) и поэтапной тиреоидэктомии при наличии LOS. Данный метод должен быть обязательным компонентом при хирургических вмешательствах на щитовидной и околотщитовидной железах.

606. Особенности применения терапии локальным отрицательным давлением на ранних этапах лечения некротизирующих инфекций мягких тканей

Склизков Д.С., Демко А.Е., Шляпников С.А., Батыршин И.М., Насер Н.Р., Остроумова Ю.С., Бородина М.А., Фомин Д.В.

Санкт-Петербург

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Введение. Некротизирующие инфекции мягких тканей (НИМТ) характеризуются быстро прогрессирующим некрозом кожи, подкожной клетчатки, фасции и мышц, что сопровождается выраженной интоксикацией, а в наиболее тяжелых случаях – тяжелым сепсисом и септическим шоком. Несмотря на низкую частоту встречаемости,

летальность при развитии таких инфекций составляет от 18,9 до 30%, а в случае развития тяжелого сепсиса и септического шока достигает 80%. Применение терапии локальным отрицательным давлением (NPWT) в лечении некротизирующих инфекций является перспективным методом. Материалы и методы. На базе городского центра по лечению тяжелого сепсиса НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за 2017-2021 год было пролечено 60 пациентов с некротизирующими инфекциями мягких тканей, осложненными тяжелым сепсисом. Из них в основную группу было включено 25(41,6%) пациентов, в комплексном лечении которых применялась NPWT, группу сравнения составили 35(58,3%) больных, в лечении которых применялись традиционные методики. Обе группы репрезентативны по демографическим показателям, площади и глубине инфекционного поражения, а также тяжести состояния. Результаты. В обеих группах не было выявлено значимой разницы в динамике показателей лейкоцитоза, С-реактивного белка и прокальцитонина в течение первых 7 суток послеоперационного периода ($p>0,05$). Однако отмечена достоверная разница в динамике изменений органной дисфункции в зависимости от применяемого метода ведения ран. Использование NPWT позволило быстро купировать органную дисфункцию, что проявлялось более ранней нормализацией респираторного индекса ($p<0,05$), устранением признаков системной гипоперфузии. На фоне применения NPWT уже к третьим суткам послеоперационного периода уровень лактата крови полностью нормализовался. Летальный исход в группе сравнения составил 42%, а в основной 32% ($p<0,05$). Выводы. Применение NPWT у пациентов с некротизирующими инфекциями мягких тканей безопасно и оказывает существенные системные положительные эффекты, в виде более раннего устранения органной дисфункции. Использование NPWT позволяет снизить летальность и число осложнений у пациентов с некротизирующими инфекциями мягких тканей.

**607. Результаты видеоэндоскопической
адреналэктомии у больных с
доброкачественными опухолями надпочечников**

*Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Ирناзаров А.А.,
Носиржонов Б.Т.*

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. За последние десятилетия, в хирургии значительно возрос интерес к лечению больных с заболеваниями надпочечников. Увеличение абсолютного числа таких больных, связано со значительным техническим совершенствованием методов обследования. В настоящее время, благодаря своей безопасности и практичности эндовидеохирургическая адреналэктомия прочно вошла в арсенал хирургии надпочечников. Цели исследования: определить возможности и изучить технические особенности выполнения лапароскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Материалы и методы. Наш опыт видеоэндоскопической адреналэктомии при доброкачественных опухолях надпочечников за период с июня 2009 года по декабрь 2021 года составляет 275 оперативных вмешательств. Из них 178 (64,7%) операций, были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа (БТА), 4 (1,5%) – через передний трансабдоминальный доступ и 93 (35,8%) – через задний ретроперитонеальный доступ (РД). 7 операций из бокового трансабдоминального доступа дополнялись “hand-assist” из-за большого размера опухоли (размер опухоли 8-10 см). Из 275 операций у 149 (56%) больных выполнены левосторонняя адреналэктомия, у 123 (44,7%) – правосторонняя адреналэктомия, у 2 – лапароскопическая резекция правого надпочечника с удалением кисты, и у одного больного – лапароскопическая электрокоагуляция левого надпочечника из-за выраженного спаечного процесса. Среди больных было 115 (41,8%) мужчин в возрасте от 25 до 65 и 160 (59,2%) женщин в возрасте от 21 до 73 лет. По морфологическому характеру опухоли у больных были распределены следующим образом: аденома смешанного строения – 96, альдостерома – 49, кортикостерома – 43, феохромоцитомы – 33, узелковая гиперплазия коры надпочечника – 18, киста надпочечника – 22, параганглиома – 4 и аденома коры надпочечника с малигнизацией были выявлены у 10 больных. Результаты и их обсуждение. Размеры образований

варьировали от 18 мм до 120 мм (в среднем 48 ± 11 мм). Средняя длительность операций при правосторонней АЭ посредством БТД составила 82 ± 17 минут, а при левосторонней – 97 ± 15 минут. Средняя длительность при правосторонней АЭ посредством РД составила 75 ± 16 мин, а при левосторонней – 72 ± 12 мин. Летальных исходов не наблюдалось. Частота осложнений составила 1,1% (у 3 больных). В одном случае во время правосторонней адреналэктомии наблюдалось кровотечение из центральной вены надпочечника в связи с чем, потребовалась конверсия и успешно выполнена адреналэктомия. Во втором случае интраоперационно отмечено ранение селезенки, что потребовало необходимость выполнения лапароскопической спленэктомии. У одного пациента после левосторонней адреналэктомии развилась картина реактивного панкреатита, которая успешно излечена консервативно. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила $3,3 \pm 0,6$ дней. Активизация больных, энтеральное питание, пациенты начинали на следующий день после операции. Применения наркотических анальгетиков не требовалось. Вывод. Видеоэндоскопическая адреналэктомия при доброкачественных опухолях надпочечников размером до 100 мм выполняема, эффективна и достаточно безопасна. При опухолях размерами до 6 см считаем эффективным адреналэктомию посредством ретроперитонеального доступа. Адреналэктомию при опухолях от 6 до 8 см эффективнее выполнять посредством бокового трансабдоминального доступа. При размерах опухоли от 8 до 10 см предлагаем методику лапароскопической адреналэктомии с “hand-assist”. При размерах опухоли надпочечника больше 10 см (исключение составляет киста любого размера), на наш взгляд, целесообразна традиционная адреналэктомия.

608.Ревизионные операции у пациентов после SADI-S*Буриков М.А., Кинякин А.И., Шульгин О.В.*

Ростов-на-Дону

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Цель исследования. Проанализировать ревизионные операции у пациентов после SADI-S с различной длиной общей петли в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. Выполнить оценку эффективности и безопасности ревизионных операций. Материалы и методы. Проводился анализ 280 случаев с SADI-S с длиной общей петли 350 см и 50 случаев с SADI-S с длиной общей петли 250-300 см. Распределение по половому составу: мужчин 78; женщин 252, возрастом от 20 до 67 лет. Средний ИМТ варьировал от 35 до 45. У 28% пациентов в анамнезе имелся либо сахарный диабет 2 типа, либо нарушение толерантности к глюкозе. Проводилась оценка количества и видов ревизионных операций в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, количества видов осложнений, приведших к необходимости ревизионной операции. Безопасность оперативного вмешательства оценивалась по шкале Clavien-Dindo. Результативность ревизионных оперативных вмешательств в отдаленном послеоперационном периоде оценивалась по данным контрольных лабораторных анализов крови и по результатам опросников Gastrointestinal Symptom Rating Scale. Результаты. Основными осложнениями, которые стали причиной ревизионных операций в раннем послеоперационном периоде у пациентов с SADI-S с длиной общей петли 250-300 см явились: несостоятельность тонко-тонко кишечного анастомоза - 1 (2%); кровотечения из степенной линии - 1 (2%), ущемление петли тонкой кишки в троакарной ране - 1 (2%). В отдаленной послеоперационной периоде у данной группы пациентов причинами явились: мальабсорбция - 1 (2%) и учащенный стул - 2 (4%). В раннем послеоперационном периоде у пациентов с SADI - S с длиной общей петли 350 см причиной явилось острый реактивный панкреатит - 1 (0,3%) и кровотечение из степенной линии - 1 (0,3%). У пациентов с SADI - S с длиной общей петли 350 см в отдаленном послеоперационном периоде причиной ревизионной операции явилась гипокальциемия, некорректируемая приемом оральных препаратов - 1 (0,3%). Основными ревизионными оперативными вмешательствами у

пациентов с SADI-S с длиной общей петли 250-300 см стали: гемостаз степенной линии, ушивание несостоятельности тонко-тонкокишечного анастомоза с отключением приводящей петли по Ру, дистализация тонко-тонкокишечного анастомоза, резекция ущемленной тонкой кишки. У пациентов с SADI-S с длиной общей петли 350 см в качестве ревизионной операции выполнялось дренирование сальниковой сумки при остром реактивном панкреатите в раннем послеоперационном периоде и включение в пищеварение 12-перстной кишки в отдаленном послеоперационном периоде. Выводы. В раннем послеоперационном периоде ревизионные оперативные вмешательства у пациентов с SADI-S различными длинами общей петли кишки относительно сопоставимы по эффективности и безопасности. В отдаленном послеоперационном периоде операция SADI-S с длиной общей петли 350 см является более безопасной, что может быть обусловлено большей длиной общей петли.

609.Способ определения синдрома кишечной недостаточности при острой кишечной непроходимости*Каримов Ш.И., Баймаков С.Р.*

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из сложных и актуальных проблем неотложной хирургии, на долю которой приходится от 9,4% до 27,1% среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а летальность достигает до 23%. Многообразие форм, периодов и стадий острой кишечной непроходимости создает объективные трудности для клиницистов и заставляет их искать новые методы своевременной диагностики синдрома кишечной недостаточности, поскольку раннее оперативное вмешательство улучшает прогноз и результаты хирургического лечения. Материал и методы. Нами предложен новый способ определения тяжести или стадии кишечной недостаточности (КН) при разных видах ОКН с целью выбора дальнейшей тактики в пользу экстренного

оперативного вмешательства или проведения консервативного лечения. Суть способа заключается в оценке значения ультразвуковых исследований величины стенки кишки и ее диаметра, локальности изменений перистальтики и характера движения жидкости в кишечнике, показателей накопления жидкости в просвете брюшной полости и желудка, индекса соотношения лейкоцитов, СОЭ и концентрации внеклеточной ДНК в крови, ЛИИ в баллах. Полученные баллы суммируют и при получении суммы меньше 12 проводят консервативное лечение с повторным исследованием и определением суммы баллов в динамике, при достижении выше 12 баллов проводят оперативное вмешательство. Полученные результаты и их обсуждение. Предложенный способ был испытан на 226 больных с ОКН. При поступлении в стационар признаки КН были выраженными (12 и более баллов) у 120 (53,1%) больных, которые были прооперированы в экстренном порядке. Слабая выраженность признаков КН (получивших менее 12 баллов) отмечалась у 106 (46,9%) пациентов, которым в течение 3-5 часов проводились консервативные лечебные мероприятия, после чего количество баллов определяли повторно. У 90 (39,9%) пациентов консервативные мероприятия дали положительный результат, количество баллов стало снижаться. Однако у 16 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью не отмечалось изменений в общем состоянии, появлялась тенденция к повышению количества баллов с превышением рубежа в 12 баллов. Этим больные были прооперированы. У 79 больных после повторного консервативного лечения через 5 часов выявлено значительное снижение выраженности признаков КН в баллах. Это позволило нам принять решение о благополучной ликвидации у этих больных признаков ОКН. Дообследование этих больных показало, что у 66 (83,5%) пациентов имелась спаечная кишечная непроходимость, а у 13 (16,5%) – копростаз. Остальные 11 больных в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии и достижением выраженности признаков кишечной недостаточности более 12 баллов были прооперированы. Во время оперативного вмешательства у 8 из этих больных диагностирована спаечная кишечная непроходимость с преобладанием обтурации на уровне толстой кишки, у 3 – на уровне тонкой кишки. При острой кишечной непроходимости странгуляционной и обтурационной формы без некроза и гангрены кишечной петли и перитонита ни в одном случае сумма баллов не превышала 18, тогда как при наличии некроза и гангрены петли кишечника или

местного перитонита этот показатель составлял от 18 до 23 баллов, а развитие распространенного перитонита во всех случаях приводило к увеличению суммы баллов до 24 и более. Вывод. Предложенный способ позволяет точно определить стадии кишечной недостаточности при разных видах острой кишечной непроходимости различной этиологии с помощью ультразвукового и лабораторно-клинических исследований для решения вопроса дальнейшей тактики в пользу экстренного оперативного вмешательства или продолжения консервативного лечения, а также оценки течения послеоперационного периода. Необходимо отметить, что предложенный способ прост и надежен в исполнении, не требует современной аппаратуры, может использоваться в любой неотложной хирургической клинике.

610. Оценка качества жизни пациентов, перенесших лапароскопическую гастропликацию по поводу ожирения

Аскерханов Г.Р., Садыки М.Н., Аскерханов Р.Г.

Махачкала

ООО "Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова"

Актуальность. На сегодняшний день в мире избыточную массу тела или ожирение имеют около 2 млрд людей, причем темпы распространения данного заболевания неуклонно растут. Ожирение проявляется не только в неэстетичном внешнем виде человека, но и является одним из триггеров ряда заболеваний, таких как сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, артрозы, апноэ сна, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, желчекаменная болезнь и др. Консервативные методы лечения ожирения малоэффективны, поэтому поиск оптимального эффективного и безопасного метода лечения ожирения является актуальной задачей. Эффективность бариатрической операции заключается не только в снижении веса и регрессе сопутствующих заболеваний, но и в улучшении качества жизни. Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов, перенесших лапароскопическую гастропликацию в связи с ожирением. Материал и

методы. В исследование включены 45 пациентов, с 2016 по 2019 гг. перенесшие лапароскопическую гастропликацию в ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова». Критерии включения в исследование: ожирение III степени, ожирение II степени при наличии сопутствующих заболеваний, ожирение I степени при наличии в анамнезе ожирения более высоких степеней. Качество жизни оценивали с применением американской анкеты Moorehead- Ardelt II, предназначенной специально для оценки результатов после бариатрических операций. Анкета состоит из 6 визуально-аналоговых шкал (чувство собственного достоинства, физическая, социальная и сексуальная активность, работоспособность и пищевое поведение). Пациенту предлагается оценить состояние собственного здоровья от -0,5 до 0,5 с ценой деления 0,1. Качество жизни оценивали до операции, через полгода, 1 год и 2 года после операции. Полученные результаты. Уже через полгода после перенесенной операции качество жизни по всем 6 шкалам опросника было выше дооперационного ($p < 0,05$). Наибольший прогресс отмечался по шкалам работоспособности $0,1 \pm 0,22$ по сравнению с результатом до операции - $0,21 \pm 0,18$ и пищевого поведения $0,09 \pm 0,17$ против дооперационного результата $-0,22 \pm 0,23$. Через 1 год максимальный прирост наряду с работоспособностью и пищевым поведением составил по шкалам социальной ($0,19 \pm 0,12$ против дооперационного - $0,20 \pm 0,15$) и сексуальной активности ($0,24 \pm 0,16$ против исходного - $0,14 \pm 0,18$). Через 2 года по шкале чувства собственного достоинства результат составил $0,31 \pm 0,12$ против дооперационного - $0,12 \pm 0,25$, физической активности $0,30 \pm 0,19$ против дооперационного - $0,14 \pm 0,20$, социальной активности $0,33 \pm 0,12$ против дооперационного $-0,20 \pm 0,15$, работоспособности $0,28 \pm 0,17$ против дооперационного - $0,21 \pm 0,18$, сексуальной активности $0,28 \pm 0,12$ против исходного - $0,14 \pm 0,18$ и по шкале пищевого поведения $0,21 \pm 0,22$ против исходного - $0,22 \pm 0,23$. Обсуждение результатов. Значительный прогресс качества жизни наряду со снижением избыточного веса и регрессом сопутствующих заболеваний подтверждает эффективность лапароскопической гастропликации, а низкая стоимость расходных материалов делает эту операцию легко и широко применимой. Выводы и практические рекомендации: 1. Лапароскопическая гастропликация – бариатрическая методика, позволяющая значительно улучшить качество жизни пациентов с ожирением. 2. Качество жизни является важным параметром, сопряженным со

снижением веса и регрессом сопутствующих заболеваний и требующим изучения.

611.Эффективность энтеральной детоксикации в лечении острой кишечной непроходимости

Каримов Ш.И., Баймаков С.Р.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Детоксикация токсинов из кишечного содержимого является важным фактором снижения системной токсемии и бактериемии при ОКН. Самым эффективным методом борьбы с хирургическим эндотоксикозом в настоящее время считается назоинтестинальная интубация, создающая оптимальные условия для декомпрессии и энтеросорбции. Эффект детоксикации увеличивается при использовании энтеросорбентов. Материал и методы. Нами апробирован отечественный энтеросорбент Зеротекс, полученный из натурального продукта – гидролизного лигнина шелухи семян хлопчатника. Данный энтеросорбент использован в лечении 63 больных с кишечной непроходимостью, в том числе спаечная кишечная непроходимость была у 36 (57,1%) пациентов, странгуляционная кишечная непроходимость – у 18 (28,6%), обтурационная кишечная непроходимость – у 7 (11,1%). Полученные результаты и их обсуждение. В зависимости от использованных лечебных мероприятий больные были разделены на 3 группы: 23 больных составили контрольную группу без использования сорбента, 20 больных с применением энтеросгеля были включены в группу сравнения, 20 больных вошли в основную группу, где использовался энтеросорбент Зеротокс. В контрольной группе больных лечение проводилось по традиционной методике, а в остальных группах лечебные мероприятия были дополнены чреззондовой энтеросорбцией. Применение энтеросорбции способствовало более быстрой нормализации состояния, уменьшению интенсивности и исчезновению болей, изменению температуры тела, восстановлению моторики кишечника, определяемым по клиническим признакам в послеоперационном периоде.

Положительный процесс выявлялся также и на УЗИ в динамике. Эхо-показатели нормализовались на 1-2 дня раньше у больных, получавших как энтеросгель, так и зеротокс. Применение энтеросгеля ускорило уменьшение объема желудочного выделения на 2 дня. Аналогичная картина была характерна и для зеротокса. Показатели воспалительного процесса у больных, получавших энтеросорбцию, достигались нормы на 2 дня раньше. Снижение индекса ЛИИ до нормальных значений в контрольной группе достигал через 5 суток после операции, а в основной сокращался на двое суток. Лимфоцитарный ответ, также нормализовался на 2 дня раньше при применении у больных энтеросорбента. Микрофлора кишечника после применения энтеросорбентов значительно улучшилась уже на 5-е сутки после проведения операции. На 7-е сутки количество анаэробных и аэробных микроорганизмов приблизилось к норме. Стафилококки, стрептококки и протей не обнаружены. В основной группе уже на 3-и сутки после операции в экссудате брюшной полости показатели местных факторов защиты восстанавливались. Анализ результатов лечения показал, что благодаря дифференцированному подходу к лечению ОКН в основной группе послеоперационные осложнения возникли только у 5 (13,2%) больных, умер 1 (2,6%) пациент от инфаркта миокарда. Таким образом, проведение зондовой энтеросорбентной коррекции биоценоза тонкой кишки уже к 5-7-м суткам послеоперационного периода позволило достичь физиологического уровня микробного фона интестинальной среды, снизив угрозу энтерогенного инфицирования организма. Зеротокс, так же, как и энтеросгель, почти на 2 дня сокращает процесс послеоперационной нормализации общего состояния и показателей интоксикации. Вывод. Проведенная в послеоперационном периоде комплексная терапия с включением зеротокса, так же как и энтеросгеля, в целом оказала положительное влияние на состав микрофлоры тонкого кишечника, благодаря чему значительно снижается количество послеоперационных осложнений и летальность.

612.Эффективность лапароскопических методов в хирургическом лечении паховых грыж

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Халиков С.П.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Наружные грыжи живота являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний и встречаются у 3-7% населения. Основным направлением современной хирургии грыж является выполнение пластики «без натяжения». При паховых грыжах такая пластика реализуется за счет применения сетчатых протезов лапароскопическим или открытым методом. Несмотря на высокую клиническую эффективность лапароскопической герниопластики, существуют ряд нерешенных вопросов в техническом и тактическом выполнении данного вмешательства. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с паховыми грыжами путем обоснования выбора оптимального способа хирургического лечения. Материалы и методы. Во 2-клинике ТМА за период с 2014 по 2021 годы были прооперированы 326 пациентов с паховыми грыжами в возрасте от 20 до 74 лет. Правосторонняя грыжа была у 154 пациентов, левосторонняя – у 159, двухсторонняя – у 27. 244 больным произведена лапароскопическая герниопластика, а 82 – операция Лихтенштейна. Полностью внебрюшинная (методика TEP) герниопластика выполнена у 182 пациентов, трансабдоминальная (методика TAPP) – у 62. В 31 наблюдениях выполнены симультанные операции: лапароскопическая холецистэктомия (16 случаев), лапароскопическая герниопластика по поводу пупочной грыжи (7 больных), лапароскопическая цистэктомия печени (5 наблюдений), лапароскопическая эхинококкэктомия печени (3 пациента). Результаты их обсуждения. Длительность операции Лихтенштейна составила в среднем $65 \pm 5,5$ минут при односторонней грыже, при двухсторонней – $122 \pm 5,5$ мин. Интраоперационных осложнений не выявлено. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: серома – у 5 (5,7%) больных, гематома – у 4 (4,5%), инфильтрат – у 8 (9%), нагноение – у 1 (1,1%). 10 (11,4%) пациентов предъявляли жалобы на нарушение чувствительности в паховой области. У 10 (11,4%) больных в сроки от 5 месяцев до 3-х лет развилась паховая грыжа с противоположной стороны. Рецидив грыжи в сроки от 1,5 до 3-х лет отмечено у

2 (2,3%) пациентов. Длительность операции TAPP была в среднем $74,5 \pm 4,3$ минут при односторонней и $124,3 \pm 4,1$ минут при двухсторонней грыже. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: серома раны в области пупка – у 3 (6,8%) больных, невралгические боли – у 3 (6,8%), гематома паховой области – у 2 (4,5%). Продолжительность операции по методике TEP составила $62,5 \pm 4,3$ минут при односторонней и $98,3 \pm 4,1$ минут при двухсторонней грыже. В послеоперационном периоде наблюдались серома раны в области пупка – у 3 (1,8%) больных, невралгические боли – у 6 (3,6%), гематома паховой области – у 6 (3,6%). Среднее время пребывания пациентов в стационаре составило $3,1 \pm 1,3$ койко-дня, на 7-8 сутки возвращались к нормальной деятельности. Рецидивов грыж не наблюдалось. Проведенные нами исследования позволили определить показания к выполнению различных методик хирургической коррекции при паховых грыжах. При рецидивных, невправимых грыжах, грыжах больших размеров предпочтение необходимо отдавать операции Лихтенштейна. При необходимости выполнения симультанных операций на органах брюшной полости операцией выбора является методика TAPP. В остальных случаях целесообразно выполнение лапароскопической герниопластики внебрюшинным способом. Вывод. Таким образом, анализ результатов различных ненатяжных методов герниопластики говорит о весьма существенной эффективности лапароскопических методов. TEP предпочтительнее TAPP, так как не нарушается целостность брюшины, что сопровождается низким уровнем возможных внутрибрюшинных осложнений.

613. Применение модифицированной методики лапароскопической операции Тупэ у пациентов с ожирением

Буриков М.А., Шульгин О.В., Кинякин А.И.

Ростов-на-Дону

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Актуальность. У пациентов с ИМТ больше 35 лапароскопические антирефлюксные операции

технически сложнее обычных и несут большие риски для здоровья пациентов. Цели исследования. - Оценить особенности анатомических изменений пищеводно-желудочного перехода у пациентов с ИМТ>35. - Разработать эффективную и безопасную методику хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с ожирением с учетом анатомических особенностей. - Уменьшить количество осложнений оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с ожирением. - Улучшить качество жизни у пациентов с ожирением после выполнения антирефлюксной операции. Материалы и методы. Проведена оценка результатов лечения 58 пациентов с ИМТ > 35. Средний возраст 38 лет. Средняя масса тела составила 114,7 кг. Женщин- 32 (55%), мужчин 26 (45%). Средний ИМТ составил 42.6. Результаты. Во время операции у всех пациентов была выявлена гипертрофия жировой ткани вокруг пищеводно-желудочного перехода, у 44 пациентов (75.8%) дополнительно имелась липома между пищеводно-желудочным переходом и правой ветвью блуждающего нерва. У всех пациентов отмечалось уменьшение объема свободного пространства в брюшной полости из-за гипертрофии висцерального жира, усложнение техники операции, значительно смещенных анатомических ориентиров из-за гипертрофии жировой клетчатки, необходимость использования удлинённых инструментов. Исходя из этого при выполнении операций дополнительно потребовалось: улучшение визуализации операционного поля, удаление липомы и гипертрофированной жировой ткани области пищеводно-желудочного перехода с визуализацией и защитой блуждающих нервов. Для этого использовались: оригинальная методика расстановки троакаров, использование печеночного ретрактора по Nathanson, использование удлинённых инструментов, применение повышенного давления карбоксиперитонеума. Интраоперационных осложнений не было. Средняя длительность операций составила 73 мин. Использование сетчатых имплантов для протезирования диафрагмы потребовалось в 7 случаях (12%). Пребывание пациентов в стационаре составило в среднем 3,8 суток. Ранние послеоперационные осложнения- в 2 случаях (3,4%) отмечена дисфагия, купированная консервативными методами. Отдаленные результаты проконтролированы в период от 6 до 12 месяцев: изжога была купирована у 97,4%, при ФЭГДС и рентген-контрастных методах исследования рефлюкса не отмечено ни в одном исследовании, явлений рефлюкс-эзофагита так же не выявлено. Отмечено достоверное улучшение

качества жизни, оценка проводилась при помощи опросников SF-36 и GRSR. Выводы. У пациентов с ИМТ >35 лапароскопическую операцию по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы необходимо выполнять с учетом особенностей анатомических изменений пищеводно-желудочного перехода. Использование модифицированной методики лапароскопической операции Тупэ: ? эффективно и безопасно устраняет грыжу пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с ожирением; ? снижает риски интра- и послеоперационных осложнений; ? улучшает качество жизни пациентов.

614. Осложнения после эндоскопической папиллосфинктеротомии

Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.

Ташкент, Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. С каждым годом возрастает количество больных с механической желтухой доброкачественного генеза, что пропорционально увеличивает число миниинвазивных исследований, направленных на разгрузку билиарного дерева. На современном этапе развития гепатопанкреатобилиарной хирургии большинство авторов придерживается двухэтапной тактики лечения, когда на первом этапе выполняется декомпрессия билиарной системы, с последующим вторым этапом радикальной операции. С увеличением числа эндоскопических транспапиллярных вмешательств также возрастает количество осложнений, которые могут способствовать прогрессивному ухудшению состояния пациентов вплоть до фатального исхода. Материал и методы. За период с 2016 по 2021гг в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи произведено 5487 ретроградных вмешательств, из которых в 11 (0,2%) случаях манипуляции выполнены у детей. Использован видеодуоденоскоп ERX-3500HD Fujifilm. При этом выполнено 3985 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ). Мужчин было

1008 (25,3%), женщин – 2977 (74,7%). Возраст был от 10 до 98 лет. Причинами механической желтухи в 3354 (84,2%) случаях был холедохолитиаз, в 631 (15,8%) – стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Осложнения возникли у 82 (2,06%) больных. Умерло 2 (0,05%) пациента. Полученные результаты. Острый панкреатит (ОП) вследствие контрастирования вирсунгова протока после ЭПСТ развился у 56 (1,41%) больных. Всем больным назначена консервативная терапия, которая выполнялась в условиях интенсивной палаты или реанимационном отделении. 8 больных с картиной панкреонекроза и перитонита оперировано с использованием лапароскопических технологий. Один больной с панкреонекрозом умер от прогрессирования забрюшинной флегмоны и полиорганной недостаточности. Клинически значимое кровотечение из папиллотомной раны отмечалось у 25 (0,63%) пациентов. Проводилась консервативная терапия и методы эндоскопического гемостаза, которые была эффективны у 23 (0,58%) больных. 2 (0,05%) пациента оперированы, с последующим выздоровлением. В 1 (0,03%) случае отмечалась перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки. У больного развилась картина забрюшинной флегмоны и сепсиса с последующим летальным исходом. Обсуждение. Причинами ОП после ЭПСТ следует отметить повышение внутривисцерального давления на фоне избыточного введения контраста в вирсунгов проток, а также травматизация протока при выполнении папиллотомии. Кровотечение при ЭПСТ отмечается практически в каждом случае, которое, как правило, останавливается и протекает без клинической симптоматики. Клинически значимое кровотечение из папиллотомной раны развивалось при анатомических вариациях строения БДС, в том числе при наличии парафатеральных дифертикулов. Перфорацию задней стенки двенадцатиперстной кишки мы наблюдали на начальных этапах внедрения в клинику методики ЭПСТ. По мере накопления опыта и анализа особенностей анатомического расположения поперечной складки удалось избежать развития этого осложнений в последующих исследованиях. Выводы. 1. Наиболее частыми осложнениями после ЭПСТ являются развитие ОП и кровотечений из папиллотомной раны. 2. Активный интра- и послеоперационный мониторинг состояния больных после ЭПСТ способствует раннему выявлению и адекватному лечению осложнений. Рекомендации. Таким образом, по мере накопления опыта эндоскопистов, а также выполнение ЭПСТ с учетом анатомических особенностей поперечной складки с

изолированной канюляцией билиарной системы позволит минимизировать число осложнений после ЭПСТ. Ранняя диагностика вероятных осложнений после ЭПСТ способствует своевременному использованию миниинвазивных технологий, что приведет к улучшению результатов лечения и уменьшению летальных исходов у больных с механической желтухой доброкачественного генеза.

615. Оптимизация хирургической тактики при остром калькулезном холецистите у больных после перенесенной коронавирусной инфекции

Хакимов М.Ш., Муродов А.М., Каримов Р.А.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Пандемия коронавирусной инфекции привела к изменению лечебных стандартов в лечении различных хирургических заболеваний, в том числе и в желчекаменной болезни. С момента объявления ВОЗ 12 марта 2020 года пандемии COVID-19, рекомендации хирургических обществ продолжают развиваться, чтобы помочь хирургам принимать обоснованные решения в отношении ухода за пациентами. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом, перенесших в анамнезе коронавирусную инфекцию. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 78 больных с острым калькулезным холециститом в возрасте от 45 до 75 лет, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике ТМА за 2020-2022 годы. Пациенты были разделены на две группы: основную (31 больной) и контрольную (47 пациентов). В контрольной группе применена стандартная тактика лечения острого холецистита; в основной группе, учитывая недостатки лечения при традиционном подходе, использована усовершенствованная тактика. У всех больных в анализах был отрицательный показатель IgM и положительный IgG. Всем пациентам основной группы произведена МСКТ грудной клетки. При определении тактики лечения больных (операбельность, выбор вида хирургического

вмешательства и его объем) мы учитывали степень поражения желчного пузыря, клиническо – лабораторные данные, результаты МСКТ грудной клетки, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний. Полученные результаты и их обсуждение. У 13 больных контрольной группы, при отрицательной динамике на фоне консервативной терапии, была произведена холецистэктомия. Однако, в послеоперационном периоде у 4 (8,5%) пациентов отмечалось резкое снижение сатурации и после экстубации были вынуждены перевести больных на SPAP режим, в котором они находились до 12 дней. Из-за нарастания бронхолегочных осложнений в 1 (2,1%) наблюдении отмечался летальный исход. Данное обстоятельство способствовало пересмотру тактики ведения больных в пользу малоинвазивных, менее агрессивных вмешательств и отказа от травматичных, объемных радикальных хирургических вмешательств в раннем постковидном периоде. Учитывая этот факт, в основной группе, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, предпочтение отдавали наложению чрескожной чреспеченочной холецистостомы (ЧЧХцС). 8 (25,8%) больным основной группы, у которых отмечалась отрицательная динамика, была произведена ЧЧХцС. Бронхолегочных осложнений в данной группе не наблюдалось, в 2-х (6,4%) случаях отмечались осложнения, связанные с нарушением свертывающей системы крови (тромбоз глубоких вен нижних конечностей на фоне сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей, тромбоз подключичной вены после катетеризации центральной вены). Летальных исходов не наблюдалось. Лечение осложнений проводилось консервативно, все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Вывод. При неэффективности консервативной терапии у больных в раннем постковидном периоде целесообразно предпочтение отдавать наложению ЧЧХцС независимо от степени операционного риска. Радикальные хирургические вмешательства необходимо выполнять в более позднем сроке (спустя более 3 месяцев) после перенесенной коронавирусной инфекции. ЧЧХцС является более эффективным и безопасным методом лечения. Эта стратегия потенциально будет принята во внимание на предстоящих этапах, когда сосуществование с вирусом потребует от нас ответных действий еще более действенным образом.

616. Сравнительная оценка применения различных биodeградируемых препаратов для закрытия хронических раневых дефектов различных размеров и локализаций

*Петрова В.В. (1,2), Смирнов Г.А. (1),
Аржелас М.Н. (2)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 2) Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И. Пирогова СПбГУ

Актуальность. Лечение больных хроническими ранами (ХР) — сложная медико-социальная и экономическая проблема. Присутствие ХР снижает качество жизни пациентов, зачастую приводя к утрате трудоспособности. Пациентам требуется комплексное лечение, включающее местное лечение, коррекцию состояния систем и компенсацию сопутствующих заболеваний. Проблема выбора способа местного лечения хронических ран сохраняет актуальность. Материал для заполнения тканевых дефектов после очищения раны должен удовлетворять следующим требованиям: защищать рану от механического воздействия и вторичного инфицирования, легко и безболезненно накладываться на рану, уменьшать травматизм и болевые ощущения при перевязках, стимулировать репаративные процессы. В настоящее время активно разрабатываются и внедряются в клиническую практику биodeградируемые препараты, формирующую матрицу для роста собственных тканей в хронической ране. Цель исследования. Изучить клиническую эффективность применения биodeградируемых препаратов и их воздействие на ткани в процессе закрытия раневых дефектов. Материалы и методы. Проспективное когортное исследование. В исследование включён 131 пациент с хроническими ранами нижних конечностей. Возраст пациентов — 41-88 лет (средний возраст — 64,3 года). Длительность существования раны 4-41 месяц (средняя длительность — 13,4 месяца). Площадь ран от 16 до 521 кв.см (средняя площадь — 156,1 кв.см). Пациенты разделены на 2 исследуемые группы в зависимости от генеза раны: вызванные хронической венозной недостаточностью (71 пациент) и смешанного генеза на фоне сахарного диабета (60 пациентов). Группы сопоставимы по возрастному-половому составу, а также площади, длительности существования и локализации раны.

Пациентам проводилось комплексное лечение, направленное на коррекцию симптомов основного и сопутствующих заболеваний, а также местное лечение с применением биodeградируемых покрытий в форме выпуска «мембрана». Применялись препараты на основе нативного коллагена (Коллост), гиалуроновой кислоты (G-Derm) и нановолокон хитозана (Хитопран). Применение препаратов было рандомизировано. Подготовка к применению препаратов и техника нанесения на рану не отличалась. Нанесение препарата выполнялось от 1 до 3 раз в зависимости от ранних эффектов применения. Результаты и обсуждение. Во всех изучаемых случаях удалось добиться заживления раневого дефекта. Средний срок заживления раны у пациентов с хронической венозной недостаточностью составил 42,3 дня. У пациентов с ранами смешанного генеза — 48,9 дней. При анализе сроков заживления в зависимости от применяемого препарата отмечено снижение длительности лечения у пациентов с хронической болезнью вен, получавших препараты хитозана (средний срок заживления — 33,8 дня ($p < 0,05$)). Дольше среднего значения результаты при применении мембран на основе гиалуроновой кислоты в обеих группах (54,4 и 59,7 дней соответственно). В 45% случаев у данной категории больных отмечен рост гипергрануляции, затрудняющий своевременную эпителизацию. В ряде случаев данная ситуация заставляла проводить механическое их удаление. Смены препарата не производилось. Выводы. 1. Применение современных биodeградируемых препаратов является эффективным и удобным методом местного лечения, применяемым в рамках комплексного лечения хронических ран нижних конечностей различного генеза. 2. Препараты нановолокон хитозана и нативного коллагена показали лучшую эффективность относительно препаратов гиалуроновой кислоты в лечении хронических ран венозного генеза, так и у пациентов с синдромом диабетической стопы. 3. Применение биodeградируемых препаратов в рамках комплексного лечения позволяет добиться заживления хронических ран вне зависимости от локализации дефекта, в том числе и на подошвенной поверхности стопы. Рекомендации. Представляется рациональным применение биodeградируемых препаратов в комплексном лечении пациентов с хроническими ранами нижних конечностей. Тактика оптимального применения различных препаратов данной группы требует дальнейшего изучения.

617. Опыт выполнения панкреатодуоденальных резекций в сочетании с резекциями магистральных сосудов

Кит О.И., Колесников Е.Н., Трифанов В.С., Кательницкая О.В., Снежко А.В., Кожушко М.А., Мещерякова М.Ю.

Ростов-на-Дону

НМИЦ Онкологии г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Местно-распространенные стадии рака поджелудочной железы с вовлечением в опухолевый процесс магистральных сосудов традиционно считаются нерезектабельными и отличаются неблагоприятным прогнозом и высокой смертностью пациентов в первый год после постановки диагноза. Однако появляется все больше данных, подтверждающих эффективность выполнения панкреатодуоденальных резекций (ПДР) с резекцией и реконструкцией крупных сосудов у отобранных пациентов, что потенциально приводит к росту 5-летней выживаемости до 10%. Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование на базе отделения абдоминальной онкологии №1 с группой рентгенэндоваскулярных методов лечения Национального медицинского исследовательского центра онкологии г. Ростов-на-Дону в период с 2015 по 2018 годы. Критериями включения в исследование были: протоковая аденокарцинома поджелудочной железы (ПЖ), локализация опухоли в головке ПЖ, вовлечение в процесс магистральных сосудов (воротной вены (ВВ), верхней брыжеечной вены (ВБВ), общей печеночной артерии (ОПА)). Выборку составили 29 пациентов, из них 12 женщин и 17 мужчин с соотношением 1:1,4. Средний возраст пациентов составил 57,3 лет (от 52 до 68 лет), средний период наблюдения за пациентами – 28 месяцев. Средний размер опухоли был 38,8 мм. В 17 наблюдениях была зарегистрирована II A стадия (Т3N0M0) и в 12 – II B (Т3N1M0). В 1 случае был обнаружен первично-множественный рак головки ПЖ и тела желудка. В 15 случаях наблюдалась вовлечение ВБВ, в 8 случаях – ВВ, в 1 – ОПА и в 5 случаях опухоль проросла ВВ и ВБВ. Полученные результаты. Все пациенты, включенные в исследование, не получали специального лечения в неоадьювантном режиме. В 15 случаях была выполнено ПДР с резекцией ВБВ, в 8 случаях – с резекцией ВВ, в 1 случае – с резекцией ОПА и в 5 случаях с резекцией ВБ и ВБВ. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составляла 380 мин (от 270 до 475 мин). Средний

объем кровопотери был равен 1210 мл. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 19 дней. По данным патоморфологического исследования операционного материала в 28 случаях была выполнена R0 резекция и в 1 – R1 резекция. Случай нерадикального оперативного вмешательства соответствовал опухоли размером более 45 мм с прорастанием ВБВ и ВВ. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного развилась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза, в 3 случаях – несостоятельность наложенных сосудистых анастомозов, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств по срочным показаниям. Развитие гастропареза было отмечено в 4 случаях, в 1 случае течение послеоперационного периода осложнилось развитием панкреатического свища и в 2 – абдоминальными инфекционными осложнениями. В течение первого месяца после хирургического лечения скончалось 2 пациентов вследствие декомпенсации сопутствующей хронической сердечно-сосудистой патологии. 1-летняя выживаемость составила 82,75%, 3 – летняя выживаемость – 27,6 %. Обсуждение. Совершенствование технологии выполнения расширенных ПДР с резекцией магистральных сосудов способствует повышению качества жизни больных, прежде всего нивелируя болевой синдром, что недостижимо при выполнении паллиативного хирургического лечения. В сравнении со стандартной ПДР, расширение объема операции способствует увеличению процента достижения R0-резекций, что снижает количество случаев рецидивов и продолженного роста опухоли. В нашем исследовании R0 резекция была выполнена в 96,6 % случаев. Выводы и рекомендации. Выполнение хирургического лечения у данной когорты больных позволило увеличить процент 1-летней и 3-летней выживаемости в сравнении с больными, которым отказывают в операции либо проводят паллиативное хирургическое лечение.

618. Выбор хирургической тактики при острой спаечной кишечной непроходимости*Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Элмуротов И.У.*

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одной из основных причин хирургических неотложных состояний, требующих экстренных оперативных вмешательств. Несмотря на современные достижения абдоминальной хирургии, результаты лечения больных с ОСКН нельзя признать удовлетворительными, так как рецидивы ОСКН составляют от 12,6 до 45%, а связанная с этим летальность – 7-19%. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ОСКН путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения в зависимости от интраоперационной оценки тяжести клинической ситуации. Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты лечения 124 пациентов с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Возраст пациентов колебался от 18 до 76, составляя в среднем $37,6 \pm 10,3$ лет. Преобладали лица мужского пола – 69 пациентов (55,6%). Большинство больных (117–94,4%) в анамнезе перенесли одну операцию на органах брюшной полости или малого таза. Интраоперационная профилактика спайкообразования у данных пациентов осуществлялась согласно предложенной нами системе оценки тяжести спаечного процесса, которая была верифицирована морфологически. В зависимости от тяжести спаечного процесса у 6 (4,8%) пациентов была выявлена I степень, у 69 (55,6%) – II, у 41 (33,1%) – III, у 7 (5,6%) – IV и у 1 (0,8%) – V степень тяжести спаечного процесса. Согласно разработанному нами алгоритму, все больные были подвергнуты оперативному лечению. 105 (84,7%) пациентам выполнено рассечение спаек, 3 (2,4%) – лапароскопический адгезиолизис, 12 (9,7%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок», 3 (2,4%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с наложением энтеростомы и в 1 (0,8%) случае наложен еюнотрансверзоанастомоз. При I степени тяжести спаечного процесса интраоперационная профилактика спайкообразования не проводилась. При II степени из 69 больных в 17 наблюдениях из-

за отсутствия лекарственных средств профилактика не проводилась, в 51 (41,1%) случае использован гидрокортизон, в 1 (0,8%) – мезогель. При III степени из 41 пациентов в 2 интраоперационная профилактика не проведена, в 11 (8,9%) случаях использован гидрокортизон и в 28 (22,6%) наблюдениях мезогель. При IV и V степенях во всех случаях – 6,4%, использован мезогель. Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: серома раны – 2 (1,6%) случая; нагноение послеоперационной раны – 1 (0,8%); кровотечения в брюшную полость – 1 (0,8%); бронхолегочные осложнения – 1 (0,8%); острый инфаркт миокарда – 1 (0,8%); ранняя ОСКН, разрешенная консервативно – 1 (0,8%) случай. Эпизодов ранней ОСКН, требующей повторного оперативного вмешательства, не наблюдалось. В отдаленном послеоперационном периоде случаев поздней спаечной кишечной непроходимости также не отмечалось. Послеоперационная летальность составила 4 (3,2%) случая. Вывод. Предложенная нами система оценки тяжести спаечного процесса в брюшной полости, согласно которой выделяют пять степеней тяжести патологического процесса в зависимости от распространенности и морфологической структуры спаек, является удобной в использовании и практичной в применении. Разработанная система позволяет дифференцированно подходить к выбору объема хирургического вмешательства и способа интраоперационной профилактики спайкообразования и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

619. Возможности ранних мининвазивных вмешательств в лечении острого тяжелого панкреатита

*Батиц Е.В., Демко А.Е., Лазуткин М.В.,
Святненко А.В., Осипов А.В.*

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский Научно-Исследовательский Институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

Введение. В последние годы в отечественной и иностранной литературе широко обсуждаются возможности применения различных малоинвазивных методов при лечении панкреонекроза и его осложнений как одного из путей улучшения достигаемых при этом результатов. Однако, если при гнойно-некротических осложнениях острого панкреатита использование этих методик может быть вариантом радикального лечения и альтернативой лапаротомии выполнение пункционных вмешательств на ранней стадии заболевания остается дискуссионным. Цель исследования. Оценка эффективности применения мининвазивных вмешательств в ранней фазе острого панкреатита тяжелой степени. Материалы и методы. В исследование были включены 23 пациента с острым панкреатитом тяжелой степени с персистирующей полиорганной недостаточностью, проходившие лечение в отделении реанимации ГБУ НИИСП им.И.И.Джанелидзе в период с 2017 по 2022 гг. Исследуемая выборка состояла преимущественно из мужчин 17 (74%), среднего возраста 47±12 лет. Этиология заболевания в 20 (87%) случаях алкогольно-алиментарная, в 3 (13%) случаях желчекаменная. Тяжесть полиорганной недостаточности оценивалась по шкалам APACHE II (15-18 баллов) и SOFA(8-9 баллов). У всех исследуемых была верифицирована интраабдоминальная гипертензия 2-3 степени. У всех исследуемых пациентов в первые трое суток заболевания с помощью лучевых методов диагностики (УЗИ, МСКТа, МРТ с МРХПГ) были выявлены острые жидкостные перипанкреатические скопления. Локализация острых жидкостных скоплений в 14 (60%) случаях была изолированно в проекции сальниковой сумки, в 9 (40%) случаях дополнялась затеком в параколярную клетчатку нисходящего отдела ободочной кишки. Максимальные размеры жидкостных скоплений варьировались от 6 до 15 см. У всех больных, несмотря на проводимую

интенсивную терапию, прогрессировала органная дисфункция и интраабдоминальная гипертензия наряду с нарастанием объема жидкостных скоплений. Для исследования пациенты были разделены на 2 группы: I группа – 13 пациентов получавших лечение согласно общепринятым стандартам II группа – 10 пациентов, лечение которых было дополнено ранним оперативным вмешательством – дренированием жидкостного скопления под УЗ наведением. Результаты. Увеличение размеров острого жидкостного скопления и прогрессирование полиорганной недостаточности у пациентов II группы, послужили показанием к мининвазивному оперативному вмешательству, как единственной возможности хирургической коррекции состояния пациента. Во всех случаях, при пункции и дренировании получено геморрагическое содержимое бурого цвета в количестве 500+150 мл. При центрифугировании полученного экссудата, аспирированного из патологического очага, надсадочная жидкость имела выраженный геморрагический оттенок. В биохимическом анализе отмечалось высокое содержание амилазы (700 - 2500 ед/л) и мочевины (14 – 25 ммоль/л). После дренирования в течение суток отмечалась положительная динамика: стабилизация витальных функций, снижение объема вазопрессорной и респираторной поддержки, повышение темпа диуреза. Проявления интраабдоминальной гипертензии купировались в течение 6-12 часов после пункции. Сравнение динамики полиорганной недостаточности показало, что у пациентов основной II группы регресс полиорганной недостаточности отмечался через сутки после пунктирования жидкостных скоплений, а нормализация параметров гемодинамики, почечной и дыхательной функции наступали к 6 суткам, в то время как у пациентов I группы не ранее 8 суток. Выводы. Данное исследование показало, что в стадии асептического панкреонекроза показаниями к мининвазивным методам лечения являются объемные острые жидкостные скопления с явлениями стойкой органной недостаточности и интраабдоминальной гипертензии.

620. Опыт работы эндоскопической службы Окружного центра колопроктологии

*Ильканич А.Я., Фуныгин Д.В., Курбанов С.С.,
Раджабов К.Р.*

Сургут

БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ

Актуальность. Диагностика и лечение доброкачественных эпителиальных новообразований толстой кишки - актуальная проблема колоректальной хирургии. В структуре онкологических заболеваний колоректальный рак занимает третье место в мире, и занимает 4 место по причине смертей от рака. Распространенность полипов толстой кишки составляют от 3,4 до 32% всех ее заболеваний. Высокая вероятность малигнизации полипов толстой кишки требует активного ведения этой категории больных: диагностики, удаления полипов и динамического наблюдения. При этом наиболее доступной и достаточно эффективными технологиями для лечения этих пациентов стали различные эндоскопические методики: эндоскопическая полипэктомия и эндоскопическая резекция слизистой оболочки и эндоскопическая диссекция в подслизистом слое. Несмотря на успехи эндоскопических методов лечения доброкачественных новообразований толстой кишки остается неопределимой роль хирургического лечения. Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе данных лечения 744 пациентов с полиповидными новообразованиями толстой кишки, находившихся в Окружном Центре колопроктологии СОКБ в период с 2020 по 2021 годы. Результаты и их обсуждение. Наиболее высокий уровень заболеваемости был у пациентов пожилого возраста, и составил 51%. Частота встречаемости заболевания у мужчин и женщин приблизительно одинакова, но преобладает у мужчин (51%). Для оценки формы образования при колоноскопии использовалась Парижская классификация, для оценки сосудистого рисунка поверхности неоплазии использовалась классификация Sano, позволяющая на дооперационном этапе предположить наличие малигнизации образования, а также судить о глубине инвазии. Эндоскопическое внутрипросветное удаление новообразований выполнено у 79,3% больных. Осложнения возникли у 0,9% больных. Средний койко-день составил $3,84 \pm 0,58$. При невозможности удаления эндоскопическим путем, операция выполнялась из

миналапаротомного доступа, лапаротомии или видеолапароскопически. Показаниями к хирургическому лечению являлись: изъязвление образования, образования трудно-визуализируемой локализации (в илеоцекальном отделе толстой кишки, в устье червеобразного отростка, нижнеампулярном отделе прямой кишки), при размерах более 40 мм. Плоские и плоско-углубленные образования имеющие структуру сосудистого рисунка типа IIIb (классификация Sano), а так же отсутствие элевации при введении раствора в подслизистый слой, что свидетельствовало об инвазии опухоли в мышечный слой. При планировании операции приоритетно исходили из возможности выполнения операции с видеоподдержкой. Выбор лапаротомного доступа связан с избыточным весом или ранее проведенными операциями на брюшной полости. Хирургическое лечение было проведено 50 больным (6,7% от общего количества больных). Из них при локализации полиповидных образований до 10 см от ануса 15 (2%) пациентам выполнили трансанальную эндоскопическую резекцию. Миналапаротомия, колотомия, резекция полипа 6 (0,8%). Видеоассистированная резекция ободочной кишки 1 (0,1%). Видеоассистированная резекция илеоцекального угла 3 (0,4%). Видеоассистированная резекция сигмовидной кишки 2 (0,2%) Видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия 1 (0,1%). Лапаротомия и передняя резекция прямой кишки выполнена 1 (0,1%) больным. Лапаротомия с резекцией сигмовидной кишки 3 (0,4%). Лапаротомия с резекцией сегмента ободочной кишки 3 (0,4%). Средний койко-день составил $7,94 \pm 0,58$. Заключение. Хирургическое лечение является предпочтительным методом удаления доброкачественных новообразований толстой кишки при неудобном для эндоскопического удаления расположении образования, крупных размерах. Позволяет достигнуть удаления единым блоком и полной резекции ткани, с последующей точной морфологической верификации патологического процесса и низким процентом осложнений в послеоперационном периоде

621. Молекулярно-генетические основы хирургической тактики при фолликулярной опухоли щитовидной железы неопределенного потенциала злокачественности

Ильина Т.Е., Казачков Е.Л., Сергейко С.В.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность. Возможности дооперационной диагностики новообразований щитовидной железы сегодня ограничены ввиду наличия ряда трудностей. Вместе с тем, по литературным данным, 70-90% резектатов щитовидной железы по результатам гистологического исследования несут доброкачественный характер, что указывает на возможность ведения этих пациентов с использованием консервативной наблюдательной тактики. Поэтому разработка путей совершенствования дооперационной структурной диагностики опухолей щитовидной железы безусловно является актуальной. Сегодня в диагностике новообразований наиболее перспективными принято считать молекулярно-генетические методы. В качестве новых маркеров этой группы при проведении данных исследований могут выступать микроРНК – короткие (18–24 нуклеотида) молекулы, регулирующие экспрессию множества генов на посттранскрипционной стадии. Считается, что среди этих молекул существует группа микроРНК, специфичных и для ряда раковых клеток. Однако имеющиеся данные о применении в патологоанатомической практике микроРНК для верификации злокачественных потенциалов опухолей щитовидной железы малочисленны и противоречивы. Цель исследования – охарактеризовать возможности применения микроРНК в оценке риска злокачественной трансформации новообразований щитовидной железы, отнесенных при гистологическом исследовании на дооперационном этапе к группе фолликулярных опухолей неопределенного злокачественного потенциала. Материалы и методы. В исследование вошли 30 наблюдений фолликулярных опухолей неопределенного злокачественного потенциала (ФОНЗП) из 1097 пациентов, оперированных в тиреоидном центре МАУЗ ОТКЗ ГКБ№1 г. Челябинска в 2018 г. Отбор в группу исследования проводился посредством проведения гистологического исследования операционного материала. Дальнейшим этапом было изучение профиля микроРНК методом ПЦР в режиме реального времени на базе ФГБУН

«Институт молекулярной и клеточной биологии» СО РАН г. Новосибирска. Полученные результаты. В 16 (53,3%) наблюдениях группы исследования в ткани ФОНЗП зарегистрировано повышение уровня экспрессии микроРНК-146bм3 (>-1,12), микроРНК-375м4 (>-10,035), микроРНК-221м2 (>-1,105), микроРНК-7м2 (>4,8 и <-27,79) и микроРНК-145 (>-2,475), что соответствовало профилю, характерному для злокачественных новообразований. Из них в 12 случаях анализ уровня экспрессии микроРНК идентифицировал молекулярно-генетический профиль фолликулярной карциномы, в 3 – папиллярной карциномы, ещё в 1 – медуллярной карциномы щитовидной железы. Следует отметить, что при повторном гистологическом исследовании операционного материала ФОНЗП путём проведения серийной дорезки парафиновых блоков и микроскопического изучения ступенчатых срезов ткани узла у 5 пациентов из 16 (31,3%) были верифицированы структурные признаки инвазивного роста. В остальных 14 (46,7%) случаях из 30 спектр экспрессии микроРНК был не характерен для злокачественного новообразования. Обсуждение. При анализе молекулярно-генетического профиля операционного материала установлено, что 53,3% диагностированных ФОНЗП характеризуются высоким потенциалом злокачественности, в то время как 46,7% опухолей этой группы не имеют тенденции к инвазивному росту, соответствуя доброкачественной неоплазии. Выводы и рекомендации. При гистологическом изучении трепано-биоптата щитовидной железы на дооперационном этапе и установлении диагноза ФОНЗП считаем целесообразным определение молекулярно-генетического профиля опухоли (при Bethesda III-V). Это позволит при проведении патоморфологических и молекулярно-генетических параллелей в ряде случаев отказаться от оперативного лечения пациентов с данными новообразованиями. По нашим данным, консервативная тактика ведения этих больных может оказаться предпочтительной более чем в 45% диагностированных ФОНЗП.

622. Возможности мультидисциплинарного подхода в лечении ожирения

*Мизиев И.А. (1), Базиев З.М. (1), Гелеева И.М. (2),
Созаева С.Р. (1), Хульчаев М.Х. (2),
Каскулова Ж.А. (1)*

Нальчик

1) Кабардино-Балкарский Государственный
Университет имени Х. М. Бербекова, 2) ГБУЗ
«Межрайонная многопрофильная больница»
МЗ КБР

Введение. В современном обществе актуальность бариатрической хирургии растет со стабильным постоянством. Количество пациентов с ожирением желающих похудеть с помощью хирургических методов растет с каждым годом. При этом несмотря на совершенствование методов хирургических вмешательств количество осложнений остается на прежнем уровне и прямо коррелирует с индексом массы тела. Известно, что предварительное снижение веса в предоперационном периоде значительно уменьшает риски послеоперационных осложнений. Для этого в нашей работе используются как малоинвазивные методики, такие как внутрижелудочные баллоны, так и неинвазивные, а точнее подключение к работе с пациентом психотерапевта. Цель исследования. Определить место психотерапии в мультидисциплинарном подходе в лечении ожирения. Материал и методы. В нашу клинику с 2020 по 2022 годы обратились 22 пациента с жалобами на лишний вес и невозможность его снижения разными видами диет, в том числе с сопровождением эндокринолога. Пациенты были условно разделены на 4 группы: 1. использование внутрижелудочного баллона без работы с психотерапевтом, 2. работа с психотерапевтом без использования внутрижелудочного баллона 3. использование внутрижелудочного баллона в сочетании с работой психотерапевта, 4. это 2 пациента, которые были неоднократно уличены в нарушении выполнения рекомендаций и их результаты не учтены в данном исследовании. Работа психотерапевта проводилась как в группах, так и индивидуально, в том числе и в онлайн-режиме. Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность ношения баллона 7 месяцев. Осложнений за данный период не было. Во всех группах у пациентов отмечена положительная динамика. Следует отметить, что максимальные результаты снижения массы, до 23 кг, получены в группе номер 3, при сочетании установки баллона и

работы с психотерапевтом. Но самые устойчивые результаты получены в группе работающей изолированно только с психотерапевтом, в среднем устойчивый результат до 15 кг. В группе с изолированным использованием только внутрижелудочного баллона минимальные и при этом не всегда устойчивые результаты от 5 до 11 кг. Выводы и рекомендации. Привлечение к работе психотерапевта позволяет значительно улучшить итоговые результаты снижения массы тела у пациентов с ожирением и получить максимально возможный устойчивый эффект. Полученные результаты позволяют предложить психотерапевтическую помощь не только перед бариатрическими вмешательствами, но и в некоторых ситуациях с целью устранения небольших избытков массы тела без использования хирургических методик.

623. Результаты лапароскопических вмешательств при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Эрматов Б.Р.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. На сегодняшний день одним из распространенных патологий в гастроэнтерологии, безусловно, принадлежит грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Выраженность клинических проявлений ее увеличивается с возрастом больных, достигая у пожилых лиц 30–50% и даже 80%. Наряду с консервативной терапией, хирургическая коррекция ГПОД является одним из основных способов лечения этой патологии. Преимущества таких вмешательств, как и многих других малоинвазивных вмешательств, очевидны. Однако, набранный большой опыт выполнения лапароскопической фундопликации (ЛФП) ГПОД открыли ряд нерешенных проблем, связанных с рецидивом заболевания, развитием дисфагии и других осложнений в послеоперационном периоде. Цель исследования. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов лапароскопических вмешательств у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты

обследования 96 больных с ГПОД находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в период с 2015 по 2021 годы, которым выполнена ЛФП. Среди оперированных пациентов у 20 была аксиальная ГПОД (тип I), у 33 - параэзофагеальная (тип II), у 35 - смешанная (тип III), у 8 – большая ГПОД (IV тип). Женщин было 57(58,3%), мужчин – 39(41,7%). Средний возраст составил $55,2 \pm 4,6$ лет. Результаты. В основном (в 74 случаях) применена фундопликация по Nissen. В 20 случаях выполнена фундопликация по Toupet, а в 2 – по Dore. Продолжительность ЛФП была в среднем $82 \pm 7,3$ мин. Интраоперационно в 2 случаях отмечен пневмоторакс. В раннем послеоперационном периоде в 8 (8,3%) случаях развилась дисфагия. Во всех случаях была выполнена ЛФП по Nissen. Также после такого вмешательства в 2 случаях развился «gas bloat» синдром. При использовании других методов ЛФП, осложнения в раннем периоде не отмечены. В течении первых 3 месяцев развившиеся осложнения у 9 больных прошли самостоятельно. В 1 случае с дисфагией потребовалось проведение эндоскопической дилатации. В отдаленном периоде рецидив заболевания после ЛФП по Nissen отмечен в 2 (2,7%) случаях, после ЛФП по Toupet – в 2 (10%) случаях. И во всех случаях при использовании ЛФП по Dore. Таким образом, использование ЛФП по Nissen, сравнительно с другими видами (Toupet, Dore), сопровождается большим числом осложнений в раннем послеоперационном периоде. Однако в отдаленном периоде применение этой методики фундопликации сопровождается наименьшим числом рецидива заболевания.

624. Опыт выполнения 350 трансаксиллярных эндоскопических операций на щитовидной железе

*Чинчук И.К., Макарьин В.А., Щербиков И.Е.,
Коровянский А.В., Слепцов И.В., Успенская А.А.*

Санкт-Петербург

СПБГУ «КВМТ им. Н.И.Пирогова»

Основной целью использования внешней доступов к щитовидной железе (ЩЖ) является

стремление избежать формирования послеоперационного рубца на передней поверхности шеи и улучшить косметический результат операции. Материалы и методы. В СПбГУ «КВМТ им. Н.И.Пирогова» за период с 2016 по 2021 год выполнено более 350 трансаксиллярных эндоскопических операций (ТЭО) на ЩЖ. Данные операции выполнялись исключительно по желанию пациента. Распределение по полу: 348 женщин и 2 мужчин. Критериями возможности проведения ТЭО являлись: узлы ЩЖ размером до 70 мм, по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) – Bethesda II; узлы ЩЖ размером до 40 мм, по ТАБ – Bethesda III,IV,V; папиллярная карцинома до 20 мм в центре доли ЩЖ, при отсутствии УЗ-признаков увеличения регионарных лимфоузлов и аутоиммунного поражения ЩЖ; ИМТ менее 30 кг/м². Всем пациентам проводили интраоперационный нейромониторинг. Выполняли гемитиреоидэктомию или субтотальную резекцию доли при коллоидных узлах. Операции выполнялись с использованием системы Modena Retractor Ceatec. Послеоперационную рану дренировали в течении 1 суток по Редону. Проводили интраоперационную антибиотикопрофилактику. Результаты. Среднее время операции составило 112 ± 36 минут, частота послеоперационных неспецифических осложнений отличалась от традиционных операций отсутствием нагноения послеоперационной раны, послеоперационного кровотечения и серомы. В 0,85% (3) была произведена конверсия в связи с интраоперационным кровотечением из магистральных сосудов. Частота развития одностороннего пареза гортани составила 1,4% (2 постоянных, 3 транзиторных), что сопоставимо с частотой подобных осложнений при традиционном доступе в специализированной клинике. Основной причиной развития нарушения функции гортани явилось прямое повреждение возвратного нерва, а не тракция за железу. Однако были специфические осложнения, такие как брахиальный плексит 0,5%, аксиальный веб-синдром 0,5%, парестезия в подключичной области 15%, носившие транзиторный характер. Выводы. При соблюдении методики, показаний и противопоказаний ТЭО на ЩЖ позволяют полностью избежать формирования послеоперационного рубца на передней поверхности шеи. Они сопровождаются умеренным количеством традиционных и неспецифических послеоперационных осложнений, однако особенности укладки больного и доступ могут вызвать проблемы, требующие длительного лечения и реабилитации.

625. Синдром энтеральной недостаточности при остром деструктивном панкреатите*Шаповалов И.Н. (1), Голубицкий К.О. (2),
Пасечник Т.А. (3)*

Донецк, ДНР

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького

Актуальность. Синдром энтеральной недостаточности – состояние, характеризующееся нарушением моторной, секреторной, переваривающей, всасывательной и барьерной функций тонкой кишки. В результате прогрессивно нарастающего пареза, значительно повышается внутрибрюшное давление, усугубляется мезентериальная ишемия, кишечник теряет свою «барьерную функцию» и оказывается дополнительным источником интоксикации, последняя, в свою очередь, достигает жизнеугрожающих значений при деструктивных формах острого панкреатита. Таким образом, именно синдром энтеральной недостаточности играет ведущую роль в развитии ССВР, сепсиса и усугубления полиорганной недостаточности. Цель. Оценка результатов применения различных методов борьбы с парезом кишечника у пациентов с деструктивными формами острого панкреатита; оценка эффективности раннего энтерального питания в предотвращении развития септических осложнений. Материалы и методы. С февраля 2011 года по февраль 2021 года на лечение в ИНВХ им. В.К. Гусака поступили 650 человек с диагнозом «Острый панкреатит» в возрасте от 35 до 67 лет (средний возраст 51 год), у 22% (143 чел.) из них определены деструктивные формы заболевания. В 85% (122 чел.) случаев по результатам УЗИ, исследования эвакуаторной функции ЖКТ определен синдром энтеральной недостаточности. В 14,3% случаев (93 чел.) панкреатит был расценен как «тяжелый» (пациенты с ИМТ более 30 кг/м², наличием гидроторакса, ПОН в течение 48 часов, уровень СРБ более 150 мг/л, значения по шкале АРАСНЕ II более 8 баллов, по шкале Ranson более 3 баллов). В связи с нарастающим парезом у данных пациентов был установлен назоинтестинальный двухпросветный зонд на 30-40 см дистальнее связки Трейца в первые 72 часа от поступления. Дополнительным зондом осуществляли активную декомпрессию фракционно по 30 минут. Всем пациентам данной категории были проведены оперативные вмешательства, различные по степени инвазивности. Осуществлялась продленная эпидуральная анестезия, применялись

парентерально прокинетика, использовались наркотические анальгетики, избирательно устраняющие спазм сфинктера Одди (Промедол). Всем пациентам был проведен ранний энтеральный лаваж солевым энтеральным раствором. У 31 чел. (1 группа) – на 2-ые сутки послеоперационного периода энтерально в назоинтестинальный зонд вводили р-р глутамин (Intestamin, 500 мл). У 31 чел. (2 группа) – на 2 сутки начинали энтеральное питание через назоинтестинальный зонд высококалорийными питательными смесями Nutridrink (500 мл). В 3 группе (31 чел.) – на 2 сутки осуществляли введение солевого энтерального раствора, по электролитному составу идентичного химусу тонкой кишки. Всем пациентам парентерально осуществлялось введение антибактериальных препаратов с максимальной абсорбцией в паренхиме поджелудочной железы (карбапенемы – Меронем по 3 г/сут). Результаты. В 1 группе парез кишечника разрешился на 5 сутки, во 2 – на 3 сутки, в 3 – на 6 сутки. Благодаря этому, во 2 группе был возможен максимально ранний переход на энтеральное беззондовое питание. Также в 1 и 3 группах потребовалось применение дополнительных антибактериальных препаратов, в связи с развитием септических осложнений. Вывод. Ранее энтеральное питание для пациентов с деструктивными формами панкреатита – это не только борьба с нутритивной недостаточностью, но и средство предотвращения септических осложнений.

626.10-летний опыт применения программ реабилитации у пациентов с хроническим геморроем в условиях «Центра амбулаторной проктологии»

*Ковалёв С.А. (1,2), Котенко К.В. (1),
Корчажкина Н.Б. (1), Орехов А.А. (2),
Алибеков А.З. (2), Шимченко Д. (2)*

Москва, 2) Ростов-на-Дону

- 1) ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, 2) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону»

Актуальность. В современном общественном сознании прочно укрепилась мысль о «чудесном действии» малоинвазивных операций. Укреплению данного мнения немало способствует достижения медицинской науки и знаний: бурное развитие малоинвазивных хирургических технологий. В последние годы арсенал развития науки и техники пополняет арсенал колопроктологов новыми малоинвазивными технологиями хирургического лечения геморроя. С учётом новых экономических реалий происходит развитие частных медицинских центров, «дневных или стационаров одного дня», в работе которых не малую роль имеет экономическая эффективность. В широкую клиническую практику интенсивно вводятся такие малоинвазивные методы лечения геморроя, как: склеротерапия, ультразвуковая склеротерапия, латексное лигирование, дезартеризация с мукопексией под контролем доплерометрии, лазерная абляция, инфракрасная фотокоагуляция, криодеструкция. Также совершенствуется классика – геморроидэктомия, за счёт использования новых электрохирургических методов диссекции тканей. Наш опыт показывает, что в среднем за год в «Центр амбулаторной проктологии» ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» обращается за специализированной проктологической помощью 3500 – 4000 пациентов, из них около 1000 – оказывается оперативное лечение. Из них до 600 пациентов, оперируются по поводу различных проявлений геморроя. Экспертная группа Общероссийской Общественной Организацией «Ассоциация колопроктологов России» регулярно пересматривает в соответствии с новыми данными научных исследований и выпускает для практических врачей «Рекомендации по диагностике и лечению геморроидальной болезни» -- руководство, для ведения и лечения данных пациентов. Происходит накопление

практических навыков и отслеживаются отдаленные результаты лечения. Проведённый обзор современных литературных источников показал не только отсутствие систематизированных данных о хирургической реабилитации, но и отсутствие каких либо источников о проведении реабилитации у пациентов до- и после малоинвазивных оперативных вмешательств на современном этапе развития хирургии, и в частности, проктологии. Цель исследования. Сравнить и оценить эффективность различных программ до- и послеоперационной реабилитации у пациентов, перенесших малоинвазивные методы оперативного лечения по поводу хронического геморроя. Материалы и методы исследования. За период с декабря 2007 по январь 2022 года на базе «Центра амбулаторной проктологии» ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» было выполнено: 1) склерозирование геморроидальных узлов с ультразвуковой кавитацией - у 4497 пациентов (2473 женщин и 2024 мужчин, в возрасте от 17 до 91 года (43,2+9,1 года). Длительность заболевания составила в среднем 8+5,3 года. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 85 (1,9%), II – 1295 (28,8%), III -- 3116 (69,3%). Пациентам с IV стадией геморроя (n=1368) – проводилась геморроидэктомия в условиях хирургического стационара. 2) Дезартеризация с мукопексией геморроидальных узлов – у 1573 пациентов (679 женщин и 894 мужчин, в возрасте от 20 до 88 года (40,2+12,4 года). Длительность заболевания составила в среднем 9+6,9 года. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – не выполнялась, II – 602 (38,3%), III -- 917 (58,3%), IV – 54 (3,4%). 3) Лазерная абляция геморроидальных узлов - у 592 пациентов (298 женщин и 294 мужчин, в возрасте от 18 до 67 лет (30,2+9,7 года). Длительность заболевания составила в среднем 6+7,1 года. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 152 (25,7%), II – 274 (46,3%), III -- 159 (26,8%), IV – 7 (1,2%). 4) Латексное лигирование геморроидальных узлов – выполнялось нами в первые годы работы «Центра амбулаторной проктологии» -- у 109 пациентов (58 женщин и 51 мужчин, в возрасте от 22 до 75 лет (41,3+8,6 года). Длительность заболевания составила в среднем 7+6,4 года. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 5 (4,6%), II – 104 (95,4%). В настоящий момент лигирование геморроидальных узлов выполняется нами только с целью временной остановки геморроидального кровотечения. При формировании критериев включения пациентов с хроническим геморроем с 1 по 4 стадии, было решено, что краеугольным камнем выбора тактики

хирургического лечения между классическими и малоинвазивными методами лечения хронического геморроя является хронический геморрой III стадии, так как согласно данным литературы и собственному клиническому опыту хирургического лечения хронического геморроя различных стадий с использованием традиционных и малоинвазивных хирургических технологий не вызывает сомнения эффективность малоинвазивных технологий при хроническом геморрое 1 и 2 стадии и выполнения геморроидэктомии при 4 стадии геморроя. В настоящем исследовании проанализированы результаты комплексного лечения, включающего программы до – и послеоперационной реабилитации после геморроидэктомии (ранние сроки и сроки до 1 года) у 90 пациентов с хроническим геморроем III стадии с выраженными наружными узлами (код по десятому пересмотру Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10): К 64.2) в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст - 41,4±2,1 года). Исследования проводились в «Центре амбулаторной проктологии» хирургического отделения ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону. Больные были разделены на 2 группы – основную (45 человек) которым со 2-го дня после оперативного вмешательства проводилась реабилитационная программа, включающая озонотерапию внутривенно, лазерную терапию ректально, ректо-тибиальную миостимуляцию и Биофид-бек терапию. В контрольную группу вошло 45 больных, которым в раннем послеоперационном периоде проводился стандартный лечебный комплекс, включающий обезболивающие препараты, местно антибактериальные мази (Левомеколь и др.) и ректальные свечи (Релиф-Про и др.), который служил фоном в основной группе. Всем пациентам выполнялась геморроидэктомия по Миллиган-Моргану с использованием ультразвукового скальпеля одним оператором для исключения влияния личностного фактора. В основной группе (n=45) мужчин было 23 (51,1%), женщин 22 (48,9%). В контрольной группе (n=45) пациенты мужского пола составили 25 (55,5%), женского - 20 (44,5%). Возраст больных основной группы колебался от 20 до 60 лет, в среднем составив 39,5±1,8 лет. Возраст пациентов контрольной группы варьировал от 20 до 65 лет, среднее значение соответствовало 42,6±2,1 лет. Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести основного заболевания, стадии геморроя, сопутствующей патологии, проведенным хирургическим вмешательствам и статистически значимо (p>0,05)

не отличались. Принципиально соблюдалось правило «исходного фона» (отсутствие исходных различий в сравниваемых группах) для проведения сравнительного анализа. Длительность наблюдения за больными в основной и контрольной группе составила 12 месяцев. Все пациенты при обращении за медицинской помощью в клинику подписывали добровольное информированное согласие на сбор клинических данных для целей гарантии качества клинического исследования и, в соответствующих случаях, для научного представления и/или публикаций, затем заполнялись анкетные данные, проводился сбор анамнеза заболевания и жизни, выявлялись факторы риска, причины возникновения и поздней диагностики, характер выявленной патологии, экстраректальная патология, а также жалобы и клинические проявления заболевания. Протоколы сбора жалоб, анамнезов жизни и заболевания, лабораторного и инструментального обследования в до- и послеоперационных периоды, малоинвазивного хирургического лечения проводились по единой схеме. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом. Методики оценки ранних и отдаленных результатов, у пациентов прооперированных по поводу хронического геморроя 3 стадии. Всем больным, включенным в исследование, для оценки эффективности проводимого лечения до и после операции проводили оценку: • общего состояния пациента; • кровотечения и боли в предоперационном периоде с помощью четырехбалльной вербальной шкалы (vRS), где 0 – это нет симптомов; 1 - легкая, 2 - умеренная и 3 – тяжелая; • выраженности болевого синдрома по аналоговой 10-балльной шкале; • клинических проявлений геморроя (прекращение зуда, болей при акте дефекации, уменьшение или прекращение кровотечения, прекращение выпадения и исчезновение геморроидальных узлов), а также: • наружный осмотр и пальпацию промежности, пальцевое исследование прямой кишки; • аноскопию, в том числе и высокоразрещающую аноскопию (ВАШ); • лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, показатели свертываемости крови); • трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) с доплеровским картированием при помощи трансректального датчика (7,5 МГц) на аппарате SonoScape6. • оценку качества жизни проводили по шкале SF-36 [Ware JE et al. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993]; - оценка отдаленного качества жизни по анкете Алимжановой И.Ю. и Шептунова Ю.М. При

оценке результатов лечения обращали внимание на наличие операционных и послеоперационных осложнений, необходимость приёма после операции ненаркотических анальгетиков. Отдаленные результаты лечения оценивали по данным аноскопии, трансректального доплеровского сканирования для оценки состояния концевых ветвей верхних прямокишечных артерий, шкалы SF-36, клинически — на основании исчезновения симптомов геморроя и путем сравнительной оценки до-, через 2, 6 и 12 месяцев после операции. Помимо стандартного протокола обследования, дополнительно выполнялось комплексное трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) с цветовым доплеровским картированием, доплерографией и соноэластографией при обследовании и дифференциальной диагностике, а также на этапах послеоперационной реабилитации для контроля результатов и исключения развития осложнений. Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) проводили на стационарной ультразвуковой системе Aixplorer (SuperSonic Imaging, Франция) с широкополосным микроконвексным интракавитарным датчиком SE12-3, с частотой волны 3-12 МГц, совместимые режимы: В-режим, ЦДК, PD, DPD, PW, M режим, SWE. Также использовался мобильный многофункциональный цифровой сканер Hitachi Noblus (Япония) с внутривагинальным конвексным (ректо-вагинальным) датчиком EUP-C41V, 10R с углом обзора 200 градусов с частотой волны 4.0-8.0 МГц. Для оценки состояния геморроидального и микроциркуляторного кровотока в интраоперационном и послеоперационном периодах нами была применена ультразвуковая система «Минимакс–Доплер-К», ООО «Минимакс» (Санкт-Петербург), работающая на частоте от 5 МГц до 30 МГц. Реабилитационная программа включала в себя: озонотерапию внутривенно, лазерную терапию ректально, ректо-тибиальную миостимуляцию и бифидо-бек терапию. Обсуждение результатов. Оценка ранних послеоперационных осложнений. В раннем послеоперационном периоде (до 2 недель) в I группе ректальных кровотечений не отмечалось, во II группе на 6—8-й день отмечались ректальные кровотечения, в 1 случае потребовавшее наложения гемостатического шва под седацией и в 3 случаях - остановленные консервативно. Рефлекторная задержка мочеиспускания отмечена у 3 (6,7%) пациентов I группы и у 7 (15,6%) - II группы. Нагноений послеоперационных ран не отмечалось. Оценка послеоперационных болей. Проведенный анализ анкет с использованием 10 бальной ВАШ

показал, что до операции у 35 (77,8%) пациентов I группы и 34 (75,5%) - II группы не отмечали болевых ощущений в области анального канала. У 10 (22,2%) пациентов I группы отмечались умеренные и сильные болевые ощущения в области анального канала. После выполнения комплекса дооперационной реабилитации пациентам I группы болевые ощущения умеренного характера сохранились только у 1 (2,2%). Анализируя сводные показатели болевого синдрома по группам, можно сделать общий вывод, что болевой синдром был менее выражен у пациентов I группы, а также в I группе выявлено более динамичное снижение болевого синдрома в сроки наблюдения. У пациентов II группы была более выражена потребность в назначении анальгетиков (в том числе и наркотических). Сроки пребывания пациентов в стационаре и длительность послеоперационной нетрудоспособности. В группах наблюдения сроки пребывания в стационаре существенно не отличались: I группа – 6,9±0,4 и II группа – 7,1±0,5. Существенные, значимые отличия отмечены по длительности послеоперационной нетрудоспособности: I группа – 12,9±2,4 и II группа – 24,1±2,3 ($p>0,05$). Сравнительная оценка качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде по шкале SF-36. Проведенный анализ показал существенную разницу между группами по физическому компоненту здоровья, в частности, по интенсивности боли: I группа – 93,9±20,7 и II группа – 52,1±23,3 ($p>0,05$); по психологическому компоненту: I группа – 69,2±17,8 и II группа – 60,1±24,9 ($p>0,05$), что в целом показывает более высокое качество жизни у пациентов I группы. Оценка отдаленного качества жизни по анкете Алимжановой И.Ю. и Шептунова Ю.М. показала, что количество хороших результатов было примерно равным: 96% в I группы и 91% - во II. Один не удовлетворительный результат был отмечен во II группе и был связан с рецидивом заболевания, разница не является достоверной. Оценка данных комплексного трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) с цветовым доплеровским картированием, доплерографией и соноэластографией. На основании полученных результатов комплексного трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) с цветовым доплеровским картированием, доплерографией и соноэластографией были определены ультразвуковые критерии, характеризующие состояние «заживления» послеоперационных ран и критерии оценки контроля эффективности заживления послеоперационных ран в различные сроки после геморроидэктомии. В процессе исследования пациентов, прооперированных по

поводу хронического геморроя, с помощью ТРУЗИ с соноэластометрией позволило достоверно повысить чувствительность и специфичность подхода по сравнению с рутинным ТРУЗИ в серошкальном режиме на 6–7 % ($p < 0,05$): с 91 до 97 % и с 82 до 89 % соответственно, а также с точностью до 92% определить «зрелость» рубцовых тканей на разливных временных этапах, контролировать результаты и индивидуализировать тактику реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде. Проведённый временной анализ изменений ультразвуковых критериев (эластографической плотности при соноэластометрии, эхогенности, эхоструктуры, «толщины рубца») по срокам после операции показал ускорение в среднем в 1,5 раза процессов формирования «зрелого» рубца у пациентов основной группы с использованием реабилитационных мероприятий ($p < 0,05$). Выводы. 1. Оценка отдаленных результатов программ до – и послеоперационной реабилитации хирургического лечения с использованием малоинвазивных методов оперативного лечения, по поводу хронического геморроя показывает их высокую эффективность: стойкий клинический эффект, снижение сроков госпитализации, практически полное отсутствие болевых ощущений, экономическую обоснованность, улучшение качества жизни пациентов. 2. Пациент-ориентированный подход к выбору метода лечения геморроя в зависимости от стадии заболевания, применение малоинвазивных способов оперативного лечения, программ до – и послеоперационной реабилитации позволяет достичь хороших результатов у 98-100% пациентов.

627.К вопросу о целесообразности и обоснованности хирургических операций у больных с цитологическим заключением «Фолликулярная опухоль щитовидной железы»

Лукьянов С.А., Сергийко С.В.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ «Южно-Уральский
государственный медицинский университет»
Минздрава России

Актуальность. Для оценки злокачественного потенциала узлов щитовидной железы по существующим стандартам используется цитологическое исследование. При этом от 10 до 30% цитологических заключений Bethesda systems составляют группу «фолликулярная опухоль». Такое заключение по отечественным рекомендациям требует хирургического лечения, обычно в объеме удаления доли щитовидной железы. Количество доброкачественных узлов по результатам послеоперационного гистологического исследования у этой группы больных, и как следствие часто не нужных операций составляет более 70%. В связи с этим, в зарубежной практике стали широко применяться молекулярно-генетические тесты (МГТ), дающие дополнительную информацию о риске наличия рака щитовидной железы, что уже значительно позволило снизить долю диагностических операций. К сожалению, в РФ имеется значительное отставание в применении таких исследований. Материалы и методы. У 94 пациентов с цитологическим заключением Bethesda IV показания к операции выставлялись на основании результатов МГТ Тиройдинфо по окрашенным цитологическим препаратам (группа 1). В 39 (41,5%) случаях результаты МГТ соответствовали РЩЖ, и эти пациенты были оперированы. Остальные 55 (58,5%) остаются под наблюдением. Группу сравнения составили 369 больных, где показанием к оперированному лечению было лишь цитологическое заключение «фолликулярная опухоль» Bethesda IV (группа 2). Изучены результаты послеоперационных гистологических заключений и обоснованность показаний к операции у больных в сравниваемых группах. Результаты. У 39 оперированных пациентов 1 группы, диагноз РЩЖ установлен в 33 (84,6%) случаях (27 пациентов имели папиллярный рак, 6 фолликулярный рак). Доброкачественное гистологическое заключение имели 6 (15,4%) пациентов (1 коллоидный узел, 3 фолликулярная аденома, 2 неинвазивная фолликулярная

неоплазма с папиллярноподобными ядерными изменениями). Среди пациентов 2 группы сравнения РЩЖ выявлен у 75 (20,3%) больных (67 папиллярный рак, 8 фолликулярный рак). Количество пациентов с доброкачественными узлами в этой группе составило 294 (79,7%, из них 5 коллоидных узлов, 229 фолликулярные аденомы, 15 неинвазивных фолликулярных неоплазм с папиллярноподобными ядерными изменениями, 45 фолликулярных опухолей неясного злокачественного потенциала). Отношение шансов выполнения необоснованной «диагностической» операции между 1 и 2 группой составило 21,6 (8,7-53,3), $p < 0,0001$. Заключение. Применение молекулярно-генетического тестирования панелью Тиройдинфо у пациентов с неопределенным цитологическим заключением «фолликулярная опухоль» должно включаться в алгоритм обследования больных и позволят сократить количество необоснованных операций более чем в 5 раз.

628.Балльно-оценочная шкала и ее роль в выборе лечебной тактики при симптомном течении желчнокаменной болезни у беременных

Китаева М.А., Корольков А.Ю, Попов Д.Н., Саадулаева М.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова" МЗ РФ

Согласно литературным данным, желчнокаменная болезнь по частоте встречаемости у беременных занимает лидирующее место. Наиболее встречающаяся форма ЖКБ у беременных это рецидивирующие печеночные колики на фоне хронического калькулезного холецистита. Однако данная патология может привести к развитию осложненных форм ЖКБ, таким как острый холецистит, билиарный панкреатит, холедохолитиаз с или без механической желтухи, с холангитом или без него. Развития данных патологий у беременных ведет к высокому риску развития патологии беременности вплоть до ее прерывания. Следовательно, меры направленные на лечение рецидивирующего течения хронического калькулезного холецистита у беременных имеет

особую актуальность. С целью улучшить результаты лечения беременных женщин с симптомным течением хронического калькулезного холецистита на базе Первого Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова, в структуре которого имеется НИИ хирургии и неотложной медицины, а также НИИ акушерства и гинекологии, оба оснащенные стационарным отделением скорой медицинской помощи, было проведено исследование, включающее 221 беременную. Ретроспективную группу составило 117 женщин; проспективную группу 104. Проводя анализ лечения беременных женщин с рецидивирующими печеночными коликами на фоне хронического калькулезного холецистита в ретроспективной группе, отмечена тенденция к лечению данной патологии консервативными методами. Это приводило не только к многократным госпитализациям, но и к развитию осложненных форм ЖКБ в 35% случаев. Данные осложнения не всегда положительно отвечали на консервативные методы лечения, что вело к оперативным вмешательствам в экстренном порядке (18,8%), в 15,9% случаев сопровождавшиеся экстренным родоразрешением. Для выявления факторов влияющих на развитие осложненных форм ЖКБ был проведен корреляционный анализ (с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмана), в ходе которого была установлена статистически достоверная связь развития осложнений ЖКБ у беременных с такими факторами как возраст (слабая сила связи); количество беременностей в анамнезе (заметная); срок гестации, на котором возникла первая печеночная колика (заметная); наличие ЖКБ в анамнезе до беременности (заметная); количество печеночных колик за время беременности (высокая). Каждому из факторов, влияющих на вероятность развития осложнений, присвоены балльные значения от 1 до 3, а для их ранжирования был проведен повторный статистический анализ. Используя кластерный анализ данных, при помощи метода k-средних, пациентки были объединены в следующие группы по возрасту: I группа 18-25 лет (1 балл), II группа -26-34 года (2 балла), III от 35 лет (3 балла). Для ранжирования баллов в показателе количества беременностей, первично-беременным присваивался 1 балл, имевшие две и более гестации, были объединены в одну группу-повторнобеременные (2 балла). Также пациентки были распределены по триместрам беременности (в I- 3 балла, в II- 2 балла или III- 1 балл), в котором возник дебют печеночной колики; по наличию в анамнезе ЖКБ (впервые выявленное во время беременности-1 балл, ранее известное

симптомное- 3 балла, или бессимптомное- 2 балла), а также по количеству перенесенных печеночных колик за время гестации (одна 1 балл, две- 2, три и более- 3). Согласно статистическим данным, частота встречаемости осложненных форм ЖКБ росла с увеличением возраста, количеством гестаций, у женщин с ранее известным симптомным течением ЖКБ, с возникшим дебютом печеночных колик в первом триместре беременности и перенесших более 3х печеночных колик. Выполнив ранжирование баллов к каждому из вышеуказанных составляющих параметров, оценив каждый случай в ретроспективной группе с помощью баллов, был проведен кластерный анализ методом k-средних с целью формирования групп риска осложненного течения ЖКБ. В результате было установлено, что при наличии у пациентки суммарно по всем пунктам: 5-7 баллов, имеется низкий риск развития осложнений ЖКБ; 8-10 баллов - средний риск; и 11-14 баллов – высокий. Исходя из полученных данных была создана балльно-оценочная шкала, использование которой, позволяло распределять беременных с симптомным течением хронического калькулезного холецистита на разных сроках гестации по группам риска. В зависимости от группы риска определялась дальнейшая тактика лечения беременных: для пациенток из группы с низким и средним риском допустимо использовать консервативные методы лечения (спазмолитическая терапия); для пациенток из группы высокого риска оптимально выполнение ЛХЭ на сроке гестации 14-32 недели. Для оценки эффективности использования балльно-оценочной шкалы а было проведено проспективное исследование. Оценивая данные ретро- и проспективного исследования, статистически достоверно отмечено, что результаты лечения в проспективной группе оказались лучше. Снизился суммарный койко-день (среднее количество койко-дней в ретроспективной группе 16,9±5,1; в проспективной 5,2±2,7; $p=0,045$), проведенный беременными в стационаре по поводу заболеваний желчевыводящей системы. Отмечается достоверно меньшая частота возникновения осложненных форм ЖКБ в проспективной группе (в ретроспективной группе - 34,9%; в проспективной 10,1%; $p=0,001$), что в свою очередь привело к снижению оперативных вмешательств в экстренном порядке по поводу осложнений ЖКБ (в ретроспективной группе 19,0%, в проспективной 7,2%; $p=0,044$), тем самым практически полностью нивелируя неблагоприятные исходы беременности такие как срочные и преждевременные роды в экстренном порядке (в ретроспективной группе 15,9%; в проспективной группе 4,3%; $p=0,027$).

629.Программа ускоренного восстановления «Fast track» в бариатрической хирургии и ее влияние на частоту развития ранних послеоперационных осложнений

*Абдулкеримов З.А. (1), Панченков Д.Н. (1,2,3),
Иванов Ю.В. (1,2), Станкевич В.Р. (2),
Тулкин К.А. (1), Лискевич Р.В. (1,3)*

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 3) ФГБУ НПЦ ЛМ им. О.К. Скобелкина ФМБА России

Актуальность. В современном мире проблема комплексного лечения пациентов с ожирением и лишним весом набирает актуальность, затрагивая все слои населения, независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, пола и региона проживания. Согласно множеству проведенных исследований установлено, что больные ожирением больше дней проводят на листе нетрудоспособности, имеют больше осложнений после операций и анестезиологических пособий. На сегодняшний день бариатрическая хирургия является наиболее эффективным методом лечения ожирения и сопутствующих заболеваний для пациентов с тяжелой формой ожирения или ИМТ более 35 кг/м². Число осложнений в бариатрической хирургии невелико и продолжает снижаться по мере накопления мирового опыта, совершенствования хирургической техники и развития аппаратно-инструментального обеспечения. В настоящее время сообществом бариатрических хирургов продолжается работа по выработке консенсуса применительно к внедрению программы ускоренной реабилитации в хирургии ожирения. Цель исследования. Оценить возможность применения элементов программы ускоренной реабилитации у пациентов с избыточным весом в периоперационном периоде при проведении бариатрических операций

Материал и методы. За период с января 2018 по декабрь 2021 г. проведено 96 операций пациентам с избыточным весом, из них: продольная резекция желудка – 67 (69,8%), мини-гастрошунтирование – 24 (25%), реконструктивные операции после продольной резекции желудка (реконструкция после продольной резекции в мини-гастрошунтирование) – 5 (5,2%). Оперированы пациенты с 21 года до 64 лет, средний возраст 53,4 года, мужчин 35 (36,46%), женщин 61 (63,5%), ИМТ от 35.5 до 55 кг/м², средний ИМТ 43,1 кг/м². Всем пациентам применены элементы программы

ускоренной реабилитации (Fast track). К элементам программы ускоренной реабилитации в бариатрической хирургии, примененным в нашем исследовании, относили: - предварительное консультирование и информирование пациента – 100% пациентов; - оптимизация работы кишечника: отказ от механической подготовки кишечника к операции – 100% пациентов; - применение стандартных протоколов тромбопрофилактики препаратами низкомолекулярного гепарина и компрессионного трикотажа – у всех пациентов; - отказ от предоперационного бритья операционного поля в пользу стрижки волос триммером - у всех пациентов; - отказ от рутинной назогастральной интубации – у всех пациентов - отказ от рутинного дренирования брюшной полости и катетеризации мочевого пузыря: дренирование брюшной полости произведено 28 пациентам (29%), при диффузной кровоточивости во время операции; катетеризация мочевого пузыря производилась у 35 пациентов (36,5%) преимущественно на этапе внедрения операций в практику; - ранний возврат к пероральному приему жидкости (в 1-е сутки после операции) и пищи (со 2-го дня после операции) – у 100% пациентов - ранняя выписка пациентов из стационара (от 2-го дня после операции до 5-го дня, в среднем 3,1 день госпитализации) Результаты. У 83 пациентов (86,5%) отмечалось гладкое течение послеоперационного периода, у 9 (9,4%) отмечались признаки дисфагии в первый день после операции, которые в дальнейшем разрешились. У 2 (2,1%) пациентов отмечено развитие кровотечения из линии анастомоза, которое остановилось на фоне консервативной терапии и не потребовало релапароскопии. У 1 пациента (1%) отмечено развитие точечной несостоятельности по линии скрепочного шва. Средний койко-день составил 3,1 суток. Заключение: применение программы «Fast track» при проведении бариатрических операций существенно не увеличивает частоту ранних послеоперационных осложнений, сокращает послеоперационный койко-день и позволяет достичь большей экономической эффективности. Тем не менее, требуется дальнейшее накопление материала и продолжение исследования для выработки четкого протокола ведения пациентов с избыточным весом в периоперационном периоде.

630. Возможности использования диодного лазера в лечении эпителиального копчикового хода

Харабет Е.И., Грошилин В.С., Кузнецов В.Д., Дмитриев А.В., Швецов В.К., Мрыхин Г.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время существует огромное количество различных способов хирургического лечения пилонидальной болезни. Однако процент рецидивов и послеоперационных осложнений (нагноение раны, прорезывание швов, расхождение краев раны) остается высоким. Поэтому одной из задач современной хирургии является разработка и внедрение новых способов лечения эпителиального копчикового хода. Цель работы: Создание и обоснование технологии современного этапного метода лечения пилонидальной кисты, который позволит улучшить результаты лечения, уменьшить число послеоперационных осложнений и снизить количество рецидивов. Материал и методики. На базе хирургического центра ФГБОУ ВО РостГМУ проведено исследование, в котором приняли участие 60 пациентов с эпителиальным копчиковым ходом. Больные были разделены на три клинические группы наблюдений. В I группе (основной, 20 пациентов) проводилось двухэтапное лечение по оригинальной методике с применением лазерной термооблитерации на первом этапе для уменьшения площади воспалительного процесса. Второй этап заключался в радикальном иссечении пораженной области (зарегистрирована заявка на изобретение). Пациенты II группы (20 пациентов) подверглись оперативному вмешательству по методике «cleft lift» в аутентичной модификации Bascom-Karydakis (Bascom II). У III группы (20 пациентов) применяли традиционные способы с ушиванием ран и пластикой крестцово-копчиковой области без использования техники «cleft lift». Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о более гладком послеоперационном периоде у пациентов I группы. Только в 2-ух (10%) случаях наблюдали нагноение послеоперационной раны. Других значимых инфильтративно-воспалительных осложнений у пациентов, подвергшихся двухэтапному иссечению копчикового хода, не было. При применении техники «cleft lift» (II группа наблюдений) у 1 пациента (5%) сформировался рецидивный свищевой ход, в 4-ех случаях было замечено

нагноение послеоперационной раны, потребовавшее снятия нескольких швов, дренирования и санации раны. Суммарный удельный вес рецидивов – 10%. В III группе наблюдений рецидивы возникли в 15% случаев, общий удельный вес послеоперационных осложнений - 45%. Стоит отметить, что у пациентов I группы срок пребывания в стационаре ($4,6 \pm 1,3$ суток) достоверно меньше, как и период нетрудоспособности ($9,7 \pm 1,3$ суток) при гладком течении и при нагноении раны – (15 ± 1 суток), по сравнению с данными контрольных групп. Эффективность разработанной технологии объясняется возможностью миниинвазивного устранения эпителиальной выстилки свищевых ходов, как базового субстрата для вторичного инфицирования и развития инфильтративного воспаления, а также возможностью выполнять обоснованный пластический этап в отсутствие воспалительной реакции и с соблюдением принципов сглаживания межъягодичной складки и отсутствии натяжения краев сшиваемых раневых поверхностей. Выводы. Результаты полученные при использовании двухэтапного метода лечения достоверно свидетельствуют о повышении эффективности хирургического лечения, снижении количества рецидивов, уменьшении сроков госпитализации и нетрудоспособности.

631. Сосудистые реконструкции при мультिवисцеральных резекциях органов гепатопанкреатобилиарной системы

Ищенко Р.В. (1), Голубицкий К.О. (2)

1) Москва, 2) Донецк, ДНР

1) МГУ, 2) ИНВХ им. В.К. Гусака

Актуальность. Активное внедрение индивидуализации лечения онкологических больных с учетом иммуногистохимического профиля позволила по-новому прогнозировать результаты мультिवисцеральных резекций при распространенных формах рака абдоминальной локализации. RUAЕ/LUAЕ больше не рассматриваются как «операции отчаяния». Все больше авторов приходят к мнению о необходимости неoadъювантного лечения и

операции при условии стабилизации распространенного онкологического процесса. Сложность выполнения вышеуказанных оперативных вмешательств определяет то, что достаточно большая часть подобных пациентов нуждается в одномоментных сосудистых реконструкциях. Цель. Оценка результатов мультिवисцеральных резекций органов брюшной полости при распространенных формах злокачественных новообразований с использованием сосудистых реконструкций. Материал и методы. С февраля 2016 года по февраль 2022 года прооперировано 76 пациентов с распространенными формами рака абдоминальной локализации в возрасте от 25 до 81 года (средний возраст составил $58,6 \pm 12,4$ г), из них в 55,3% наблюдений (42/76) произведена RUAЕ, в 44,7% наблюдений (34/76) произведена LUAЕ. Реконструкции сосудов при мультिवисцеральных резекциях произведены в 42,1% наблюдениях (32/76). Сосудистые реконструкции в 11 наблюдениях включали в себя резекцию воротной вены, по одному наблюдению в случаях резекции печеночной артерии, экзопротезирование аорты, формирование мезентерикопортального анастомоза через среднюю ободочную вену (для венозного оттока анастомоз между ВВВ и средней ободочной веной, между средней ободочной веной и воротной веной). Комбинированные оперативные вмешательства помимо основного этапа включали в себя: гемиколэктомия в 11 наблюдениях, гастрэктомия, резекцию желудка и верхнегоризонтального колена двенадцатиперстной кишки в 4 случаях, эпинефрэктомия и нефрэктомия в 2 наблюдениях, гепатопанкреатодуоденальную резекцию в 3 случаях. Результаты: Кровопотеря в процессе LUAЕ составила 344 ± 79 мл, при RUAЕ -859 ± 92 мл. Из панкреатогенных осложнений зарегистрированы: фистулы класса А – 3 наблюдения RUAЕ, фистулы класса В – 1 наблюдение LUAЕ, фистулы класса С – 1 случай (завершающая панкреатэктомия) RUAЕ. Из непанкреатогенных осложнений (более 35%) зарегистрированы пневмонии, ТЭЛА, плеврит, инфаркт миокарда, холангит, лимфоррея, хилоперитонеум, длительная диарея. 90-дневная послеоперационная летальность 2,6% - 2 случая RUAЕ. Отдаленные результаты: RUAЕ – годовая выживаемость – 92,9%, трехлетняя выживаемость – 76,2%. При LUAЕ – годовая выживаемость 91,2%, трехлетняя выживаемость – 59,4%. Выводы. Активная хирургическая тактика позволяет улучшить результаты лечения и значительно увеличить продолжительность жизни у пациентов с распространенным опухолевым процессом.

Сосудистые реконструкции не ухудшают отдаленных результатов лечения онкологических пациентов с распространенными формами рака абдоминальной локализации.

632. Первый опыт применения технологии дополненной реальности при операциях на печени и поджелудочной железе

*Панченков Д.Н. (1,2,3), Абдулкеримов З.А. (1),
Семенякин И.В. (1), Габдуллин А.Ф. (1),
Лискевич Р.В. (1,3), Тупикин К.А. (1)*

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, 2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России,
3) ФГБУ НПЦ ЛМ им. О.К. Скобелкина ФМБА России

С целью диагностики заболевания, планирования объема оперативного вмешательства, снижения риска интра- и постоперационных осложнений перед операцией хирурги изучают данные компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Это позволяет оценить возможные варианты сосудистого строения и другие анатомические особенности расположения органов в каждом конкретном случае. Однако хирург ограничен в получении точного представления об анатомических соотношениях органов при анализе 2D-изображений. С целью повышения качества интерпретации 2D-изображений и более точной оценки объема и особенностей планируемой операции предлагалось применение 3D-печати на основе данных КТ и МРТ. Однако применение этой технологии требует большого количества времени, значимым образом повышает финансовые затраты и имеет ограниченную доступность. Технология смешанной (mixed reality – MR) или дополненной (augmented reality) реальности (AR) позволяет реализовать высококачественную виртуальную 3D-модель анатомии конкретного пациента. Хирург имеет возможность просматривать и управлять моделью с помощью закрепленного на голове дисплея. Следует отметить, что данные КТ, используемые для создания моделей, включают трехмерную визуализацию вращения органов и сосудистой сети брюшной полости, однако эти 3D-модели нельзя

реконструировать и манипулировать ими как моделями AR. В абдоминальной хирургии публикации по теме AR/MR встречаются с 2017 г. и принадлежат группе авторов из Германии. Цель исследования. Оценить возможности применения технологии дополненной реальности при операциях на органах брюшной полости. Материал и методы. Полученные в ходе инструментального исследования данные МСКТ были обработаны в компьютерной программе с целью получения полисегментарных моделей. Данные, полученные после обработки, были использованы в программном обеспечении HLOIA© для создания виртуальной объемной модели органа, учитывая анатомические особенности конкретного пациента. До операции и интраоперационно применялись очки виртуальной реальности HoloLens II поколения компании Microsoft (Сиэтл, Вашингтон, США), с реализованной в них системой HLOIA©. С декабря 2021 г. по январь 2022 г. было выполнено 3 хирургических вмешательства 3 пациентам с применением технологии AR. Объем операций: лапароскопическая эхинококкэктомия с резекцией 5,6 сегментов печени по поводу резидуального эхинококкоза; лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция по поводу рака головки поджелудочной железы; лапароскопическое удаление кисты брыжейки тонкой кишки. Результаты. Применение технологии AR существенным образом не повлияло на планирование объема операции. При этом в ходе операции по поводу резидуального эхинококкоза печени применение AR облегчило ориентировку хирурга при резекции печени и манипуляции вблизи сосудисто-секреторных ножек. При выполнении лапароскопической ПДР применение AR способствовало лучшему пониманию анатомии при создании туннеля и отхождении от верхней брыжеечной и селезеночных вен, а также при определении уровня пересечения паренхимы поджелудочной железы. При удалении кистозной опухоли брюшной полости применение AR не дало ощутимых преимуществ перед стандартным предоперационным обследованием и планированием объема операции. После просмотра AR-модели хирург чувствовал себя более уверенно в отношении сосудистой анатомии и взаимоотношений удаляемой опухоли (или эхинококковой кисты) с сосудистыми структурами. Заключение. Предоперационный и интраоперационный просмотр интерактивных моделей виртуальной реальности может повысить уверенность хирурга и улучшить понимание анатомии, особенно в сложных случаях и при планировании нестандартных оперативных

вмешательств, изменить оперативный подход, в ряде случаев изменить первоначальный план операции. В то же время, требуется продолжение накопления материала с целью уточнения областей применения моделей дополненной реальности и возможной разработки протокола их применения в абдоминальной и гепатопанкреатобилиарной хирургии.

633. Хирургическая тактика лечения открытого живота и абдоминального сепсиса.

*Демко А.Е. (1,2), Батыршин И.М. (1),
Осипов А.В. (1,2), Фомин Д.В. (1), Склизков Д.С. (1),
Остроумова Ю.С. (1)*

Санкт-Петербург

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

Введение. Открытый живот (Open abdomen, OA) это состояние, характеризующееся нарушением целостности передней брюшной стенки, которое является исходом целого ряда патологических процессов, таких как тотальное нагноение лапаротомной раны, абдоминальный компартмент синдром, некротизирующий фасциит передней брюшной стенки и сопровождается высокой частотой летальных исходов. С другой стороны, открытый живот может быть сформирован искусственно в лечебных целях, тогда корректнее говорить о нем, как о «методике». Материалы и методы. В НИИ СП им. Джанелидзе за период 2020-2022 год было проведено проспективное исследование результатов этапного хирургического лечения 43 пациентов с различными формами открытого живота: 1 типа OA – 14, 2 типа OA - 19, 4 типа - 10. Средний возраст больных составил 53,4+/-12 лет. Среди обследованных преобладали мужчины - 26 (60%). Результаты. Пациентам с 1 и 2А, 2В типами открытого живота выполнялось временное закрытие брюшной полости с использованием методики NPWT у 18, в остальных случаях выполнялось ушивание кожи. Лечение больных с тяжелыми формами открытого живота 2с и 4 типа потребовало этапного хирургического

лечения. На первом - больным с OA-2с и 4 типом после короткой предоперационной подготовки выполнялся контроль источника в виде резекции кишки с выведением проксимальной энтеростомы. При этом лечение лапаростомы производили с применением различных методик местного ведения, а при необходимости после купирования инфекционного процесса выполняли пластическое закрытие передней брюшной стенки. На втором, реконструктивном этапе, после коррекции тяжелого сепсиса осуществляли восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта не ранее чем через 3 месяца от момента последней операции. Первичное фасциальное закрытие оказалось возможным выполнить только у 11(26%) больных, как правило у пациентов с 1 типом OA. Осложнения имели место у 21(48%) и преобладали у больных с тяжелыми формами открытого живота. Летальность составила – 9 (21%). Выводы. Открытый живот является грозным осложнением многих urgentных заболеваний и травм органов брюшной полости. При планировании хирургической тактики необходимо учитывать не только форму OA, но и основную нозологию, которая привела к этому состоянию. Применение методики открытого живота позволяет существенно снизить летальность среди больных с осложненными интраабдоминальными инфекциями с явлениями тяжелого сепсиса и септического шока.

634. Современные возможности противоопухолевой лекарственной терапии гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК)

*Владимирова Л.Ю., Абрамова Н.А., Снежко Т.А.,
Сторожакова А.Э., Льянова А.А.*

Ростов-на-Дону

ФГБУ НМИЦ онкологии МЗ РФ

ГЦК составляет около 90% первичных опухолей печени. Количество эффективных препаратов для лечения ГЦК ограничено. Опухоль малочувствительна к системной химиотерапии. До недавнего времени «золотым стандартом» для лечения ГЦК был ингибитор тирозинкиназ сорафениб (С), который позволил добиться показателя общей выживаемости (ОВ) до 13,4 мес.

Сочетание ингибитора иммунных контрольных точек атезолизумаба (А) и моноклонального антитела – блокатора неоангиогенеза бевацизумаба (Б) – позволил увеличить показатель ОВ до 19.2 мес. в рандомизированном исследовании. Проведена оценка эффективности различных методов противоопухолевой лекарственной терапии распространенной ГЦК в реальной клинической практике. Проанализированы данные 37 пациентов с верифицированной ГЦК, не подлежащих хирургическому лечению и трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ), получавших системную противоопухолевую лекарственную терапию. В анализ включены 21 мужчина, 16 женщин, средний возраст -57,8 лет. Из них 19 (51,4%) пациентов ранее не получали никакого лечения по поводу ГЦК, 5 (13,5%) ранее были оперированы и получали ТАХЭ, 9(24,3%) – только ТАХЭ, 4 (10,8%) – ТАХЭ и системную лекарственную терапию. У 13 (35,1%) пациентов имелся сопутствующий цирроз печени, у 5 (13,5%) – вирусный гепатит В, у 11 (29,7%) – вирусный гепатит С-. Функциональный статус печени по Чайлд-Пью составлял 5-8 баллов, в среднем 6,3 (А-В). Изолированное множественное поражение печени имело место у 18 (48,6%) пациентов, у 19 (51,4%) – внепеченочное распространение. Оценивались объективный ответ опухоли (ОО) согласно критериям mRECIST, время без прогрессирования (ВБП), общая выживаемость (ОВ). 15 (40,5%) больных получали системную химиотерапию по месту жительства препаратами гемцитабин, оксалиплатин, доксорубин в монорежиме и комбинациях. Из них у 8 (53,3%) больных уже после 2 курсов терапии зафиксировано прогрессирование заболевания, ОО не достигнут ни в одном случае. Медиана ВБП составила – 1,6±0.8 мес., медиана ОВ - 4,8±1.2 мес. Таргетная терапия препаратом С проведена 20 (54,1%) больных. Препарат назначался в стандартной дозировке 800 мг/сут. внутрь. Из них у 16 (80,0%) пациентов после 3 мес. приема препарата достигнута стабилизация заболевания (СТ), у 1 5,0(%) – частичный ответ (ЧО). Медиана ВБП составила 5,4±2.0 мес., медиана ОВ - 9,1±1.4 мес, 2 (5,4%) пациентов получали лечение комбинацией БА. А вводился в стандартной дозе 1200 мг, Б – 7.5 мг/кг в/в капельно 1 раз в 3 нед. Контроль опухоли на фоне лечения БА отмечен у обоих пациентов (один из них ранее получал С), у 1 достигнут ЧО, у 1 – СТ. ВБП на момент оценки составило 13.7 и 9.8 мес. соответственно, пациенты продолжают терапию. Полученные данные ВБП и ОВ при применении цитостатиков и С в реальной клинической практике несколько ниже данных клинических исследований вследствие разнородности выборки пациентов. Комбинация БА

зарегистрирована менее 2 лет назад, количество наблюдений не позволяет провести статистическую оценку, но приведенные результаты лечения без прогрессирования уже превосходят результаты ОВ пациентов, получавших С. Применение системной химиотерапии при распространенной ГЦК нецелесообразно. Применение С остается клинически значимой опцией для лечения ГЦК, но более широкое применение комбинации БА, особенно в 1 линии, может существенно улучшить показатели выживаемости при ГЦК.

635.История хирургии околощитовидных желез

Матвеева З.С. (1), Карпатский И.В. (1), Романчишен А.Ф. (2), Вабалайте К.В. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», 2) ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный университет"

Начальным периодом в истории паратиреоидной хирургии можно считать этап анатомических открытий. Впервые паратиреоидная железа обнаружена в ходе вскрытия индийского носорога в зоопарке Лондона в 1850 г куратором музея естественных наук сэром Ричардом Оуэном. Первым упоминанием околощитовидной железы является сообщение шведского студента Ивара Сандстрема в 1880 г, который привел систематическое описание и дал название «glandule parathyroideae». Следующим этапом развития знаний об околощитовидных железах стал период изучения их физиологического значения. Французский патолог Э. Глей в 1891 году в эксперименте на животных установил, что приступы тетании, заканчивающиеся смертью, возникали, если вместе с тиреоидной тканью удалялись околощитовидные железы, и рекомендовал хирургам избегать удаления этих органов при тиреоидэктомии. В том же 1891 году Ф. Реклингхаузен на основании аутопсий описал проявления своеобразной костной патологии у 8 пациентов, названной им «osteitis cystica fibrosa generalista». Патогенез заболевания он связал с воспалением костной ткани. Предположений о роли

патологии околощитовидных желез высказано не было. В 1892 году А. фон Эйзельберг в эксперименте доказал, что трансплантация паратиреоидной ткани предотвращала развитие приступов тетании после тиреоидэктомии, а удаление трансплантата, наоборот, приводило к возобновлению судорог. В 1903 г М. Ашкенази при аутопсии у женщины с множественными переломами обнаружил опухоль околощитовидной железы и подтвердил связь между паратиреоаденомой и проявлениями болезни Реклингаузена. В 1906 году Й. Эрдхайм из Австрии предположил, что увеличение паратиреоидной ткани при болезни Реклингаузена является компенсаторной реакцией организма в ответ на гипокальциемию. Ошибочным выводом его трудов была целесообразность сохранения увеличенных паратиреоидных желез при костной болезни. В 1923 г А. Хансон приготовил активный паратиреоидный экстракт из бычьих эпителиальных телец. Спустя 2 года, в 1925 году, канадский биохимик Дж. Коллип получил очищенный экстракт паратиреоидина и запатентовал его, назвав «parathormon». Он применял его в случаях тетании у животных и у людей, и в эксперименте достиг клинических проявлений гиперпаратиреоидизма путем введения высоких доз паратгормона животным. В России в 1924 г. А.В. Русаков на основе секционных данных доказал, что проявления костной болезни Реклингаузена всегда сочетаются с наличием паратиреоидной аденомы, для лечения заболевания следует удалять опухоль околощитовидной железы. Следующим этапом истории можно считать период первых операций на околощитовидных железах и становления паратиреоидной хирургии. Первая паратиреоидэктомия выполнена в 1924 году К. Ричардсоном, пациентка в послеоперационном периоде скончалась от уремии и гипертонии. Родоначалником паратиреоидной хирургии считается Ю. фон Хоченег Феликс Мандл. Произведенное им в Вене 30 июля 1925 года под местной анестезией удаление паратиреоаденомы принесло выздоровление 38-летнему вагеноводителю. В России первую операцию на околощитовидных железах выполнил в 1926 году В.А. Оппель, предложив ее как способ лечения ревматизма и анкилозирующего полиартрита. Современный этап развития хирургии околощитовидных желез связан с применением эндовидеохирургических, малоинвазивных и роботизированных методик. Первую эндовидеохирургическую операцию выполнил в 1996 г М. Gagner, а видеоассистированную – П. Микколи в 1999 г. Появление таких методов дооперационной топической диагностики как

сцинтиграфия, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, позволило снизить количество рецидивов и персистенции гиперпаратиреоза. Заключение. Таким образом, за менее чем вековой период, хирургия околощитовидных желез шагнула от первых, не всегда удачных, попыток и экспериментов до высокотехнологичных методик операций.

636. Актуальные вопросы хирургического лечения внутрипеченочного холангиоцеллюлярного рака

Гурмиков Б.Н., Вишневский В.А., Коваленко Ю.А., Маринова Л.А., Трифонов С.А., Чжао А.В.

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России

Введение. Внутрипеченочный холангиоцеллюлярный рак (ВПХЦР) - вторая по частоте распространенности первичная злокачественная опухоль печени, исходящая из внутрипеченочных желчных протоков с плохим прогнозом лечения. Особая актуальность этой проблемы связана с бессимптомным течением, что обуславливает позднее обращение пациентов, когда опухоль уже нерезектабельна, а также трудностями дифференциальной диагностики с другими очаговыми поражениями печени. Кроме того, результаты хирургического лечения остаются неудовлетворительными. Целью исследования является анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения внутрипеченочного холангиоцеллюлярного рака. Материалы и методы. В НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с 2011 по 2020 гг. пролечено 79 пациентов с ВПХЦР. Из них 67 (84,8%) пациентов подверглись хирургическому лечению - резекции печени различного объема. В 34,3% (23 пациента) случаев выполнена расширенная гемигепатэктомия, в 23 случаях (34,3%) - резекция двух и трех сегментов печени. У 21 пациента (31,3%) была произведена стандартная гемигепатэктомия. В 10 случаях (15%) резекцию печени сочетали с резекцией внепеченочных желчных протоков. Анализировались непосредственные и отдаленные

(общая 1,3 и 5-летняя выживаемость) результаты хирургического лечения. Кроме того, оценивалось влияние размера опухоли, степени дифференцировки, состояния края резекции, объема удаляемой паренхимы печени, наличия инвазии капсулы, сосудистой и периневральной инвазии, а также метастазов в регионарных лимфатических узлах на отдаленные результаты хирургического лечения. В отдаленные сроки наблюдали 94% оперированных больных, оценивали кумулятивную общую 1, 3 и 5-летнюю выживаемость пациентов. Оставшимся 12 пациентам радикальное хирургическое вмешательство не удалось выполнить по разным причинам, и в отношении них, были применены различные (локальные) опции лечения. Из них 2 пациентам (16,6%) выполнена трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ), 2-м (16,6%) – радиочастотная абляция (РЧА), 1 пациенту (8,3%) – ТАХЭ в сочетании с криодеструкцией опухоли, 1 пациенту (8,3%) РЧА в сочетании с криоабляцией, у 6 пациентов (50%) выполнена биопсия опухоли для верификации диагноза и последующей химиотерапии. Результаты. Медиана общей выживаемости составила 38 месяцев. 1-летняя кумулятивная выживаемость составила 70,8%, 3-летняя – 49,5%, 5-летняя – 26,4%. При анализе влияния радикальности операции на отдаленные исходы средняя общая выживаемость пациентов из группы R1 составила 39 месяцев, из группы R2 – 15 месяцев, в группе R0 – 48. При этом различия в выживаемости в группах пациентов с R0, R1 и R2 были статистически достоверными (log-rank, $p < 0,05$). С другой стороны, при сравнении двух групп пациентов с R0 и R1 (без учета R2) достоверной разницы в выживаемости выявлено не было. Также статистически значимые различия в отношении общей выживаемости были получены у пациентов с наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах и периневральной инвазии. При оценке непосредственных результатов, наибольшее количество осложнений наблюдалось при резекции трех и более сегментов печени ($p < 0,05$), в то же время, на отдаленные результаты хирургического лечения объем удаляемой паренхимы печени влияния не оказывал. У всех пациентов, в отношении которых были применены локальные методы воздействия в изолированном варианте через 3-6 месяцев были признаки прогрессирования опухоли, в связи с чем, они были переведены на системную химиотерапию, за исключением одного больного, которому выполнена РЧА. Выживаемость данного пациента составила 36 месяцев. Выводы. Наличие

резектабельного ВПХЦР не требует морфологической верификации в предоперационном периоде. Основной стратегией лечения должна быть агрессивная хирургическая тактика, направленная на достижение R0-резекции. С другой стороны, выполнение резекции печени R1 также достоверно увеличивает общую выживаемость. При этом, обязательным условием является выполнение лимфаденэктомии в объеме D2. Для таких факторов, как размер опухоли, наличие микрососудистой инвазии, степень дифференцировки опухоли, объем удаляемой паренхимы печени достоверных различий между группами в выживаемости выявлено не было. Объем удаляемой паренхимы печени определяется не размером опухоли, а ее локализацией. Выполнение адьювантной химиотерапии является обязательным условием независимо от степени радикальности операции. У соматически отягощенных пациентов при размере опухоли до 3 см в качестве альтернативной опции можно рассматривать РЧА.

637. Особенности лечения тяжелой гиперкальциемии у больных новообразованиями околощитовидных желез

Матвеева З.С. (1), Карпатский И.В. (1), Гостимский А.В. (2), Акинчев А.Л. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», кафедра госпитальной хирургии,
- 2) СПб ГБУЗ "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий"

Актуальность. Гиперкальциемический криз – тяжелое осложнение первичного гиперпаратиреоза, характеризующееся развитием выраженных нарушений водно-электролитного баланса вследствие быстрого увеличения уровня кальция крови до 3,5 ммоль/л и выше. Частота развития гиперкальциемического криза, составляет 5% от числа больных гиперпаратиреозом. Высокая гиперкальциемия приводит к уменьшению объема циркулирующей крови вследствие угнетения

реабсорбции воды в почечных канальцах. Гиповолемию и потерю электролитов усугубляет многократная рвота. Гиперкальциемия, гипокалиемия, метаболический ацидоз нарушают сократительную способность миокарда, проведение нервного импульса, изменяют тонус симпатической и парасимпатической нервной системы. У больных нарастают острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточность. Материал и методы. Коллектив кафедры госпитальной хирургии СПбГПМУ обладает опытом лечения 528 пациентов новообразованиями околощитовидных желез, оперированных в период с 1973 по 2021 г. У 14 (2,6%) больных первичным гиперпаратиреозом течение заболевания осложнилось гиперкальциемическим кризом. Возраст пациентов варьировал от 14 до 72 лет. Результаты. Клиническая картина гиперкальциемического криза у 12 больных напоминала экстренную хирургическую патологию: интенсивные спастические боли в животе без четкой локализации, тошноту, неукротимая многократная рвота, сильная жажда. Полиурия по мере ухудшения состояния сменялась олиго-анурией. Нарастали вялость, адинамия, мышечная слабость (невозможность встать с постели), сонливость. По мере прогрессирования водно-электролитных расстройств развивалась гипотония, нарушения сознания вплоть до глубокой комы, острая сердечно-сосудистая недостаточность, интерстициальных отек легких, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Обсуждение. По данным литературы, при неоказании экстренной квалифицированной помощи прогноз неблагоприятный, а летальность при гиперкальциемическом кризе достигает 60%. Лечение тяжелой гиперкальциемии проводилось в условиях реанимационного отделения и начиналось с инфузионной терапии в объеме 3-4 л. Для регидратации использовались растворы электролитов калия, магния. Одновременно назначались петлевые диуретики с целью форсированного диуреза и ускорения выведения кальция с мочой. Ввиду наличия у этих больных почечной недостаточности, необходим контроль соответствия диуреза объему инфузионной терапии. Блокаторы костной резорбции (бисфосфонаты), подавляющих активность остеокластов, у в большинстве случаев не применялись из-за сопутствующего снижения скорости клубочковой фильтрации. У 6 больных в период предоперационной подготовки с положительным эффектом применялись препараты кальцитонина, которые, к сожалению, в настоящее

время недоступны. Сроки предоперационной подготовки составляли 24-48 ч и позволили добиться снижения уровня общего кальция в среднем, на $0,5 \pm 0,15$ ммоль/л, нормализации уровня калия, нормализации артериального давления. В одном наблюдении пациентке проводилось переливание эритроцитарной массы по причине снижения гемоглобина до 91 г/л. Смерть от гиперкальциемии наступила у 1 больной, находившейся в неврологическом отделении и не получавшей адекватной терапии, так как диагноз паратиреоаденомы был установлен лишь при аутопсии (наблюдение 1985г). В остальных 11 наблюдениях первичного гиперпаратиреоза, осложнившегося гиперкальциемическим кризом, своевременно начатое лечение и выполненное хирургическое вмешательство в объеме ревизии шеи и удаления паратиреоидной опухоли позволили добиться выздоровления пациентов. В 4 наблюдениях причиной гиперпаратиреоза был рак околощитовидных желез, у 8 пациентов удалены доброкачественные опухоли. Заключение. Таким образом, тяжелая гиперкальциемия у больных паратиреоидными опухолями в предоперационном периоде требует интенсивной предоперационной подготовки и коррекции электролитных расстройств с последующим удалением новообразований околощитовидных желез в срочном порядке.

638. Лечение пациентов с наружными панкреатическими свищами.

Ковалевский А.Д.

Екатеринбург

ГБОУ ВО «УГМУ»

Лечение пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным наличием наружного панкреатического свища, является одной из серьезных проблем хирургии. Консервативная терапия эффективна у 74,2% больных, но только при сохраненной проходимости главного панкреатического протока. При наличии стриктур или конкрементов эффективность неоперативного лечения снижается до 40%. Операциями выбора являются ретроградные эндоскопические технологии: литоэкстракция из главного

панкреатического протока и его стентирование. Но применение этих методик ограничено количеством и размерами камней, а также уровнем и протяженностью стриктуры. При реализации всего объема эндоскопической коррекции патологии главного панкреатического протока успех в заживлении свища достигает 66,7%. Традиционные хирургические вмешательства достаточно травматичны и сопровождаются осложнениями в 20-65% случаев при летальности в 2-3,5%. Мы хотим представить наш небольшой опыт лечения пациентов с наружными панкреатическими свищами с использованием антеградных эндоскопических методик. За период 2014–2020 г.г. в отделении плановой хирургии ГКБ №14 города Екатеринбурга находились на лечении 8 больных с наружным панкреатическим свищем на фоне хронического панкреатита. Средний возраст пациентов составил 45,6±2,1 лет. Мужчин было 7, женщин – 1. Сроки безуспешного лечения от первичной госпитализации до настоящего этапа лечения находились в интервале от 3 до 18 месяцев, в среднем 9,4±5,3 месяца. У 5 больных свищ был сформирован на Т-образном дренаже главного панкреатического протока, установленном при первичной операции. Еще у 3 пациентов имел место несформированный свищ после дренирования сальниковой сумки (2) или панкреатической кисты (1). Всем больным были проведены подготовительные манипуляции, направленные на выпрямление свища и его дилатацию до 16СН. При первичной фистулографии у 5 пациентов было выявлено сочетание вирсунголитиаза со стриктурой главного панкреатического протока. Еще у 2 больных мы диагностировали стриктуру на уровне головки поджелудочной железы, причем в 1 случае – многоуровневую. В 1 наблюдении имел место изолированный вирсунголитиаз. У 5 пациентов из 8 камни были более 5 мм или множественными. Первым этапом выполняли санацию вирсунголитиаза. Камни убирали под визуальным контролем через заведенный в просвет протока холедохоскоп с помощью корзинки Дормиа. В 3 случаях при наличии крупных конкрементов потребовалось выполнение литотрипсии. После санации просвета выполняли реканализацию стриктуры проводником в просвет ДПК через большой дуоденальный сосочек. По проводнику устанавливали реканализирующий дренаж диаметром 10-12СН. В последующем стриктуру бужировали до 16СН. Лечение заканчивали установкой наружно-внутреннего дренажа диаметром 16СН, а в 2 наблюдениях – стентированием вирсунгова протока нитиноловым полностью покрытым стентом 8*80мм. Дренаж

держали в течение 1 года с заменами в случае его обтурации в амбулаторном порядке. Перед удалением дренажа или стента делали контрольное КТ с оценкой динамики состояния поджелудочной железы и фистулографии с оценкой проходимости стриктуры. Полностью реализовать всю программу лечения удалось у 6 пациентов. После удаления дренажа панкреатический свищ закрылся. В одном случае, при попытке реканализации стриктуры, проводник провалился в воротную вену. На повторное вмешательство больной не поступил из-за начавшейся пандемии COVID-19. Еще в одном наблюдении реканализовать стриктуру удалось только через малый дуоденальный сосочек. Больному было рекомендовано хирургическое лечение. Осложнения наблюдали у 4 больных (44,4%), но только у 1 (11,1%) – тяжелой степени по Clavien-Dindo. Летальных исходов не было. Антеградные эндоскопические чресфистульные вмешательства позволяют малоинвазивно и с хорошими результатами провести лечение наружного панкреатического свища на фоне патологии главного панкреатического протока при хроническом панкреатите.

639. Применение нитиноловых стентов в лечении опухолевых обструкций пищевода в сочетании с трахео-пищеводным свищем

*Мизиев И.А. (1), Базиев З.М. (1), Созаева С.Р. (2),
Ахкубеков Р.А. (1), Хульчаев М.Х. (2),
Каскулова Ж.А. (1)*

Нальчик

1) Кабардино-Балкарский Государственный Университет имени Х. М. Бербекова, 2) ГБУЗ «Межрайонная многопрофильная больница» МЗ КБР

Актуальность. Частота рака пищевода в России составляет 7,6 на 100 тыс. населения. 60-70% больных раком пищевода и желудка на момент выявления являются инкурабельными из-за распространенности процесса или тяжелой сопутствующей патологии, в том числе с распадом опухоли, и формированием трахеопищеводных свищей. Основным клиническим симптомом является дисфагия и клинические проявления

пневмонии, практически не поддающейся медикаментозному лечению. Одним из перспективных методов решения проблем дисфагии и трахеопищеводных свищей у инкурабельных больных является восстановление просвета с использованием полностью покрытых стентов. Цель исследования. Определить место стентирования в лечении пациентов с запущенными формами опухолей пищевода, в том числе с наличием трахео-пищеводных свищей. Материал и методы. В основе работы представлены результаты лечения 36 пациентов с раком пищевода, у 5 из них диагностировано наличие трахеопищеводных свищей со стойкими клиническими признаками пневмонии, находившихся на лечении с 2014 по декабрь 2021г. А также контрольная группа 14 пациентов с 2004 по 2014г., которым установлена гастростома, из них 2 пациента с наличием трахеопищеводного свища. Средний возраст составил в каждой группе 75 и 73 лет соответственно. Все пациенты обеих групп при поступлении имели 3 степень дисфагии. У основной группы пациентов использовалась методика стентирования пищевода покрытыми нитиноловыми стентами под комбинированным рентгенэндоскопическим контролем. Применяемая анестезия - местная, при необходимости умеренная внутривенная седация. В контрольной группе использовалась классическая методика гастростомии по Кадеру под общим обезболиванием. Оценка общего состояния пациентов, проводилась по Шкале Карновского до и после применения стентирования или гастростомии. Результаты и обсуждение. В 80% случаев пациенты с гастростомой не переживают 6 месячный рубеж, несмотря на более благоприятные предоперационные показатели в сравнении с основной группой. У пациентов с трахеопищеводными свищами после установки гастростомы не отмечалось значительного улучшения динамики пневмонии, медиана выживаемости этих пациентов до 1,5 месяцев. У 100% пациентов, подвергшихся стентированию, наблюдалось улучшение проходимости в области сужения. В ближайшем периоде после стентирования пищевода, боли в грудной клетке в течений 2-3 дней сохраняются менее чем у 3% пациентов. Через 2 часа разрешалось пить, через 24 часа есть жидкую пищу. Средняя медиана выживаемости у пациентов после стентирования пищевода 9 месяцев. 3 пациента пережили 12-тимесячный рубеж. Большинство пациентов отмечают прибавку массы тела на 1,5-2кг за 1 месяц. У пациентов с трахеопищеводными свищами уже на 3 сутки значительная положительная динамика

течения пневмонии. 50% этих пациентов возобновили курс специализированного лечения, химиотерапии, т.е. вышли из группы инкурабельных пациентов. Выводы и рекомендации: 1. Средняя продолжительность жизни в контрольной группе не превышает 4-6 месяцев. В основной группе наблюдение за пациентами позволяет уже говорить о продолжительности жизни не менее 8-9 месяцев. 2. Оценка качества жизни пациентов (шкала Карновского) показала, что уже на 2 день состояние пациентов в основной группе лучше чем в контрольной (?=+30%). Через 3-4 месяца сравнение практически не возможно, по причине высокой летальности в контрольной группе. 3. Стентирование пищевода значительно улучшает течение заболевания у пациентов с трахеопищеводными свищами опухолевой этиологии. В некоторых случаях позволяя выводить из группы инкурабельных больных – 4 клиническая группа, во 2 клиническую группу и продолжить специализированное лечение. Стентирование пищевода - метод выбора у пациентов с высоким операционным риском и выраженной дисфагией опухолевой этиологии в сочетании с трахеопищеводными свищами, значительно улучшающее качество жизни, выживаемость и социальную адаптацию.

640. Особенности предоперационной подготовки больных зобом, осложненным компрессионным синдромом

*Карпатский И.В. (1), Гостимский А.В. (2),
Матвеева З.С. (1), Акинчев А.Л. (1),
Махароблишвили Д.В. (1)*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», 2) СПб ГБУЗ "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий"

Актуальность – наличие компрессионного синдрома у пациентов с заболеваниями щитовидной железы требует пристального внимания в дооперационном периоде. Алгоритм обследования данных больных

должен учитывать потребность в определении неотложности вмешательства, планировании его этапов и необходимой предоперационной подготовки. Методы и материал. Исследование выполнено на базе СПб ГБУЗ "Городская больница №26", где в 2011-2020 гг выполнено 1262 операции по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Зоб шейно-загрудинной локализации выявлен у 246 (19,5%) пациентов. Мужчин было 37 (15,0%), женщин – 209 (85,0%). Возраст больных в исследуемой группе варьировал от 18 до 86 лет и составил в среднем, $61,0 \pm 12,8$ лет, что примерно на 6 лет больше, чем для общей группы пациентов с заболеваниями ЩЖ. Результаты. Признаки компрессионного синдрома выявлены у 164 больных, что составило 13,0% от всех оперированных или 66,7% от пациентов с загрудинным зобом. Все пациенты данной группы имели частичное или полное загрудинное распространение тиреоидной ткани (II-V степени в соответствии с классификацией А.Ф. Романчишена, 1992). В большинстве случаев (143 наблюдения) операции выполнялись в плановом порядке. По неотложным показаниям госпитализирован 21 (12,8%) больной. Абсолютное большинство пациентов приходило на первичный прием с минимально необходимыми результатами амбулаторного обследования. Визуально заметная деформация шеи зобом выявлена у 50 (22,0%) больных. Обсуждение. В ходе первичного осмотра признаки компрессионного синдрома требовали решения нескольких клинических задач: срочности вмешательства, необходимости дополнительных методов обследования, коррекции тиреоидной функции. Наибольшего внимания заслуживали пациенты с признаками дыхательной недостаточности. Наиболее значимой симптоматикой была одышка физической нагрузке или покое, стридор - 46 (28,0%) наблюдений. Наличие одышки в большинстве случаев (87,5%) сочеталось с III-V степенью загрудинного распространения. Экстренной госпитализации потребовали 15 больных, еще 5 были доставлены в стационар скорой помощью. Объективными данными для принятия решения о срочности операции являлись показатели сатурации крови, результаты спирографии и степень сужения трахеи на МСКТ. Показанием к срочному вмешательству считалось снижение объема форсированного выдоха за 1 минуту ниже 54%. Подготовка больных, поступивших по экстренной помощи включала купирование дыхательной недостаточности ингаляцией кислорода, применением бронхолитиков, компенсацию водно-электролитных расстройств. Интубация больных в

приемном покое потребовалась в 2 случаях. В 1 наблюдении из них дополнительно применялся плазмаферез для купирования явлений тиреотоксикоза, предоперационная эмболизация верхних и нижних щитовидных артерий. Вмешательство на железе выполнялось с применением реинфузии крови (cell-saver). Эзофагоскопия и фибробронхоскопия больным с дыхательной недостаточностью выполнялись на операционном столе. Пациенты, направленные в плановом порядке, проходили комплексное обследование, которое в обязательном порядке включало УЗИ, спиральную компьютерную томографию с контрастированием, осмотр ЛОР-врача, исследование функции внешнего дыхания. Срок с момента первичного приема до момента госпитализации при отсутствии неотложных показаний составил менее 14 дней. Полнота обследования помогла принять решение о симультанных операциях – в 1 случае тиреоидэктомия была дополнена каротидной эндартерэктомией. Заключение. Наиболее информативным методом диагностики, определяющим объем и тактику хирургического лечения у больных загрудинным зобом, является компьютерная томография с трехмерной реконструкцией. Для определения срочности вмешательства можно использовать количественную оценку функции внешнего дыхания. При снижении объема форсированного выдоха менее 54% от нормы показано срочное вмешательство. Подготовка больных включает купирование дыхательной недостаточности, коррекцию водно-электролитных расстройств и гормонального статуса.

641. Возможности дифференцированной тактики хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью, осложненной острым холециститом, холангиолитиазом и механической желтухой

Винник Ю.С., Теплякова О.В., Миллер С.В.

Красноярск

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Актуальность. Несмотря на распространенность патологии, тактика лечения острого холецистита и его осложнений у пациентов старших возрастных групп до настоящего времени остается дискуссионной. Материалы и методы. Под наблюдением находились 134 пациента 60 лет и старше с желчнокаменной болезнью, осложненной острым холециститом, холангиолитиазом и механической желтухой. В первой группе (48 пациентов) оценивали эффективность двухэтапной тактики лечения (ЭПСТ с литоэкстракцией с последующей холецистэктомией из мини-доступа с применением инструментов оригинальной конструкции). Во второй группе (46 пациентов) реализована дифференцированная тактика лечения: двухэтапная у 14 пациентов, одноэтапная (минилапаротомия с применением оригинальных инструментов, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха) у 32 пациентов. В третьей группе (40 больных) дифференцированная тактика лечения предусматривала периоперационное парентеральное введение гепатопротектора L-орнитина L-аспартата. Результаты и обсуждение. Экстренная эндоскопическая декомпрессия внепеченочных желчных протоков в первые сутки стационарного лечения предпринята у 11 пациентов первой группы (22,9%) при наличии некупируемого интенсивного болевого синдрома, холангита, прогрессирующей желтухи и инструментальной картины вклиненного в БДС конкремента. Почти у половины пациентов (23–47,9%) ЭПСТ выполнена на вторые сутки с момента госпитализации. У 14 пациентов (29,2%) эндоскопический этап лечения осуществлен в более поздние сроки по причинам мало корригируемого высокого операционно-анестезиологического риска и/или клинической картины «вентильного» холедохолитиаза. Средний срок выполнения ЭПСТ в группе составил 43 (35; 52) часа с момента госпитализации. Послеоперационные осложнения в виде транзиторной гиперамилаземии, острого

панкреатита, кровотечения из области папиллотомного разреза, перфорации ДПК развились у 16 пациентов первой группы (33,3%). Еще у двух больных в последующем, при выполнении абдоминального этапа лечения диагностирован резидуальный холедохолитиаз. Во второй группе дифференцированно применялась двухэтапная и одноэтапная тактика лечения. Эндоскопическую декомпрессию внепеченочных желчных протоков как первый этап лечения осуществляли только при наличии абсолютных показаний. Средний срок выполнения ЭПСТ в группе составил 33 (27;41) часа, что значимо не отличалось от показателя первой группы ($p=0,145$). Наиболее тяжелым осложнением ЭПСТ во второй группе явилось кровотечение из области папиллотомного разреза у одного больного (7,1%), остановленное эндоскопически. У 32 пациентов второй группы (69,6%) и 29 – третьей (72,5%) при отсутствии симптомов острой окклюзии БДС после предоперационной подготовки использовали одноэтапную тактику лечения: минилапаротомию, холецистэктомия, интраоперационную холангиографию, холедохолитотомия с дренированием холедоха. Средняя суммарная дозировка введенного в предоперационном периоде L-орнитина-L-аспартата в третьей группе составила $35,2 \pm 14,6$ г. Общее количество послеоперационных осложнений составило 85,7% в первой группе; 64,4% во второй ($p=0,042$) и 37,5% - в третьей ($p<0,001$ по сравнению с показателем первой группы, $p=0,024$ по сравнению с показателем второй группы). Послеоперационная летальность в первой группе составила 10,4%, во второй группе – 6,7 %, в третьей – 2,5 % ($p>0,05$). Выводы. Учет абсолютных показаний к эндоскопической билиарной декомпрессии у больных пожилого и старческого возраста способствовал снижению частоты тяжелых осложнений ЭПСТ (перфораций ДПК, тяжелого острого панкреатита). Дополнительное периоперационное назначение гепатопротектора с дезинтоксикационным и антиоксидантным действием позволило исключить развитие среднетяжелых осложнений (легкого и среднетяжелого острого панкреатита), значимо уменьшить продолжительность межоперационного интервала за счет достижения более раннего регресса проявлений холестатического и цитолитического синдромов.

642. Определение тактики комплексного оперативного лечения и послеоперационной реабилитации с использованием «Системы Помощи Принятия Решений» в амбулаторной проктологии

*Ковалёв С.А. (1,2), Котенко К.В. (1),
Корчажкина Н.Б. (1), Орехов А.А. (2),
Алибеков А.З. (2), Шимченко Д. (2)*

1) Москва, 2) Ростов-на-Дону

1) ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, 2) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону».

Актуальность. В настоящее время «медицинский прогноз» трактуется как предвидение возникновения, характера развития и исхода заболевания, основанное на знании закономерностей патологических процессов, диагностики больного и возможностей лечебного воздействия, а иными словами прогноз - это опережающее отображение действительности в сознании человека. Бурное развитие новых медицинских знаний и технологий в колопроктологии, расширение арсенала малоинвазивных технологий хирургического лечения проктологических заболеваний, а также используемых программ до и послеоперационной реабилитации требует от врача их постоянного изучения и применения в ежедневной клинической практике. С учётом больших массивов поступающей информации о состоянии здоровья пациента, имеющихся методов консервативного или оперативного лечения, комплексных программ до – и послеоперационной реабилитации, а также необходимости их оперативного анализа возникает всё более усиливающаяся потребность в программе по поддержке принятия решений при выборе оптимальной тактики хирургического лечения, предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации у больных колопроктологического профиля. Поиск имеющегося решения в доступной отечественной и зарубежной литературе не привёл к положительным результатам. Цель. Создание, апробация и внедрение в клиническую практику системы помощи принятия решений (СППР), направленной на поддержку принятия решения врачом хирургом (колопроктологом) при определении тактики хирургического лечения и применения комплексных программ предоперационной и послеоперационной

реабилитации у больных. Материалы и методы. В среднем за год в «Центр амбулаторной проктологии» ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» обращается за специализированной проктологической помощью 3500 – 4000 пациентов, из них около 1000 – оказывается оперативное лечение. За период с 2014 по 2028 годы в «Центре амбулаторной проктологии» ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону был накоплен опыт выполнения более 5 тысяч малоинвазивных оперативных вмешательств. Полученные в результате проведённых исследований результаты, были положены в основу разработанной нами программы для ЭВМ «СППР «Сова» – свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ РФ №2021665750 от 01 октября 2021 г. Программа представляет из себя экспертную систему, выдающую пользователю рекомендации в выборе альтернативных вариантов действий на основе анализа предыдущего опыта. Основная область применения - использование программы для помощи в принятии решения врачом при диагностике, предоперационной подготовке, выборе метода хирургического лечения и постоперационной реабилитации у больных проктологического профиля. Особенности программы являются: • Изменяемое пользователем число гипотез (диагнозов, методов лечения и т.д.) и число свидетельств (данные пациентов - опросы, лабораторные анализы, данные инструментальных исследований и т.д.). • Возможность самообучения на основе данных о предыдущих действиях врача в похожих ситуациях. • Использование двух методов распознавания для выдачи рекомендаций пользователю. • Возможность применения программы в различных медицинских применениях, так же как и возможность ее использования для принятия решений на основе предыдущего опыта в не медицинских приложениях. Результаты и выводы. Разработанная программа является консультационной экспертной системой, обеспечивающей два режима работы: режим приобретения знаний и режим консультации. В режиме приобретения знаний эксперт обучает ЭС при посредничестве инженера знаний. В режиме консультации ЭС для пользователя позволяет получать результат на основе введенных исходных данных. Программа может применяться как для помощи в принятии решений о необходимых медицинских действиях для конкретного пациента, так и в исследовательских целях для выявления данных о состоянии пациента, наиболее сильно влияющих на

выбор того или иного метода лечения и отсева данных не влияющих или влияющих мало.

643.Современные тенденции в лечении пациентов со срединными грыжами живота

Казакова В.В. (1,3), Благовестнов Д.А. (1,3),
Ярцев П.А. (1,2,3), Кирсанов И.И. (1,2)

1,3) Москва, 2) Пенза

- 1) ГБУЗ "НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ", 2) Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России,
- 3) ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Актуальность. В настоящее время в лечении пациентов с грыжами живота не существует единого мнения в выборе наиболее эффективного доступа и способа пластики передней брюшной стенки. До 20-27% оперативных вмешательств по поводу грыж выполняется с использованием лапароэндоскопических технологий. «Золотым стандартом» в герниопластике является использование сетчатых эндопротезов, что позволяет снизить частоту рецидивов до 15%, заметно улучшая качество жизни больных. Цель. Оценка результатов лечения пациентов со срединными грыжами живота, оперированных различными доступами с использованием современных методов протезирующей герниопластики. Материалы и методы. Выполнен анализ результатов лечения 104 пациентов со срединными грыжами живота с размером грыжевых ворот до 10 см, первичными или послеоперационными с малым количеством рецидивов (до 2), оперированных на базе НИИ СП имени Н.В. Склифосовского в период с 2016 по 2022 год. Средний возраст больных составил 50,4±14,6 лет (22–79 лет), мужчин было 48 (46,2%), женщин – 56 (53,8%). Все пациенты были оперированы в плановом порядке и разделены на 4 группы. В 1-ую группу вошли 24 пациента, оперированных лапароскопическим доступом с интраабдоминальным размещением сетчатого эндопротеза (IPOM), во 2-ую группу - 9 больных, оперированных методом эндоскопической тотально-экстраперитонеальной пластики (e-TEP), в 3-ей группе 25 пациентам была выполнена

гибридная герниопластика, в 4-ой – 46 пациентам «открытым» доступом. По локализации и размерам грыжевого дефекта, возрастному составу, индексу массы тела группы пациентов статистически существенно не отличались. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника Carolinas Comfort Scale до/ после операции и спустя год после нее. Результаты. Пациенты, которым была выполнена эндоскопическая экстраперитонеальная пластика, нуждались в наркотической анальгезии меньшее количество дней, либо не нуждались вовсе (1 сут/ 0,65±0,77 сут/ 1,2±1,0 сут/ 1,83±0,93сут). Быстрее к физической активности (подъем к кровати, передвижение по палате) возвращались пациенты, оперированные лапароскопическим и эндоскопическим доступом (1,1±0,2 сут / 1 сут/ 1,1±0,48 сут/ 2±1,41 сут) . Интраоперационных осложнений не было ни в одной группе пациентов. При оценке ближайшего послеоперационного периода (согласно классификации Clavien-Dindo, 2004г.) в 4-ой группе в были отмечены 4 наблюдения местных раневых осложнений (3,8%) (3 случая образование сером, при УЗ-контроле каждое из которых имело тенденцию к регрессу, 1 - нагноения послеоперационной раны) (I класс осложнений), по 1 наблюдению послеоперационного пареза кишечника (0,01%), аллергического дерматита (0,01%), неокклюзионного тромбоза вен нижних конечностей (0,01%) (II класс). Средняя продолжительность стационарного лечения оказалась меньшей группам пациентов, оперированных лапароскопическим и эндоскопическим доступом (4,6 к/дней/ 5,22±1,88 к/дней/ 6,36±2,12 к/дней/ 8,36±3,21 к/дней). Срок наблюдения за пациентами составил до 5 лет. Рецидив (0,01%) имел место у пациента, оперированного «открытым» доступом с ретромультикулярным размещением сетчатого эндопротеза, с развившимся в послеоперационном периоде нагноением лапаротомной раны. Качество жизни пациентов согласно опроснику CCS после эндо- и лапароскопических пластик существенно выше гибридной пластики и пластики «открытым» доступом с ретромультикулярным размещением сетчатого эндопротеза. Вывод. В лечении пациентов со срединными грыжами живота, с размерами грыжевых ворот до 10 см, первичными или послеоперационными с малым количеством рецидивов (до 2), наиболее эффективными являются эндоскопический (e-TEP) и лапароскопический доступы (IPOM) с размещением сетчатого эндопротеза в ретромультикулярном пространстве и интраабдоминально.

644. Использование препарата "Гемоблок" у пациентов хирургическим сепсисом*Лесовик В.С. (1), Плоткин А.В. (2), Зайцев О.В. (3)*

1,2) Москва, 3) Рязань

1) ФГБУЗ КБ№85 ФМБА России, 2) Институт прикладных медицинских исследований, 3) РязГМУ

Введение. Кровотечения и сепсис неизменные спутники хирургии, которые могут усугублять друг друга и приводить к неблагоприятным последствиям. Как известно, тяжелая, особенно рецидивирующая кровопотеря, ведет к коагулопатии, нарастанию ацидоза, а в сочетании с сепсисом к летальному исходу. Кроме того, данные изменения часто приводят к рецидивным кровотечениям в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые успехи в этом направлении, смертность в этой группе пациентов остается высокой. Кроме того, имеется необходимость разработки четких критериев оценки степени риска кровотечения у пациентов с сепсисом. Цель исследования. Оценить эффективность использования местного гемостатического препарата «Гемоблок» у пациентов с хирургическим сепсисом. Материал и методы. Для оценки эффективности применения местного гемостатического препарата «Гемоблок» были созданы 2 группы пациентов хирургических отделений на базе ФГБУЗ КБ № ФМБА РФ и клиники хирургии ФДПО БСМП г.Рязань. В первую группу вошли 50 больных с хирургическим сепсисом у которых не применялся препарат «Гемоблок», истории болезни были проанализированы ретроспективно. Во вторую группу вошли 50 больных у которых применялся препарат «Гемоблок». Все пациенты были оперированы в срочном порядке в связи с острыми заболеваниями брюшной полости. Возраст пациентов составил от 18 до 85 лет. Результаты: в процессе исследования у пациентов обеих групп больных с сепсисом выявлены нарушения системы крови: снижение уровня общего белка, в частности альбумина, повышение МНО примерно в 2 раза, удлинение АЧТВ в 2 раза. Уровень гемоглобина в среднем составил 90 г/л, у 43% больных отмечена лейкопения и лимфопения. Около 22% пациентов в обеих группах принимали антикоагулянты. В ретроспективной группе пациентов операция стандартно завершалась (в зависимости от заболевания) формированием лапаростомы или тампонированием салфетками с перекисью водорода. У 8 больных отмечены рецидивы

кровотечения из раны, что составило 16%. У 4 пациентов был деструктивный панкреонекроз, у 2 абсцессы печени, 1 случай спаечная тонкокишечная непроходимость, 1 – тупая травма живота. Все пациенты были оперированы повторно. В группе с применением «Гемоблока» у 50 пациентов препарат использовался как простым вливанием в брюшную полость, так и путем тампонирования рана салфетками смоченными раствором препарата. Рецидив кровотечения возник у 3 пациентов: 2 – деструктивный панкреонекроз, 1 – абсцесс малого таза, на фоне перфорации дивертикула. Таким образом количество рецидивов составило 6%. Время гемостаза составило 1,5-2 минуты. 1 больной с панкреонекрозом был оперирован, у второго пациента выполнена тампонада сальниковой сумки салфеткой с «Гемоблоком». У пациента с абсцессом малого таза раствор был введен через дренажную трубку, которая была пережата на 10 минут, после чего кровь по дренажу больше не поступала. Таким образом, местный гемостатик «Гемоблок» показал высокую эффективность у хирургических пациентов с сепсисом.

645. Результаты комплексного этапного лечения больных с рубцовыми постожоговыми стриктурами пищевода*Пушкин С.Ю. (1,2), Белоконев В.И. (1,2), Пиковский О.И. (1), Айрапетова М.П. (2)*

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Рубцовые постожоговые изменения в пищеводе возникают в 3-74% случаев и занимают второе место среди заболеваний этого органа у взрослых. В последние годы достигнуты значительные успехи в интенсивной терапии и хирургическом лечении, однако проблемы при лечении стриктур пищевода требуют дальнейшей проработки. Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с рубцовыми послеожоговыми стриктурами пищевода путем применения комплексного этапного лечения. Материалы и

методы. Проведен анализ лечения 503 пациентов с химическими ожогами пищевода за период с 2002 по 2021 гг., проходившими лечение в торакальном отделении СОКБ им. В.Д. Середавина. Из них только 36 (7,1%) пациентов проходили курс противоязвенной комплексной терапии в условиях токсикологического отделения СОКБ, остальные больные лечились в терапевтических и хирургических стационарах по месту жительства или не обращались за медицинской помощью до появления дисфагии. Женщин было 184 (36,6%), мужчин – 319 (63,4%), средний возраст составил 53 года (от 24 до 80 лет). Распределение пациентов по группам проводили согласно классификации рубцовых стенозов пищевода Г.Л. Ратнера, В.И. Белоконова (1972). В комплексном этапном лечении больных использовались следующие методы: бужирование, дилатация, стентирование стенозов, реконструктивно-восстановительные операции. У 239 пациентов с 1-4 степенью стеноза пищевода проводили ортоградное и ретроградное бужирование в ранние сроки после ожога. Вмешательство до 2 недель представляется нецелесообразным, так как вероятность возникновения осложнений в виде кровотечения и перфорации пищевода. В дальнейшем бужирование стриктур пищевода в зависимости от проявлений дисфагии бужирование проводилось каждые 3-6 недель на протяжении до 2-х лет до полного купирования дисфагии или проведения реконструктивно-восстановительных операций. У 112 больных при наличии стриктуры протяженностью менее 3-4 см выполнена баллонная дилатация под рентгенологическим контролем или с использованием гибких эндоскопов. У 55 больных выполнено этапное лечение, сначала бужирование пищевода, через 6-8 месяцев после ожога проводилась дилатация стриктур. У 3 пациентов с сегментарной стриктурой нижней трети пищевода был установлен стент. Пластику пищевода выполняли при стриктурах протяженностью более 2/3 длины пищевода, при неэффективности других методик, при длительности заболевания не менее 10-12 месяцев. Абдомиоцервикальная резекция пищевода с пластикой желудочным стеблем выполнена 58 пациентам, сегментарная резекция пищевода – 1, пластика различными отделами толстой кишки – 17, тонкой кишкой – 2, правой половиной толстой кишки с сохранением терминального отдела подвздошной кишки – 4, операция типа Льюиса – 12. Собственные результаты. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты после бужирования пищевода получены у 55,4% пациентов, после баллонной дилатации - у 74%. Перфорация

пищевода при нарушении техники выполнения при форсированном бужировании возникла у 2 и при баллонной дилатации стриктуры у 3 больных. После пластики пищевода осложнения отмечены у 12 (12,8%) пациентов. Из общего числа больных от осложнений умерло 6 (1,2%). Заключение. Раннее полноценное комплексное противоязвенное лечение у больных в острой фазе химического ожога является основным методом профилактики развития стенозов пищевода. Тактика лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода зависит от уровня стриктуры, ее протяженности и срока после химического ожога. Основными методами лечения являются бужирование и дилатация пищевода. Показания к реконструктивно-восстановительным операциям возникают при протяженных стриктурах у больных с 4 и 5 степенями сужениями пищевода. Использование этапного комплексного лечения – противоязвенной терапии, миниинвазивных вмешательств (бужирование, стентирование, эндоскопические методы) позволяют в большинстве случаев сохранить пищевод и уменьшить число сложных реконструктивно-восстановительных вмешательств.

646. Анализ результатов лечения пациентов с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза по материалам клиники

Закаев К.Ю., Журнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Гвоздюк А.И.; Коханов А.В., Журнаджьянц А.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Наблюдается неуклонный ежегодный рост числа больных с острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза (ОТКН ОГ). При этом значительное число больных колоректальным раком госпитализируется с обтурационной кишечной непроходимостью не в специализированные, а в общехирургические стационары. Цель работы. Улучшить непосредственные результаты лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Материал и методы. В основу

работы положен анализ данных о заболеваемости пациентов колоректальным раком в Астраханской области (АО) в период 2016-2021 годов и результаты лечения 321 пациента раком ободочной кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, поступивших в этот же период по экстренным показаниям в дежурные больницы ГБУЗ АО «ГКБ №3» и ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Астрахани. Результаты. За период с 2016 по 2020 годы в АО впервые выявлено 2126 новых случаев колоректального рака, из которых 1273 (59,9%) приходилось на долю рака ободочной кишки, 865 случаев - ректосигмоидного соединения, прямой кишки и ануса. Из них женщин было 1139 (56,2%), а мужчин – 987 (43,8%). Основная масса больных с колоректальным раком в АО (60%) приходится на возраст 60-80 лет. Из 321 пациента с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза мужчин было 152, женщин- 169. Средний возраст больных составил 66,7±1,43 года. Из 321 наблюдавшегося нами пациента у 32 (9,9%) удалось ликвидировать непроходимость консервативно, остальные 289 - оперированы по экстренным показаниям. Из них 73 пациента (25,4%) имели компенсированную, 120 (41,4%) – субкомпенсированную и 96 (33,2 %) – декомпенсированную степень кишечной непроходимости. Из 96 пациентов 53- оперированы с использованием малоинвазивных технологий для выведения стомы, остальные 43 - оперированы радикально с удалением опухоли различными способами. Хирургическая тактика с применением новых технологий, особенно в группе больных с декомпенсированной степенью кишечной непроходимости позволила уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больных с разгрузочными стомами в стационаре до 12,5±1,23 суток и снизить послеоперационную летальность до 14,5%. Следует особо отметить, что из 53 пациентов, которым выполнялась разгрузочная стома с целью декомпрессии кишечника летальность составила 1,9%. Выводы. Заболеваемость колоректальным раком в АО не имеет тенденции к снижению. Увеличивается число больных с декомпенсированной степенью кишечной непроходимости опухолевого генеза. Внедрение в практику малоинвазивных методов декомпрессии кишечника позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность среди пациентов с декомпенсированной степенью кишечной непроходимости.

647. Послеоперационное кровотечение после продольной резекции желудка, методы профилактики

Биджиева М.А., Хацев Б.Б., Узденов Н.А.

Ставрополь

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Актуальность. Продольная резекция желудка является наиболее часто выполняемой бариатрической операцией из-за низкого уровня осложнений. Тяжелыми осложнениями являются несостоятельность и кровотечение из скобочной линии. Частота кровотечения в мировой практике составляет 3% (1/8-6%). Целью данного исследования было сравнение частоты послеоперационных кровотечений при использовании различных методов профилактики. Методы. Все истории болезни пациентов, перенесшие продольную резекцию желудка в период с мая 2012 г. по февраль 2022 г., были проанализированы ретроспективно. При анализе групп сравнивали методы профилактики кровотечения у пациентов после первичной операции – продольная резекция желудка. Применялись следующие методы профилактики: stand by 5 min, подъем артериального давления до высоких цифр, клипирования потенциальных участков кровотечения скобочной линии, использования препарата Arista и укрепления скобочной линии методом ушивания. Результаты. Всего было выполнено 1527 продольных резекций желудка (1260 женщин и 267 мужчин). Все операции были выполнены лапароскопически. Послеоперационное кровотечение развилось у 37 пациентов (2.4 %), из них 18 потребовалась повторная операция (48%). При этом за период с мая 2012 по декабрь 2021 год процент послеоперационного кровотечения был 3 %. При этом после укрепления скобочной линии методом ушивания за период с марта 2021 по февраль 2022 года не было ни одного послеоперационного кровотечения. Выводы. Укрепление скобочной линии методом ушивания является эффективным и надежным методом профилактики послеоперационного кровотечения после операции продольная резекция желудка.

648. Опыт хирургического лечения спонтанных гематом у больных COVID-19 в ГКБ№ 52 ДЗМ г. Москвы

*Вторенко В.И., Мударисов Р.Р., Мнойн А.Х.,
Мудаев Ц.М.*

Москва

ГКБ 52 ДЗМ г Москва

Актуальность. В условиях пандемии COVID-19, когда широко стала применяться антикоагулянтная терапия, количество случаев возникновения спонтанных гематом значительно возросло. Смертность пациентов COVID-19, отягощенных возникновением спонтанных гематом, варьирует от 32.9% до 42.1%, тогда как смертность от спонтанных гематом у пациентов без COVID-19 составляет около 4.0% (И.Ф. Шарафисламов, И.В. Ключкин, Ю.А. Ключкина, О.Н. Михайлова, А.Р. Бадретдинова, 2018; Contrella BN, Park AW, Wilkins LR, Sheeran D, Hassinger TE, Angle JF, 2019). Традиционная активная хирургическая тактика ведения пациентов с спонтанными гематомами не дала ожидаемый результат: смертность у пациентов COVID-19 после открытого оперативного вмешательства составила 49%, а без него - 36,7%. Поэтому поиск оптимальной тактики лечения этого контингента пациентов в настоящее время является актуальной и своевременной. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных COVID-19 с гематомами. Материалы и методы. С марта 2020г по февраль 2022г в хирургическом отделении находился на лечении 121 пациент в возрасте от 33 до 96 лет со спонтанными гематомами различных локализаций: прямые мышцы живота -51(42.1%), забрюшинные гематомы- 19(15,7%), гематомы верхних и нижних конечностей- 21 (17.3%), гематомы грудной стенки- 21 (17,3%) и гематомы редких локализаций- 9(7,4%). Средний объем гематом составил 800 мл (от 50 мл до 1500 мл). Мужчин было 50(41,3%), женщин – 71(58,7%). Всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия НМГ (фраксипарин, далтепарин, клексан), прямым гепарином в различных дозах (в зависимости от массы тела и сопутствующих заболеваний). Результаты и обсуждение. Чаще всего возникновение гематом сопровождается выраженным болевым синдромом. Диагноз устанавливается клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования (ЭГДС для исключения желудочно-кишечного кровотечения, выполняется УЗИ ОБП, ОГК, мягких тканей, либо КТ с внутривенным

контрастированием). Именно по данным УЗИ, либо КТ выявляются «немые» гематомы. Хирургические вмешательства выполнены у 53 пациентов (43,8%). Из них умерло 26 (49.0%). Эмболизация сосуда выполнялась 3 пациентам, 1 из которых умер. За весь исследуемый период, в стационаре умер 51 пациент со спонтанными гематомами, что составило 42,1% от всех пациентов с гематомами. Из 121 случая с гематомами, в 68 случаях (56,2%) кровотечение остановлено консервативным методом. В этой группе умерло 25 человек (36,7% от всех не оперированных и 49,9% от всех умерших пациентов с гематомами). На начальных этапах работы с данной категорией пациентов решающее значение в пользу выбора оперативного лечения были объем гематомы и наличие экстравазации по данным КТ. Выводы. Наличие спонтанной гематомы значительно ухудшает прогнозы у пациентов с COVID-19. Активная хирургическая тактика ведения таких пациентов усугубляет их состояние. Смена тактики на активно-выжидательную оказалась более результативной. Смертность в категории пациентов, которым проводились консервативные методы остановки кровотечения, на 12,3% меньше, чем смертность в категории оперированных пациентов.

649. Опыт хирургического лечения осложнений острого тяжелого панкреатита

*Савин Д.В. (1), Демин Д.Б. (1), Железнов Л.М. (2),
Бородкин И.Н. (1)*

1) Оренбург, 2) Киров

1) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», 2) ФГБОУ ВО "Кировский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый панкреатит остается одним из самых распространенных заболеваний в ургентной патологии. По имеющимся статистическим данным отмечается рост данного заболевания и его осложнений. В большинстве случаев осложненные формы развиваются у пациентов трудоспособного возраста. Не смотря на большой арсенал методов лечения остается высокой летальность от данной патологии, которая составляет 12-30%. При

развитии гнойно-септических осложнений летальность колеблется от 14 до 50%. На снижение послеоперационной летальности решающее значение оказывает выбор метода хирургического вмешательства. Материал и методы. В городской клинической больнице им. Н.И. Пирогова в период с 2017 по 2021 г. пролечено всего 2739 пациентов с острым панкреатитом. Оперативное лечение потребовалось 236 пациентам (11,9%), которым было выполнено 311 оперативных вмешательств. Показанием к хирургическому лечению служило развитие таких осложнений, как перитонит, абсцесс сальниковой сумки, абсцесс поджелудочной железы, абсцессы и флегмона забрюшинной клетчатки. Результаты. Наиболее частым оперативным вмешательством было дренирование брюшной полости. В 178 (57,2%) случаях было выполнено лапароскопическое дренирование брюшной полости. Показанием к данному вмешательству служило наличие выпота в брюшной полости. Дренирование проводилось 5 дренажами: 1 к Винслову отверстию, 2 в поддиафрагмальные пространства и 2 в малый таз. Сроки стояния дренажей составили 3-7 суток. Удалялись по мере прекращения отделяемого из брюшной полости. При наличии в анамнезе широких лапаротомий, при отсутствии клинической картины гнойного перитонита в 5 (1,6%) случаях было выполнено дренирование брюшной полости под ультразвуковой навигацией и в 2 (0,6%) было выполнено дренирование под местной анестезией через разрезы в подвздошных областях. Вторым по частоте вмешательством было пункционное дренирование ограниченных жидкостных образований. В эту группу отнесены абсцессы сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, брюшной полости и псевдокисты сальниковой сумки. Данный вид вмешательства выполнен у 68 (21,8%) пациентов. Дренажи 12-14 Fr устанавливались по одномоментной методике под ультразвуковой навигацией. В последующем полость промывалась дважды в день растворами антисептиков. Сроки дренирования составили от 5 до 16 суток. Показанием для удаления дренажа служили прекращение отделяемого из полости, ультразвуковой, лабораторный контроль. В случае неэффективного пункционного дренирования проводилось дренирование через минидоступы. Данное дренирование выполнено у 48 (15,4%) пациентов. Показаниями к данному виду дренирования были наличие в полости крупного детрита, секвестров, подтвержденных данными УЗИ и МСКТ, многокамерное строение, сохранение системных и местных воспалительных проявлений. Во время операции проводилась ревизия полости,

удаление некротических масс, разрушение перегородок. Устанавливались приточно-отточные дренажи диаметром 24-30 Fr. Длительность лечения в этой группе составила, в среднем, 15 суток. В 17 (5,4%) случаях были выполнены лапаротомии. Показаниями к лапаротомии служили наличие разлитого гнойного перитонита, операции на брюшной полости перенесенные ранее, неясность клинической картины до операции и во время проведения диагностической лапаротомии. В ходе этапного лечения 66 пациентам потребовалось повторное оперативное вмешательство и 9 третья операция. Выводы. В лечении осложнений острого тяжелого панкреатита применяется широкий арсенал хирургических методов. Основными являются малоинвазивные методики, которые обеспечивают адекватное дренирование, как самостоятельно, так и дополняя друг друга.

650. Опыт применения "глухого" шва холедоха при синдроме Мириizzi

Павелец К.В. (1,2), Ушкац А.К. (1,2), Гацко Д.В. (2)

Санкт-Петербург

1) СПбГПМУ, 2) СПб ГБУЗ "Городская Мариинская больница"

Актуальность. В 1948г. аргентинский хирург Р. Mirizzi впервые описал расширение гепатикохоледоха и свищ между желчным пузырем и общим желчным протоком. Актуальность проблемы лечения синдрома Мириizzi сохраняется до настоящего времени (Пугаев А.В. и соавт., 2019). Хирургическое лечение направлено на устранение зоны обструкции. Завершающим этапом операции, в зависимости от степени повреждения протока, считается наружное дренирование желчных путей или формирование билиодигестивного анастомоза (Алиев М.А., Боймаханов Б.Б. и соавт., 2006; Шишкин А.А., Пострелов Н.А., Плотников Ю.В., 2014). Целью исследования являлась оценка возможности и эффективности применения «глухого» шва холедоха при синдроме Мириizzi. Материалы и методы. Из всего массива оперированных больных в стационаре со сложными формами холедохолитиаза с синдромом Мириizzi отобраны 15 случаев, в хирургическом лечении

которых применен «глухой» шов холедоха. Во всех случаях проведено тщательное предоперационное обследование с применением современных инструментальных методов визуализации (УЗИ, МРТ, КТ). В лечении пациентов применялся следующий алгоритм. В обязательном порядке выполнялась мобилизация двенадцатиперстной кишки (ДПК) по Кохеру, что позволяло пальпаторно контролировать участок терминального отдела холедоха и зону большого дуоденального соска (БДС) при выявлении конкрементов и последующей инструментальной ревизии желчных путей. В случае сложной дифференцировки структур треугольника Кало на фоне выраженного рубцового процесса, первым этапом выполнялась холедохолитотомия, а лишь затем холецистэктомия. На этапе мобилизации холедоха, в проекции будущей холедохотомии, брюшинный листок печеночно-двенадцатиперстной связки рассекался и отсепаровывался на 3-4 мм от края разреза в обе стороны для обеспечения возможности последующего формирования дубликатуры. Затем выполняли продольную супрадуоденальную холедохотомию по передней поверхности холедоха с последующей литоэкстракцией. Ревизия желчных путей и оценка их проходимости выполнялись последовательным проведением бужей диаметром от 2 до 5 мм. Визуальный контроль проходимости желчных путей, контроль оставленных конкрементов осуществлялся с помощью фиброхоледохоскопии. Осмотр долевого протока, проведение холедохоскопа через зону папиллы в просвет ДПК считался достоверным свидетельством, исключающим резидуальный холедохолитиаз и стриктуру терминального отдела холедоха. При условии последовательного выполнения описанных этапов доступа к желчевыводящим путям и убеждения в их полной проходимости, операция завершалась формированием глухого шва холедоха по разработанной оригинальной методике (патент на изобретение №2690618 от 04.06.2019г), которая включала в себя послойное ушивание узловым швом разреза стенки холедоха мононитью (нерассасывающейся синтетической нитью 4/0) с атравматической иглой. Дополнительная герметичность стенки желчного протока обеспечивалась созданием второго ряда швов путем формирования дубликатуры ранее отсепарованных участков брюшины. Операция завершалась только дренированием подпеченочного пространства. Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде в 6 случаях отмечено развитие острого панкреатита с повышением уровня амилазы до 480

Ед/л. На фоне инфузионной терапии во всех случаях воспалительные проявления купированы. Летальный исход отмечен в 1 случае, причиной которого стал острый инфаркт миокарда на 8 сутки послеоперационного периода. Выводы. Применяемая последовательность этапов оперативного вмешательства при выявлении синдрома Мириizzi предотвратила повреждение структур гепатодуоденальной связки и позволила отказаться от наложения билиодигестивных анастомозов. Рекомендации. Предложенная методика «глухого» шва холедоха позволяет снизить риск развития ранних послеоперационных осложнений, повысить эффективность лечения в группе больных со «сложными» формами холедохолитиаза.

651. Оптимальные условия для успешного открытия многопрофильной клиники

Лукьянчиков В.А., Ярцев П.А., Тарасов С.А., Попова Н.А., Омарова М.Х., Казакова В.В.

Москва

Многопрофильный медицинский центр
«UNIKлиник»

Актуальность. С 2014 г число государственных круглосуточных стационаров уменьшилось с 207 до 146 в 2020г, на этом фоне отмечен рост числа коммерческих медицинских учреждений. Количество частных медицинских учреждений в РФ в 2021 г. составило более 3000 сетевых частных клиник (без учета диагностических частных лабораторий). Количество занятых в частных мед. учреждениях в РФ составило 199 тыс. чел. или 9,3% от занятых в здравоохранении в целом, что в 2 раза выше показателей 2010 года. Несмотря на повышенную конкуренцию, обращаемость населения в негосударственные учреждения увеличивается, это значит, что платная медицина уверенно находит своего пациента. Однако пандемия в 2020 году оказала влияние на все сектора экономики как в мире, так и в России, не обойдя вниманием и рынок коммерческой медицины. Согласно статистическим данным, на конец 2020 года рынок коммерческой медицины составил порядка 738-740 млрд руб. в системе

здравоохранения РФ. Данный показатель соответствует уровню 2012 года. Темп прироста показал отрицательную динамику, сократившись на 14% по отношению к предыдущему году. Снижение посещений государственных ЛПУ в 2020-2021 связано с опасениями посещать больницы и поликлиники в период пандемии коронавирусной инфекции. При этом доля пользователей услуг частных клиник, напротив, выросла, так как данные ЛПУ не были связаны с государственными программами по лечению COVID-19. Материал и методы. Многопрофильный медицинский центр начал работу 24.12.2021 в г. Москва. «Униклиник» занимает 6 этажей, площадью 6000 м², имеет в своей структуре 6 отделений для взрослого и детского населения, большой спектр диагностических исследований, включая КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопию, функциональную диагностику, лабораторию; работают врачи 40 специальностей; имеются малые операционные, дневной стационар. Результаты. За 5 недель работы клиники, оказано 3344 услуги 1020 пациентам. Из них взрослому населению (721) оказано 2815 услуг, детям (199) - 529. К специалистам хирургического профиля обратилось 227 пациентов взрослого населения, выполнено 60 оперативных вмешательств. Эндоскопические исследования проведены 27 пациентам. Обсуждение. Загруженность государственных поликлиник остаётся высокой, что приводит к ожиданию по записи. Зачастую не хватает узких специалистов в одной локации. Так же отсутствует дорогостоящее современное оборудование. Все эти недостатки государственной амбулаторной медицинской помощи, позволяют конкурировать медицинским центрам коммерческой медицины с ними и между собой. Что в свою очередь приводит к снижению цен, оказываемых услуг, повышенный контроль за качеством оказываемой помощи, расширению проводимых манипуляций в амбулаторных условиях. Обращает на себя внимание оказание хирургической помощи в рамках частной клиники, что обеспечивает актуальность ее развития. Выводы. Многопрофильность клиники обеспечивает возможность комплексно подходить к диагностике лечению пациентов, проводить мультидисциплинарные консилиумы.

652.Ретроградная холангиоскопия в диагностике и лечении больных с механической желтухой

Габриэль С.А., Дынько В.Ю., Дурлештер В.М., Гучетль А.Я., Тлехурай Р.М., Мамишев А.К.

Краснодар

ГБУЗ ККБ2

Введение. В настоящее время часто встречаются заболевания панкреатобилиарной системы, сопровождающиеся стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи (МЖ). Данные состояния, несмотря на развитие медицины, остаются важной проблемой urgentной хирургии. С развитием медицинской аппаратуры и инструментария, все большее значение в диагностике и лечении данных состояний имеют малоинвазивные методы. Как ретроградные (чреспапиллярные), так и антеградные (под ультразвуковым наведением) вмешательства все шире применяются в специализированных лечебных учреждениях и являются самыми информативными методами диагностики при механической желтухе с возможностью ее купирования. В последнее время, с появлением цифровых ультратонких эндоскопов, стал активно развиваться довольно эффективный метод диагностики, позволяющий визуально оценить состояние протоковых структур билиарной зоны – холангиоскопия. Данный метод эндоскопического исследования желчных путей с помощью ультратонкого эндоскопа позволяет оценить их проходимость, диаметр, наличие в них конкрементов, опухолей, стриктур и другой патологии. Основным показанием для пероральной эндоскопической холангиоскопии является дифференциальная диагностика злокачественного и доброкачественного характера обструкции. При этом помимо возможности визуального осмотра области обструкции имеется возможность выполнить биопсию с помощью ультратонких биопсийных щипцов, проводимых через инструментальный канал видео холангиоскопа, что позволяет повысить чувствительность исследования с 59% до 96-99% по сравнению с забором материала под рентгенологической навигацией. Цель исследования: показать возможности и результаты малоинвазивных методов диагностики и лечения пациентов с МЖ с использованием метода холангиоскопии в условиях ГБУЗ «ККБ №2». Материалы и методы: Холангиоскопия применяется в отделении эндоскопии ГБУЗ «ККБ№2» с 2012 года.

За это время холангиоскопия была выполнена 30 пациентам, из которых 21 женщина (73.3%) и 9 мужчин (26.7%). Из 30 холангиоскопий, 14 было выполнено с проведением электрогидравлической литотрипсии, 1 с выполнением лазерной литотрипсии, 7 диагностических исследований, 5 исследований при опухолях ОЖП и 3 при рубцовых стриктурах общего желчного протока с проведением струны под визуальным контролем за зону стриктуры с дальнейшим бужированием и стентированием. У всех пациентов данной группы отмечалось повышение уровня билирубина от 60 до 220 ммоль\л. Всем пациентам была предпринята попытка проведения чреспапиллярных вмешательств с целью установления диагноза и восстановления пассажа желчи, которая не увенчалась успехом. Результаты и обсуждения. Из 14 холангиоскопий с ЭГЛТ эффективными оказались 12 (86%). Также 1 холангиоскопия с лазерной литотрипсией была эффективной. При выполнении 7 диагностических исследования был установлен точный диагноз. Из 5 холангиоскопий проведенных с целью морфологической верификации эффективными были 4 (80%). У 3 пациентов с рубцовыми стриктурами ОЖП, удалось под визуальным контролем провести струну за зону стеноза. Заключение. Холангиоскопия относится к высокоэффективным и высокотехнологичным методам диагностики и лечения при заболеваниях органов панкреатобилиарной зоны.

653. Хирургия – зона высокого уголовного риска. Опыт междисциплинарной интеграции хирургического и юридического сообщества в образовательных целях

Анисимов А.А. (1,2), Спиридонов В.А. (3)

1,2) Казань, 3) Москва

1) Казанский государственный медицинский университет, 2) Казанский (Приволжский) федеральный университет, 3) Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации

Актуальность. В Российской Федерации ежегодно увеличивается количество уголовных дел, связанных с ненадлежащим оказанием

медицинской помощи. Учитывая специфику работы, врачи хирургических специальностей чаще других привлекаются к уголовной ответственности. Цель. Анализ опыта проведения межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия – зона профессионального и юридического риска» в г. Казани. Материалы и методы. Представлены результаты проведения в июне 2021 года межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия – зона профессионального и юридического риска», аккредитованной Российским обществом хирургов. Результаты. Строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, позволило провести конференцию в офлайн формате, объединив на одной площадке врачей хирургических специальностей, судебно-медицинских экспертов отделов сложных (комиссионных) экспертиз, представителей Следственного комитета России, Росздравнадзора, а также практикующих адвокатов по уголовным и гражданским делам. Доклады и мастер-классы были посвящены правовым аспектам защиты при привлечении медицинских работников к уголовной ответственности, проведению судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам, контролю хирургической деятельности надзорными органами и силовыми структурами. Участие для слушателей носило добровольный и бесплатный характер. Участниками стали 92 человека из Татарстана, Удмуртии, Марий Эл, Чувашии, Москвы и Ульяновской области. По итогам опроса, проведенного перед началом конференции, 37% медицинских работников сообщили, что не имеют представления, как действовать в случае возбуждения уголовного дела по факту неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи. Более 70% заявили, что медико-правовая подготовка является для них «актуальной в высшей степени». Конференция вошла в календарь мероприятий Российского общества хирургов и была аккредитована 6 баллами непрерывного медицинского образования (НМО). Выводы. Проблема уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи является актуальной для врачей хирургических специальностей. Опыт авторов в реализации междисциплинарного формата взаимодействия между медицинским, судебно-экспертным и юридическим сообществами может быть интересным для руководителей хирургических служб в качестве инструмента по повышению правовой грамотности медицинских работников и

снижения уголовных рисков в хирургической практике.

654. Применение ботулинического токсина в сочетании с PRP-терапией в комплексном лечении пациентов с острой анальной трещиной

Белик Б.М. (1), Ковалев А.Н. (1, 2)

Ростов-на-Дону, Краснодар

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 2) Международный медицинский центр «УРО-ПРО»

Актуальность. Одним из серьезных осложнений у пациентов с острой анальной трещиной является формирование стойкого спазма внутреннего сфинктера с развитием функционального стеноза анального канала, что в значительной мере отягощает течение заболевания и требует проведения специальных диагностических и лечебных мероприятий. Предрасполагающими обстоятельствами, ведущими к возникновению сфинктероспазма и длительно незаживающего дефекта слизистой, являются воспалительные заболевания заднепроходного канала (папиллиты, сфинктериты, криптиты, терминальные проктиты, геморрой), хронические запоры, а также сопутствующая коморбидная патология (сахарный диабет, ожирение и пр.), которые приводят к нарушению васкуляризации анодермы и снижают репаративные процессы в тканях. Хроническое течение заболевания, протекающее со стойким нервно-рефлекторным спазмом анального сфинктера, нередко приводит к развитию ригидного циркулярного сужения заднего прохода вследствие рубцовых изменений дистального края внутреннего сфинктера в виде пектеноза, а также сопровождается нарушением координации мышц тазового дна при дефекации (так называемая диссинергическая дефекация). У пациентов с анальной трещиной, осложненной стойким сфинктероспазмом, при неэффективности консервативных мероприятий прибегают к хирургическому лечению. В этом случае оперативное вмешательство помимо иссечения трещины включает выполнение боковой подкожной сфинктеротомии. Однако в ряде

клинических ситуаций (лица пожилого возраста, женщины после перенесенных затрудненных родов, клинические признаки опущения промежности) боковая сфинктеротомия может привести к анальной инконтиненции, что значительно ухудшает качество жизни больных. Поэтому разработка новых подходов к лечению пациентов с осложненным течением острой анальной трещины является приоритетной задачей современной колопроктологии. Цель исследования. Оптимизация технологии лечения пациентов с острой анальной трещиной, осложненной стойким сфинктероспазмом, путем применения ботулинического токсина типа А в комбинации с PRP-терапией. Материал и методы. В период с 2011 по 2021 гг. в ООО «Международный медицинский центр «УРО-ПРО» г. Ростова-на-Дону и г. Краснодара было пролечено более 20000 пациентов с диагнозом анальная трещина. С учетом основных патогенетических механизмов возникновения анальной трещины нами была усовершенствована технология лечения этого заболевания путем разработки и применения комплекса мероприятий, направленных на релаксацию внутреннего сфинктера прямой кишки и активацию репаративных процессов в зоне дефекта слизистой анального канала. Настоящее исследование включает 205 пациентов с острой анальной трещиной, находившихся на амбулаторном лечении в ММЦ «УРО-ПРО» г. Ростова-на-Дону и г. Краснодара в период с 2020 по 2021 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет (средний возраст - $44,8 \pm 3,7$ лет). Мужчин было 87 (42,4%), женщин – 118 (57,6%). У всех пациентов заболевание протекало на фоне стойкого сфинктероспазма и выраженного болевого синдрома. Пациентам проводилось традиционное проктологическое обследование, включая сфинктерометрию с помощью сфинктерометра S4402 (MSM, Германия). У этих пациентов при лечении анальной трещины стандартный комплекс консервативных мероприятий был дополнен введением ботулинического токсина типа А в комбинации с PRP-терапией. Пациентам в амбулаторных условиях в 1-е сутки лечения вводили ботулинический токсин типа А (60-100 ЕД препарата) во внутренний сфинктер прямой кишки. Этим же больным в 1-е и 10-е сутки лечения осуществляли инъекции 8-10 мл обогащенной тромбоцитами аутоплазмы на 1, 5, 7 и 12 часов по условному циферблату во внутренний и наружный сфинктеры прямой кишки, а также под дефект слизистой анального канала. Обогащенную тромбоцитами аутоплазму (Platelet Rich Plasma, PRP) готовили по стандартной технологии с

использованием специальных пробирок YCELLBIO-KIT (Корея). При недостаточной эффективности консервативного лечения пациентам производили лазерную вапоризацию анальной трещины аппаратом «Metrum Cryoflex» (США). При наличии фиброзных изменений краев дефекта слизистой производили их иссечение по плоскости трещины радиохирургическим скальпелем «Curis» («Zerts», Германия). Интенсивность болевого синдрома оценивали по стандартной 5 балльной вербальной рейтинговой шкале (VRS). Основными критериями оценки результатов лечения являлись эффективность купирования болевого синдрома и устранения сфинктероспазма, а также сроки заживления раны анального канала. Результаты и обсуждение. До начала лечения по данным сфинктерометрии у пациентов отмечалось повышение величин среднего и максимального давления в покое в два раза, а при волевом сокращении эти показатели были увеличены соответственно на 49,9% и 33,7% по сравнению с нормативными значениями, что свидетельствовало о наличии стойкого гипертонуса анального сфинктера. На фоне проведения консервативного лечения, включая введение ботулинического токсина в сочетании с PRP-терапией, у пациентов, начиная с 7-10-х суток, регистрировали достоверное снижение величин максимального давления в покое и при волевом сокращении по сравнению с исходными показателями. На 20-е сутки от начала лечения у большинства пациентов показатели сфинктерометрии достоверно не отличались от средних нормативных величин ($p < 0,05$). Интенсивность болевого синдрома у этих пациентов по шкале VRS снижалась от начала лечения к 5-м суткам с $4,8 \pm 0,2$ баллов до $2,7 \pm 0,3$ баллов, к 10-м суткам – до $1,6 \pm 0,2$ баллов, к 20-м суткам – до $0,6 \pm 0,03$ баллов. У 184 (89,8%) больных комплексное консервативное лечение с использованием ботулинического токсина в сочетании с PRP-терапией привело к полноценному заживлению анальной трещины и восстановлению трудоспособности пациентов. При этом сроки эпителизации дефекта слизистой анального канала составили $14,4 \pm 3,6$ суток. У 21 (10,2%) больного отмечали неполное заживление анальной трещины или рецидив заболевания в течение 3-4 недель после завершения лечения. Как правило, это были лица старше 50 лет с устойчивым нарушением стула и склонностью к запорам. Этим пациентам была произведена лазерная вапоризация анальной трещины с иссечением рубцовых изменений в пределах здоровых тканей в сочетании с повторной медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера ботулиническим токсином. С целью

активации репарации раны анального канала через 30 суток после иссечения трещины дополнительно выполняли процедуру PRP-терапии по аналогичной методике. У этих больных полноценное заживление анальной трещины наступало в среднем на $32,5 \pm 3,8$ сутки после операции. Выводы. Применением ботулинического токсина типа А в сочетании с PRP-терапией в комплексном лечении пациентов с острой анальной трещиной, протекающей со стойким сфинктероспазмом, позволяет в большинстве случаев добиться устойчивой релаксации внутреннего сфинктера и полноценного заживления дефекта слизистой анального канала. В свою очередь, это позволяет избежать хирургического вмешательства у 89,8% пациентов с острой анальной трещиной, осложненной стойким сфинктероспазмом. При недостаточной эффективности указанных консервативных мероприятий, проводимых в течение 3-4 недель, показано хирургическое лечение анальной трещины. В этом случае объем оперативного вмешательства может быть ограничен лазерной вапоризацией и иссечением трещины с повторным введением ботулинического токсина во внутренний сфинктер без выполнения боковой подкожной сфинктеротомии.

655. Место программируемого контроля жизнеугрожающих последствий ранений и травм на догоспитальном этапе при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени

*Савичев П.В. (1), Логинов В.И. (1),
Сморкалов А.Ю. (1), Калентьев Г.В. (2)*

Нижний Новгород

1) ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ, 2) ГБУЗ
НО «Городская клиническая больница №30»

Концепция запрограммированного многоэтапного хирургического лечения в своем классическом варианте является трехэтапной и представлена выполнением экстренных сокращенных оперативных вмешательств; мероприятий интенсивной терапии и дополнительной диагностики с программируемым отсроченным проведением реконструктивно-восстановительных операций. Следует отметить, что успешная

реализация каждого из этапов возможна только в случае нахождения пациента в стационаре или, как минимум в условиях мобильного полевого лечебно-диагностического комплекса, оборудованного перевязочной или операционной. Элементы догоспитальной составляющей запрограммированного многоэтапного хирургического лечения, также можно встретить и в публикациях отечественных и зарубежных военных врачей в последующие годы. Структура и содержание обучения нештатных санинструкторов, парамедиков, медицинских работников скорой и неотложной помощи (а именно они в первую очередь сталкиваются с проблемами оказания помощи в автономных условиях), в настоящее время не подразумевает акцентирование их внимания на целенаправленном прогнозировании и выявления жизнеугрожающих последствий (ЖУП), что может фатально сказаться на здоровье раненого или пострадавшего в случае невозможности его быстрой эвакуации на дальнейшие этапы оказания медицинской помощи. Следует отметить, что жизнеугрожающие последствия травм и повреждений, которые с той или иной степенью вероятности могут быть устранены или контролироваться в полевых автономных условиях, достаточно малочисленны и специфичны для каждой анатомической области. При этом, причиной развития одного ЖУП могут явиться совершенно различные травмирующие факторы. Например, в случае получения человеком огнестрельного или неогнестрельного ранения области живота, падении с высоты, заброневой локальной контузионной травмы и т.д. – имеется вероятность развития внутрибрюшного кровотечения, что и будет являться непосредственным жизнеугрожающим последствием. Причем информация о локализации источника внутрибрюшного кровотечения не повлияет на лечебную тактику догоспитального этапа. Если говорить о непосредственно внутрибрюшном кровотечении – можно процитировать слова одного из американских военных хирургов Майкла Уолша: «Самый лучший выход в таких ситуациях – распознать внутреннее кровотечение и доставить пациента в один из специально созданных для лечения тяжелых травм центров, где медики быстро оценят его состояние и прооперируют». Но что делать, если рядом с пострадавшим находится только парамедик, нештатный санинструктор или молодой врач и возможности «быстро доставить пациента в один из специально созданных для лечения тяжелых травм центров» нет никакой? Предлагаемые протоколы первичной оценки и контроля должны быть

интегрированы в стандартную схему оказания помощи при получении ранений или травм в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени и, использоваться в обучении нештатных санитарных инструкторов и медицинских работников силовых ведомств, сотрудников МЧС и медицины катастроф. Аналогичные протоколы первичной оценки и контроля повреждений необходимо включать в программу обучения доврачебной и первой врачебной помощи и для других устранимых жизнеугрожающих последствий. Подготовленный таким образом медицинский специалист первичного звена или спасатель, в случае оказания помощи, например: при тяжёлой сочетанной дорожно-транспортной травме с отрывом части нижней конечности, при задержке эвакуации по независящим от оказывающих помощь причинам, будет не только накладывать различные повязки на повреждённые области и вливать в пострадавшего все инфузионные среды, которые есть в его укладке, но и обратит свое внимание на профилактику и борьбу с ранним эндотоксикозом, гипотермией и необходимость коррекции инфузионной терапии в связи с возможным наличием дистантных повреждений внутренних органов. Нельзя не сказать о том, что проблема контроля жизнеугрожающих последствий травм и ранений на догоспитальном этапе не может быть решена без использования современных высокотехнологичных портативных устройств медицинского назначения. Однако, объем и количество этих устройств, при оказании помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и катастрофах в полевых автономных условиях, особенно в первые часы возникновения, крайне ограничен. Одним из вариантов решения данного вопроса может стать создание средств многоцелевого назначения. Выводы: 1. Компоненты программируемого контроля жизнеугрожающих последствий ранений и травм на догоспитальном этапе могут использоваться нештатными санитарными инструкторами и медицинскими работниками силовых ведомств, сотрудниками МЧС и медицины катастроф, находящимися в очаге санитарных потерь, при задержке эвакуации с целью четкой алгоритмизации действий по устранению, в соответствии с очередностью, и предупреждению данных последствий в соответствии с временными рамками их возникновения. 2. Ожидаемая эффективность применения компонентов возможна при внедрении соответствующих разделов в структуру подготовки повышения квалификации медицинских работников первичного звена и оснащения медицинских укладок современными

высокотехнологичными портативными изделиями медицинского назначения.

656. Беременные с острыми болями в нижних отделах живота: маршрутизация и тактика обследования

*Смирнов Д.А., Корольков А.Ю. Аракелян А.В.,
Китаева М.А.*

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова.

Беременные с остро развившимися болями в нижних отделах живота представляют сложную в диагностическом плане группу, так как описанный болевой синдром может свидетельствовать и о патологии беременности, и об экстрагенитальной патологии, и сопровождать неосложнённую беременность. В клиники ПСПбГМУ за 2019–2020 годы поступило 949 пациенток с указанными жалобами. Выполнено ретроспективное исследование с оценкой маршрутизации, сроков выполнения исследований и принятия тактических решений, а также факторов, влиявших на принятие решений. Все пациентки поступали в акушерский приёмный покой, где их осматривал акушер-гинеколог, выполнялось УЗИ и КТГ плода, забор материала для лабораторного обследования. У 86,2% беременных была подтверждена патология беременности, они были оставлены для наблюдения и лечения в условиях родового или родильного отделения. Критерием диагностики во всех случаях был характер болей (тянущие внизу живота) и данные акушерского обследования. При исключении патологии беременности возникала необходимость исключения острого аппендицита. Основанием для этого обычно являлась локализация болей в правом нижнем квадранте живота, наличии диспепсии и симптома Кохера. Эти пациентки всегда переводились для обследования в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП). Исключение составил полугодовой период в 2020 г., когда клиника работала в режиме инфекционного стационара, а также ситуации, когда при поступлении выявлялись роды в ходу, в этом случае осмотр хирурга

выполнялся на базе акушерского приёмного покоя. Пациентки этой группы осматривались хирургом в СОСМП в среднем в течение 1 ч. 58 мин. с момента поступления. В период, когда консультации проводились на базе акушерской клиники, время ожидания было несколько меньше, что можно объяснить отсутствием траты времени на транспортировку. Большинство пациенток наблюдались в динамике и осматривались хирургом более одного раза. Всем пациенткам выполнялось УЗИ брюшной полости. Ни в одном случае не было выявлено прямых или косвенных (свободная жидкость в брюшной полости) признаков острого воспалительного заболевания. У 26,7% обследованных выявлена пиелокаликоектазия справа, что позволило провести дифференциальный диагноз. Экстренное оперативное лечение потребовалось 12 пациенткам, медиана сроков начала операции составила 7 час. 39 мин. от момента поступления, диапазон от 2 до 18 часов. В большинстве случаев решение принималось на основании динамики клинической картины, лабораторные данные имели вторичное значение. Пациентки, обследовавшиеся в условиях СОСМП в среднем оперировались раньше, чем оставленные на базе акушерской клиники, но из-за малого количества наблюдений оценить достоверность разности нельзя. Длительность наблюдения не привела к неблагоприятным последствиям: у оперированных более чем через 10 часов от момента поступления гистологически выявлен катаральный аппендицит. Большинство (63,6%) беременных с исключённым острым хирургическим заболеванием были выписаны в удовлетворительном состоянии после наблюдения в условиях СОСМП в течение суток. Выводы. Распространённость болей в нижних отделах живота у беременных делает проблему дифференциальной диагностики у них крайне актуальной. В большинстве случаев клиническая картина и данные объективного обследования позволяют достоверно установить диагноз патологии беременности. В случаях с беременными хирурги предпочитают не принимать решение при первичном осмотре, а подтвердить подозрения в ходе динамического наблюдения. УЗИ брюшной полости малоинформативно для выявления острого аппендицита, но способно дать информацию для дифференциальной диагностики. При неоднозначной клинической картине рекомендовано раннее назначение МРТ как информативного метода визуализации.

657. Тактика ведения пациентов с колоректальным раком и кардиальной патологией высокого риска

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Максименков А.В., Трошина А.А.

Москва

НМХЦ им. Н.И. Пирогова

Вследствие демографического старения населения, количество пожилых пациентов с колоректальным раком (КРР) неуклонно возрастает. До 50% пациентов с КРР имеют как минимум одно сопутствующее заболевание. В ряде случаев неонкологическая патология по степени влияния на продолжительность жизни у одного пациента конкурирует с КРР и выступает в роли сочетанного или конкурирующего заболевания. Имеющиеся рекомендации по ведению пациентов с раком толстой кишки не учитывают влияние коморбидности. В настоящее время увеличивается количество пациентов с КРР в сочетании с другими заболеваниями, необходимость коррекции которых влияет на тактику ведения и результаты лечения злокачественной опухоли толстой кишки. Наиболее часто встречающимся является сочетание КРР с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и сахарным диабетом. Показано, что наличие коморбидной патологии напрямую влияет на тактику ведения и результаты лечения – только 37.6% пациентов с КРР III стадии и ССЗ получают лечение, соответствующее современным клиническим рекомендациям. Тяжелая коморбидная патология является причиной задержки начала или отказа от лечения и увеличивает общую смертность у пациентов КРР на 103%. В НМХЦ им. Н.И. Пирогова внедрен алгоритм периоперационного ведения пациентов с КРР и коморбидными ССЗ. Все пациенты с диагностированным КРР, которым первым этапом показано хирургическое лечение, в возрасте 55 лет и старше, и/или имеющих ССЗ в анамнезе, госпитализировались в кардиологическое отделение Центра. Проводились нагрузочные тесты и при необходимости коронарография. По результатам проводился расширенный консилиум с участием онкологов, кардиолога, анестезиолога, рентгенэндоваскулярного хирурга, при необходимости приглашались другие узкопрофильные специалисты. В результате определялась тактика ведения пациента, этапы лечения, включая необходимую коррекцию ССЗ. При наличии симптомной опухоли первым этапом

выполнялось хирургическое лечение КРР с готовностью экстренной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда. При асимптомной опухоли первым этапом выполнялась рентгенэндоваскулярная реваскуляризация миокарда, назначалась двойная антиагрегантная терапия на 1 месяц, после чего проводилось хирургическое лечение КРР. Интервал 1 месяц – минимально возможный срок проведения антиагрегантной терапии без ее отмены для обеспечения функционирования установленных коронарных стентов. Алгоритм применен у 42 пациентов с КРР и кардиальной патологией высокого риска. Первым этапом хирургическое лечение КРР выполнено у 26 пациентов при наличии симптомной опухоли. Объемы вмешательств: правосторонняя гемиколэктомия 7, левосторонняя гемиколэктомия 2, резекция сигмовидной кишки 12, передняя резекция прямой кишки 5. Все вмешательства выполнены лапароскопическим доступом. Летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения – 38.5% (10 пациентов). Из них III-IV степени по Clavien-Dindo: острый инфаркт миокарда – 2 (7.7%), острое нарушение мозгового кровообращения 2 (7.7%), несостоятельность анастомоза 1 (3.6%), внутрибрюшное кровотечение 1 (3.6%). 16 пациентам первым этапом выполнена реваскуляризация миокарда. После 1 месяца проведения двойной антиагрегантной терапии повторно госпитализированы для хирургического лечения КРР. В 1 случае на фоне двойной антиагрегантной терапии через 10 дней после коронарного стентирования развилось кровотечение из опухоли сигмовидной кишки, пациенту была выполнена ангиография и селективная эмболизация артерий питающих опухоль, что позволило осуществить редукцию кровотока в опухоли и остановить кровотечение. В дальнейшем пациент продолжил прием антиагрегантной терапии до минимально необходимого срока и был в плановом порядке оперирован по поводу опухоли. Летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения – 31.5% (5 пациентов). Из них III-IV степени по Clavien-Dindo – несостоятельность анастомоза -1 (6.3%), внутрибрюшное кровотечение 1 (6.3%), послеоперационная кишечная непроходимость - 1 (6.3%). Применение дифференцированного подхода в условиях многопрофильного стационара позволило выполнить этапное лечение пациентов с КРР и коморбидной патологией в необходимом объеме.

658. Дифференцированное применение современных хирургических энергий в хирургии эндокринных органов

Михайличенко В.Ю., Керимов Э.Я., Бутырский А.Г.

Симферополь

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Современная хирургия не возможна без применения инновационных хирургических энергий. Однако, следует учитывать, что каждая из них, обладает рядом преимуществ, но имеет некоторые недостатки, такие как латеральное повреждение тканей, которое имеет важное значение в хирургии щитовидной железы и паращитовидных желез. На данный момент можно выделить аппараты генерирующие высокочастотный ток, ультразвуковую энергию или их совместное производство. Преимущество гармонического скальпеля типа Harmonic заключается в отсутствии прохождения электроэнергии через ткани, латеральное повреждение в пределах 1 мм, одновременное коагуляция и диссекция, отсутствие «задымления». Современные электрокоагуляторы позволяют достичь хорошего гемостаза, также допускается сваривание сосудов до 7 мм как у ультразвукового инструмента, но глубина латерального повреждения может достигать от 2 до 4 мм. Необходимо помнить, что при диссекции тканей в области возвратного нерва, может привести к его повреждению и инвалидизации пациента. В последнее время набирает популярность инструмент Thunderbeat, сочетающий в себе биполярную и ультразвуковую энергию, который также позволяет достичь гемостаз сосудов до 7 мм, минимальный риск термического латерального повреждения, максимальной скорости лигирования и резекции, точной диссекции ткани, благодаря конструкции бранш инструмента. Главное правило работы с современными хирургическими энергиями, применяемыми в хирургии эндокринных желез, заключается в понимании что хирург желает достичь и возможные осложнения. Так коагуляция тканей и девитализация =наступает при температуре тканей около 600 С, при температуре 800С наступает коагуляция внеклеточного коллагена и разрушение клеточных мембран, 1000С – vaporизация жидкости из тканей и механический разрыв тканей. Для защиты нежелательного эффекта повреждения используются аппараты с автоматическим дозированием мощности, которые позволяют

получить безопасный эффект резанья не зависимости от вида ткани и типа электрода. В нашей клинике при операциях на щитовидной и паращитовидных железах, а также надпочечников, мы отдаем предпочтение LigaSure, который при открытых операциях в режиме Valleylab, позволяет четко препарировать ткани с минимальным латеральным повреждением и по литературным данным фактически не вызывает воспалительные реакции в тканях, что снижает различные нежелательные осложнения. Помимо прочего использование в нем пульсирующего тока, позволяет тканям охлаждаться между импульсами подачи энергии, что минимизирует распространение тепла. Нами используются в общехирургической практике все виды энергии, помимо качественных свойств инструмента, необходимо учитывать также наличие навыков работы у хирурга, что играет немаловажную роль в профилактике нежелательных эффектов аппаратов.

659. Перспективы и преимущества использования ретроперитонеального доступа при эндовидеохирургическом лечении неорганных забрюшинных новообразований

Тимербулатов М.В., Ирназаров Ф.Р.,
Зиганшин Т.М., Мехтиев Н.М., Аутова Л.Р.,
Гришина Е.Е.

Уфа

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

Актуальность. Новообразования, локализованные забрюшинно и не имеющие органной принадлежности объединены в понятие неорганных забрюшинных опухолей (НЗО). Такие опухоли встречаются в 0,03-1,1% от всех случаев впервые выявленных новообразований, при этом 60—85% НЗО являются злокачественными. По данным за 2019 год в РФ было впервые выявлено 640 391 случаев злокачественных новообразований, около 2500 случаев приходится на злокачественные НЗО. В большинстве случаев НЗО представлены различными формами сарком. Диагностика НЗО затруднена из-за преимущественно

бессимптомного течения и требует тщательной диагностики (исследование онкомаркеров, проведение биопсии, КТ/МРТ исследований), часто забрюшинные образования являются случайной находкой. Основным методом лечения НЗО - хирургическое вмешательство, поэтому актуально совершенствование тактики хирургического лечения. Хирургическое лечение больных с диагнозом НЗО сопровождается высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. В связи с этим проводятся исследования в поиске оптимальной хирургической техники удаления НЗО. Эндовидеохирургические операции на забрюшинно расположенных органах выполняются преимущественно лапароскопически, тем не менее ретроперитонеоскопический доступ (РПД) имеет ряд достоинств. Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с забрюшинными новообразованиями. Материалы и методы. На базе ГБУЗ РБ ГКБ №21 города Уфы за период с 2012 по 2021 было прооперировано 38 пациентов с неорганными забрюшинными образованиями, из них 19 случаев кист (50,0%), 4 липосаркомы (10,5%), фибромиолипома 4 (10,5%), фибросаркома 6 (15,8%), gist-опухоль 3 (7,8%), мезенхимомы 2 (5,4%). Всем пациентам было выполнено УЗИ- органов брюшной полости и другие лучевые методы исследования (КТ или МРТ). Была проведена консультация онколога для исключения злокачественности новообразований, однако в 26% случаев гистологическое исследование установило злокачественность новообразований. РПД использовался в 2 (5,4%) случаях, показанием служило расположение заинтересованного участка ближе к задней поверхности на основании данных инструментального исследования. Длительность операции составила $60,5 \pm 38$ минут, кровопотеря $95 \pm 13,5$ мл. Средний срок госпитализации составил $3,0 \pm 2,0$, суток. Срок наблюдения за пациентами после операции составил 13 ± 3 месяца. Результаты. Оценка осложнений в раннем послеоперационном периоде проводилась по классификации Clavien-Dindo: 1 степени - парез кишечника у 1 пациента (2,6%), Осложнений 2,3 и 4 степени не было. В сроки наблюдения до 16 месяцев в группе оперированных пациентов рецидивов не наблюдалось. Послеоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде отмечается значительно менее выраженный болевой синдром у пациентов оперированных ретроперитонеальным доступом (РПД), практически не требуется введение обезболивающих препаратов, что значительно сокращает период пребывания пациентов в стационаре (до 2 суток). Обсуждение. При выполнении операций в забрюшинном

пространстве боковой трансперитонеальный доступ (ТПД) обеспечивает привычные условия осмотра операционного доступа, дает больший объем рабочего пространства и хорошую визуализацию анатомических структур по сравнению с РПД. ТПД более уместен для опухолей большого размера при высоком риске конверсии, характеризуется лучшей кривой обучения. РПД более сложен для освоения, имеет более высокий риск повреждения магистральных сосудов, однако РПД снижает период реабилитации больных, среднее время начала приема пищи и болевой синдром. Выводы. Таким образом, достижение лучших результатов эндовидеохирургического лечения забрюшинных новообразований требует тщательной предоперационной диагностики, принятия во внимание размера новообразований. Хирургическое лечение забрюшинных новообразований лапароскопическим доступом является безопасным и эффективным оперативным вмешательством, однако ретроперитонеальный доступ значительно улучшает качество жизни больных и требует дальнейших исследований.

660. Лечебно-диагностическая тактика у больных деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом

Ягин М.В., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ

Актуальность. Деструктивный аппендицит в трети случаев (34,2%) является причиной осложненной внутрибрюшной инфекции. Полемикой сопровождается применимость лапароскопического метода при перитоните. Цель исследования. Уточнить возможности лапароскопической технологии у больных деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом. Материал и методы. Проанализированы данные обследования и лечения 114 больных деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом, что составило 8,3% от всех генеральной выборки больных деструктивным аппендицитом. Были

выделены ретроспективная (n=41, 2006-2012 гг.) и проспективная (n=73, 2013-2021 гг.) группы. Обследование и лечение больных проводилось согласно клиническим рекомендациям с принятыми в клинике дополнениями. Критерии, полученные при изучения ретроспективной группы, явились основой для оптимизации диагностического и лечебного алгоритмов, апробация и реализация которых проведена в проспективной группе. Результаты. В ретроспективной группе у больных деструктивным аппендицитом в 33 случаях верифицирован местный перитонит (отграниченный – 14, неотграниченный – 19), в 8 – распространенный (3 – диффузный, 5 разлитой). Характерными были положительные перитонеальные симптомы, усиление и расширение зоны болевого синдрома, медиана лейкоцитоза 15,4x10⁹/л., которые дополняли клинические признаки деструктивного аппендицита. Чувствительность клинико-лабораторной диагностики аппендикулярного перитонита составила 56,1%. Селективное применение ультразвукового исследования (УЗИ) повысило информативность обследования до 78,0%. Изучение эхонографии позволило уточнить ультразвуковые критерии местного (свободная жидкость в < 3-х анатомических зонах, отсутствие пареза тонкой кишки) и распространенного (жидкость в > 3-х анатомических зонах, отсутствие перистальтики, дилатация тонкой кишки > 3-х см.) перитонита. Выявление последних позволяло планировать больного на открытую аппендэктомию (ОАЭ). Выполнение лапароскопии сопряжено с риском повреждения троакаром раздутых петель кишечника, а также неполноценной аспирацией экссудата, являющегося причиной формирования внутрибрюшных абсцессов. Лапароскопия, использовавшаяся при неясной клинической картиной и неинформативной эхонографии, позволила выявить местный перитонит у оставшихся 9 пациентов и провести лапароскопическую аппендэктомию (ЛАЭ). ОАЭ была выполнена у 19 (46,3%) больных, в т.ч. срединная лапаротомия во всех случаях распространенного перитонита (n=8). Послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo от I до IIIb степени возникли у 6 (31,6%) больных. Выполнение ЛАЭ было ограничено местным перитонитом (n=22, 56,7%), осложнения развились в 2-х (9,1%) случаях. Изучение интраоперационных данных ОАЭ при местном и разлитом серозно-фибринозном перитоните без пареза тонкой кишки свидетельствовало о применимости лапароскопических технологий. Выделение

информативных клинико-лабораторных и ультразвуковых критериев с последующей их апробацией и рутинным выполнением эхонографии в проспективной группе привело к повышению диагностики аппендикулярного перитонита до 88,9%, а при использовании лапароскопии в 100%. Подавляющему количеству больных выполнена ЛАЭ (94,5%), в т.ч. при разлитом перитоните без пареза тонкой кишки (16,4%). Использование ОАЭ ограничилось случаями необходимости в назоинтестинальной интубации при парезе тонкой кишки. Операционные осложнения (IIIb степени) после ЛАЭ возникли у 2-х (2,7%) пациентов при отсутствии летальности. Выводы. Применение оптимизированного протокола обеспечивает рациональное использование лапароскопической технологии, улучшая результаты лечения больных деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом, снижая частоту послеоперационных осложнений при отсутствии летальных исходов.

661. Острая кишечная непроходимость: особенности диагностики и лечения

*Соловьев И.А. (1), Ханевич М.Д. (1,2),
Перминова А.А. (1,2), Боско О.Ю. (1).*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
- 2) ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. Острая кишечная непроходимость остается одной из ведущих причин госпитализации в неотложных хирургических отделениях по всему миру. Проблемы диагностики и определение тактики лечения по-прежнему остаются в центре внимания отечественных и зарубежных хирургов. Летальность у данной категории пациентов достигает 4 - 25% при неопухолевой и 22- 41% при опухолевой этиологии. Цель исследования. Разработать оптимальную тактику диагностики и лечения больных с острой кишечной непроходимостью. Материалы и методы исследования. Мы провели исследование, включающее 568 пациентов, оперированных по

поводу острой кишечной непроходимости с января 2019г. по июль 2021г. Мужчин было 318 (56%), женщин – 250 (44%), средний возраст пациентов составил 74±5,6 г. Обтурационная кишечная непроходимость явилась причиной 64% (n=364) неотложных хирургических вмешательств, странгуляционная кишечная непроходимость составила 6,3% (n=36), спаечная кишечная непроходимость составила 29,6% (n=168). Место препятствия при обтурационной кишечной непроходимости находилось на уровне тонкой кишки у 1,64% (n=6), слепой и восходящей ободочной кишки 30,70% (n=112), поперечно-ободочной 9,80% (n=36), сигмовидной и нисходящей ободочной кишки 33,20% (n=121), прямой кишки 24,80% (n=90). Правосторонняя гемиколэктомия выполнена в 112 случаях (30,80%), левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзостомы в 28 случаях (7,70%), операция Гартмана в 178 случаях (48,90%), формирование колостомы в 46 случаях (12,60%). Адгезиолизис при спаечной кишечной непроходимости выполнен в 141 случае (69,20%). У 39 пациентов (19,10%) при спаечной кишечной непроходимости выявлен некроз тонкой кишки, что потребовало выполнение резекции кишки, при этом с применением эндовидеохирургических технологий в 24 случаях (11,70%). Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у больных с обтурационной кишечной непроходимостью составила 8,6 суток. Общая смертность у этой категории пациентов составила 8,24% (n=30). Это статистически коррелировало с поздней стадией онкологического процесса (p=0,01) и отсроченной госпитализацией (p=0,04). У пациентов со спаечной и странгуляционной кишечной непроходимостью средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 6,8 суток. Общая смертность составила 10% (n=20). Это статистически коррелировало с некрозом кишечника (p=0,01) и отсроченной госпитализацией (p=0,04). Непроходимость тонкой кишки обычно возникает из-за спаек после хирургического вмешательства (65 %) или грыжи (15 %), тогда как непроходимость толстой кишки обычно возникает из-за опухолей (70 %) и стенозов после рецидивирующего дивертикулита (до 10 %). Более редкие причины толстокишечной непроходимости включают заворот сигмовидной кишки (5%) и ущемление петли кишки при грыжах (2,5%). Наличие расширенных (более 2,5–3 см), заполненных жидкостью петель кишечника на протяжении не менее 2–3 петель или протяженностью больше 10 см, усиление перистальтики и обнаружение коллапса сегментов

кишечника дистальнее стеноза являются важными признаками кишечной непроходимости при ультразвуковом исследовании. Точность УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости при сравнении с компьютерной томографией показала чувствительность 87 % и специфичность 81%, что превосходит точность рентгенографии, чувствительность и специфичность которой составила 75 % и 66 % соответственно. Использование водорастворимого контраста при рентгенологическом исследовании позволяет избежать полного закрытия просвета суженного участка кишки отвердевшим контрастом в отличие от использования водной взвеси сульфата бария. Кроме того позволяет оценить необходимость хирургического вмешательства при спаечной тонкокишечной непроходимости с совокупной чувствительностью 96% и специфичностью 94%. Особую диагностическую ценность при лечении больных с острой кишечной непроходимостью имеет оценка внутрибрюшного давления. При этом увеличение внутрибрюшного давления до $24,5 \pm 5,5$ см вод.ст. является показанием для активной хирургической тактики (декомпрессия брюшной полости). Применение эндовидеохирургических технологий в лечении больных спаечной кишечной непроходимостью улучшает клинические результаты и может быть безопасно выполнена в отдельных случаях. При этом непосредственные результаты демонстрируют аналогичные показатели повреждения кишечника и повторных вмешательств по сравнению с открытыми операциями. Отсроченная операция может быть рекомендована пациентам с отсутствием явных признаков странгуляции из-за меньшей смертности. Стабильные пациенты с подозрением на внутрибрюшную злокачественную опухоль должны быть оценены для планирования оптимального хирургического вмешательства. Распространенные внутрибрюшные злокачественные новообразования, вызывающие многоуровневую обструкцию редко подлежат радикальному хирургическому вмешательству. Локализованные обструктивные желудочно-кишечные или внутрибрюшные злокачественные новообразования подлежат радикальному вмешательству или возможно применение эндоскопических технологий с целью паллиативной декомпрессии. При этом, в ряде случаев необходимо наложение разгрузочной колостомы: расширенный престенозированный сегмент кишечника, пациенты пожилого возраста с коморбидной патологией, опыт хирурга, факторы риска несостоятельности анастомоза, ранее существовавшее недержание, перфорация с

перитонитом, абдоминальный сепсис, метастатический рак с низкой продолжительностью жизни, текущая химиотерапия или иммуносупрессивное лечение, ректальный стеноз. У большинства пациентов с многоуровневым поражением тонкой кишки для декомпрессии необходимо осуществлять назогастроинтестинальную интубацию с одномоментным удалением кишечного содержимого и установкой зонда за связку Трейца для энтерального питания, особенно при канцероматозе брюшины и нарушенном нутритивном статусе. При спаечной кишечной непроходимости необходима максимально консервативная тактика лечения больных, так как является успешным у 40-70% пациентов и связана с более короткой госпитализацией. Однако у данной категории пациентов наблюдается более высокая частота рецидивов, поскольку причина непроходимости (спаечная болезнь) не устранена. Особую проблему представляют пациенты с канцероматозом брюшины, у которых имеют место признаки острой кишечной непроходимости, не имеющие четких различий механического и функционального генеза. Выводы. 1. При выполнении операции у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью необходимо оценивать хирургические и анестезиологические риски. Выполнение радикальной одномоментной операции при повышенных рисках нежелательно. Необходимо проводить двухэтапное хирургическое лечение: создание декомпрессивной колостомы на первом этапе, с последующим радикальным хирургическим лечением после стабилизации состояния. 2. У пациентов с подозрением на спаечную тонкокишечную непроходимость хирургическое вмешательство следует начинать с эндовидеохирургического подхода при отсутствии водорастворимого контраста в толстой кишке на рентгенограмме спустя 24 часа и неэффективности консервативной терапии в течение 48 часов. Исключения составляют многократные операции на органах брюшной полости в анамнезе, в том числе по поводу спаечной кишечной непроходимости и тяжелое общее состояние больного. 3. Компьютерная томография является предпочтительным методом диагностики механической кишечной непроходимости и ее осложнений, поскольку она позволяет оценить степень тяжести (полная и неполная кишечная непроходимость), точную локализацию (разность калибров) и установить причину (ущемленная грыжа, опухоль, спайки брюшной полости, мезентериальный тромбоз), а также выявить возможные осложнения (перфорация,

внутрибрюшные абсцессы). 4. Рентгенологическое исследование является методом начального скрининга и имеет значение при серийных визуализациях в условиях консервативного лечения.

662. Современные варианты лечения больных с травмой пищевода

*Пушкин С.Ю. (1,2), Белоконов В.И. (1,2),
Щербаков Д.А. (2), Абашкин Н.Ю. (2),
Вольгов Л.А. (1,2)*

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. При травме пищевода оперативные вмешательства относятся к одному из самых сложных разделов в хирургии. Это связано как с особенностями топографо-анатомических взаимоотношений пищевода и прилегающих органов, так и с изменениями в окружающих тканях. До сих пор не определены оптимальные способы лечения повреждений пищевода в зависимости от характера изменений в стенке пищевода, распространенности медиастинита и требуют дальнейших исследований. Цель исследования - улучшение результатов лечения пациентов с травмой пищевода путем выбора способа операции в зависимости от морфологических изменений в стенке органа и распространенности медиастинита. Материал и методы. Проведен анализ лечения 134 пациентов с повреждениями пищевода с 2014 по 2021 годы. Причинами повреждений были инородные тела (75/56%); синдром Бурхаве (16/11,9%); при операциях по поводу ГПОД, патологического ожирения (14/10,5%); металлические конструкции на телах позвонков (12/9%); инструментальные исследования (5/3,7%); бужирование и баллонная дилатация стриктур (5/3,7%); ранения органа холодным оружием (4/3%); интубация трахеи и трахеостомия (3/2,2%). Алгоритм обследования включал обзорную рентгенографию органов грудной клетки, контрастное исследование пищевода с раствором сернокислого бария, компьютерную томографию

органов грудной клетки, ФЭГС, по показаниям рентгенография и КТ брюшной полости. В лечении были использованы нескольких схем лечения: только вскрытие и дренирование средостения; частичное ушивание дефекта пищевода со сквозным чреспищеводным дренированием; после вскрытия средостения стремились ушить и укрепить поврежденную стенку пищевода, а при некротизированных краях дефекта выполняли его частичное ушивание и сквозное чреспищеводное дренирование, внутрипросветное клипирование дефектов пищевода, стентирование, VAC-терапию, сочетание вышеперечисленных методов. При травмах пищевода с повреждением медиастинальной плевры или развитием осложнений используем видеоторакоскопическую санацию плевральной полости и средостения в сочетании со сквозным чреспищеводным дренированием средостения и внутрипросветное клипирование дефекта нижней трети пищевода с лапароскопическим дренированием средостения. Результаты и их обсуждение. У 92 (68,7%) больных были непроникающие ранения стенки пищевода с повреждением слизистой. Данной группе пациентов проведено консервативное лечение с хорошим эффектом. 42 (31,3%) пациентам выполнены оперативные вмешательства. Хорошие результаты получены у 34 (81%) больных при ушивании стенки пищевода (клипировании) или в сочетании: с укреплением линии швов, сквозным чреспищеводным дренированием, VAC-терапией. Для лечения медиастинита наиболее эффективно дренирование средостения сквозными дренажами и VAC-терапия. У 5 (11,9%) больных потребовалась повторная операция для редренирования зоны повреждения в пищеводе и средостении. Умерло 3 (7,1%) пациентов. Выводы. Большое значение имеет ранняя диагностика перфорации пищевода. Ушивание стенки пищевода с укреплением линии шва местными тканями позволяет добиться в большинстве случаев первичного заживления дефекта. Наиболее эффективным вариантом операции, выполненной в поздние сроки при некротических изменениях в стенке органа и медиастините, является ушивание стенки пищевода на сквозном назо-фарингоэзофагеальном дренаже. Перспективным методом является внутрипросветное клипирование дефектов пищевода в сочетании с малоинвазивными методами дренирования средостения (торакоскопия, лапароскопия), VAC-терапия. Дифференцированный подход к выбору способа операции при повреждениях и перфорациях пищевода позволяет улучшить результаты, снизить частоту осложнений и летальных исходов.

663. Исходы панкреонекроза как хирургическая проблема

Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Зюбина Е.Н., Михин В.С., Шарашикина Л.В., Михин И.В., Строганова Е.П.

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. Не каждый пациент после панкреонекроза (ПЗ) может считать себя вполне здоровым человеком. Возникают различные нарушения морфологической структуры поджелудочной железы (ПЖ) и парапанкреатической клетчатки (ППК), формируются патологические состояния, связанные с последствиями перенесенных хирургических вмешательств, которые существенно снижают качество жизни больных, приводят к ограничению трудоспособности, возникновению болезней, требующих повторных хирургических вмешательств. Цель работы. Получение новых данных об исходах панкреонекроза, требующих хирургического лечения, путём длительного проспективного когортного исследования. Материал и методы. В исследование включены 1034 больных ПЗ: мужчин 567 (54,8%), женщин – 467 (45,2%). Средний возраст составил: 51±16,9 лет. Точка отсчета начала исследования - 01.01.1998 года, формирование когорты завершено 01.01.2015 года. Исходы заболевания оценивали на протяжении 5 лет с момента выписки пациентов из клиники по общепринятому делению на 5 групп: Смерть (Death), Заболевание (Disease), Дискомфорт (Discomfort), Инвалидизация (Disabiliti), Неудовлетворенность (Dissatisfaction). Для реализации поставленной цели изучены непосредственные и отдаленные результаты и качество жизни у 775 (75%) больных, перенесших ПЗ. Результаты. На фоне лечения панкреонекроза умерло 220 (21%) больных, в отдаленном после лечения периоде умерло – 28 (2,7%), от другой болезни, не связанной с острым панкреатитом (ОП) -18 (1,7%), от очередной атаки ОП – 10 (0,96%). Выбыли из исследования – 259 (25%) больных. В исследовании через 5 лет после выписки из клиники участвовали 527(51%) пациентов. Повторно в хирургический стационар обратились 342 (33%) пациента. Из них: с кистозными образованиями ПЖ и ППК – 161 (47%), с болевым синдромом в животе на фоне хронического панкреатита – 67 (19,7%), с

острым панкреатитом – 72 (21%), с хроническим индуративным псевдотуморозным панкреатитом – 23 (6,7%), с наружным панкреатическим свищем – 16 (4,7%), с внутренним панкреатическим свищем – 2 (0,6%), с инфарктом и гнойным расплавлением селезёнки – 16 (4,6%), с псевдоаневризмой в проекции головки ПЖ – 1 (0,3%), с хилоперитонеум – 1 (0,3%). Хирургическое лечение традиционным лапаротомным доступом потребовалось в 112 (32,7%) наблюдениях. Остальные пациенты получили малоинвазивные хирургические вмешательства, манипуляции и консервативную терапию. Трудоспособность сохранилась у 336 (63,8%) больных, перенесших ПЗ и проживших 5 лет после болезни, а у 190 (36,2%) не работающих инвалидов имеют 116 (22,2%) обследованных. Выводы. Благоприятный непосредственный результат лечения панкреонекроза, зачастую, не является окончательным благоприятным исходом. В отдаленном периоде у трети больных формируются морфологические изменения структуры ПЖ и ППК, а также иные последствия перенесенных в ходе хирургического лечения ПЗ осложнений, требующих дальнейших оперативных вмешательств. Трудоспособность сохраняют 2/3 больных, перенесших ПЗ.

664. Анализ результатов использования монооксида азота-содержащего газового потока в лечении пациентов с распространенным перитонитом

Чумаков П.И. (1,2), Бондаренко А.Г. (1,2), Демьянова В.Н. (1), Пыхтин Ю.Ю. (1,2), Пустий С.А. (3), Чаплыгин Р.А. (1,2), Слеваков М.Г. (2), Аманьязов А.И. (2), Пресняков В.Н. (4)

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ, 2) ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя, 3) ГБУЗ СК СККБ, 4) АНМО СКККДЦ

Актуальность. Летальность у пациентов при РГП составляет 20–30 %, при тяжёлых формах – 40–50 %, в терминальной стадии достигает 50–70 %, чем обусловлена актуальность исследования. Основная причина эндогенной интоксикации,

увеличивающей летальность, является гнойный экссудат. Поэтому одним из главных этапов лечения является эффективная и своевременная санация брюшной полости. Существенным прорывом в лечении РГП явилось применение экзогенного монооксида азота (NO-терапии). Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 78 больных с РГП в клиниках факультетской хирургии Ставропольского государственного медицинского университета в 2016–2021 гг. Критерии включения: пациенты с РГП различной этиологии, в лечении которых были применены программированные лапаросанации. В основной группе (40 больных) программированные лапаросанации дополнялись воздействием на брюшину, брыжейку тонкой кишки и лапаротомной раны NO-СГП. В дополнение у 30 больных в этой группы производилась обработка брюшной полости NO-СГП через дренажи. Во второй группе (38 пациентов) лапаросанации выполнялись 0,05 % водным раствором хлоргексидина. Статистически значимых различий в составе групп не отмечено. Критерии эффективности: динамика исчезновения клинической симптоматики, уровень лейкоцитов в ОАК, динамика изменения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), достижение стерильных результатов посевов экссудата брюшной полости, динамика гистологической картины париетальной брюшины при программированных лапаросанациях, длительность лечения, количество осложнений и уровень летальности в группах. Результаты и обсуждение. В основной группе динамика исчезновения симптомов перитонита (болевой синдром, анорексия, парез кишечника, гипертермия) была значительно быстрее в сравнении со второй группой, в среднем на 3-5 дней. К 5 суткам после санации лейкоцитоз во второй группе сохранялся у 60 % пациентов, а в основной группе – только у 26 % и, соответственно, у 41 и 15 % – на 8-е сутки. ЛИИ во второй группе достиг нормальных значений на 5-е сутки у 44 % пациентов, в первой – у 77 %. На 8-е сутки в первой группе ЛИИ снизился у 88 % больных, в то время как во второй группе у 65 %. Стерильных результатов бактериологических посевов к 4-м суткам в первой группе достигли у 87 % больных, а к 8-м суткам – у 96,8 % больных. Во второй группе к 4-м суткам рост отсутствовал 75%, к 8-м суткам – у 87 %. В основной группе удалось достичь сокращения длительности антибактериальной терапии на 2-3 суток, в сравнении со второй группой. Патоморфологические исследования париетальной брюшины у больных обеих групп продемонстрировали, что NO способствует активизации регенеративных процессов,

препятствует повреждению тканей, сокращает выраженность воспалительных изменений. Количество лапаросанаций у пациентов второй группы составило 65, в первой – 55 (т. е. в 1,2 раза меньше). При анализе количества гнойно-инфекционных осложнений в послеоперационном периоде в первой группе больных было в 2,9 раза меньше. Все они развились у пациентов, которым было выполнено более 3-4 программированных санаций (во второй группе три и более лапаросанации было выполнено у 12 больных, в первой – только у 4 пациентов). Уровень послеоперационной летальности во второй группе был в 1,9 раза выше, чем в первой, но учитывая небольшое количество наблюдений, эти выводы не являются статистически корректными. Длительность лечения пациентов второй группы была на 5 койко-дней больше, чем в первой и составила 22,4±13 койко-дня, в то время как в первой, при использовании NO-терапии - 17,6±1,4 койко-дня. Заключение. Результаты исследования показывают эффективность применения NO-терапии в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита.

665. Опыт лечения осложненных форм дивертикулеза ободочной кишки

Калинин В.А., Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А.

Новосибирск

ГБУЗ НСО ГНОКБ

Актуальность. Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки в различных странах достигает 30% от всей популяции. Дивертикулез толстой кишки встречается у 40% людей старше 70 лет. В общей структуре стационарных больных пациенты с дивертикулезом толстой кишки и его осложнениями составляют в среднем 8,4% случаев. В 60% случаев дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке, в 24% - в нисходящем отделе ободочной кишки, в левом фланге встречается у 17% больных. В настоящее время нет четких критериев лечения осложненных форм дивертикулеза ободочной кишки, что влечет за собой дискуссии в хирургическом обществе. Цель исследования. Изучить результаты оптимизации диагностических

мероприятий и выбора лечебной тактики при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 78-ми госпитализированных больных в отделение колопроктологии ГНОКБ за период с 2015г. по 2020 г. с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки, в возрасте от 37 до 88 лет. Среди больных 27 (34,6%) были мужчины, 51 (65,4%) - женщины. Частота осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки в клиническом материале составила: острый дивертикулит отмечен у 47 (60,0%), парадивертикулярный инфильтрат - у 10 (12,9%), абсцесс - у 5 (7,1%), кишечное кровотечение - у 13 (15,1%) и перфорация - у 3 (4,9%) больных. Наиболее информативными методами исследования были рентгенологические, эндоскопические. Консервативное лечение проведено 61 (78,2%) больному, оперированы по экстренным показаниям 17 (21,8%) больных. Результаты. При анализе полученных данных было установлено, что во всех случаях острого дивертикулита с парадивертикулярным инфильтратом, 57 (72,9%) больных, консервативная терапия (антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия) является вариантом выбора лечения. Положительный эффект достигнут на 2-3 сутки от момента начала терапии в виде купирования болевого синдрома, нормотермии, нормализации маркеров воспаления (СРБ, лейкоцитоз); инфильтрат купирован на 5-6 сутки. Средний срок госпитализации пациентов составил 4-7 суток. Парадивертикулярный абсцесс осложнился перфорацией у 8 (12%) больных. В диагностике ведущим методом явились КТ и УЗИ. Всем больным выполнено оперативное лечение. При внутрибрюшном абсцессе у 1 больного размеры абсцессов составили в пределах 7 см, было выполнено пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ. Послеоперационные осложнения не отмечены. При лапаротомном доступе все случаи дренирования абсцессов закончились формированием разгрузочной кишечной стомы. При перфоративном дивертикулите были выполнены обструктивные резекции толстой кишки. Дивертикулярные кровотечения у 13 (15,1%) больных купированы консервативно. Выводы. 1. Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки и выбрать рациональную лечебную тактику. 2. При абсцедировании, перфорации показано экстренное оперативное

лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса. 3. Широкое внедрение современных малоинвазивных технологий в хирургическую тактику ведения больных с осложненными формами дивертикулярной болезни позволяют существенно снизить показатели тактических ошибок, послеоперационных осложнений и летальности.

666. Отдаленные результаты консервативного лечения пациентов с острым калькулезным холециститом

*Пирожкова Е.А. (1), Демко А.Е. (1,2),
Осипов А.В. (1,2)*

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2) ФГБУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Министерства обороны РФ

Актуальность. Выбор тактики лечения больных острым холециститом до сих пор является предметом оживленных дискуссий в хирургическом обществе. Больные острым холециститом составляют до 15-20% от всего количества поступающих в экстренные хирургические стационары по неотложным и срочным показаниям. В настоящее время «золотым стандартом» лечения больных с острым холециститом является лапароскопическая холецистэктомия. Однако, допускается и тактика консервативного лечения заболевания. Цель работы. Оценка отдаленных результатов консервативного лечения пациентов с острым калькулезным холециститом. Материалы и методы. В ретроспективное исследование включили 120 больных с острым калькулезным холециститом, получивших консервативное лечение в НИИ СП им И.И. Джанелидзе в период с 2014 по 2019 год. Критериями включения пациентов в исследование являлись признаки острого холецистита согласно национальным клиническим рекомендациям, применение тактики консервативной терапии, отсутствие операций в течение рассматриваемой госпитализации. Всего было 84 (70%) женщин и 36 (30%) мужчин. Средний возраст составил $48,9 \pm 11,7$ лет. Рассматривали

больных с острым калькулезным холециститом легкой и средней степени тяжести. Оценивали отдаленные результаты лечения. Проводили анкетирование пациентов, изучали уровень качества жизни пациентов, количество повторных приступов острого холецистита, количество повторных госпитализаций в экстренные стационары по данной патологии, наличие осложнений, результаты планового лечения. Результаты. В результате мониторинга отдаленных результатов (от 2 до 7 лет) после случая консервативного лечения были получены следующие данные. За рассматриваемый период времени 92 (76,7%) пациентам не выполнено холецистэктомии. У 8 (6,7%) пациентов развились осложнения в виде холедохолитиаза, механической желтухи. Прооперировано было 28 пациентов (23,4%), из них 11 (39,2%) в плановом порядке, 17 (60,8%) в экстренном. В группе экстренно прооперированных пациентов 4 больным (23,5%) выполнена конверсия доступа на лапаротомию из-за технических сложностей. Из группы не оперированных пациентов больные отмечают увеличение частоты приступов болей в правом подреберье от 1-2 до 4-6 в год, некоторые из которых требовали госпитализации в экстренный стационар. Согласно анкетированию по опроснику SF-36 уровень качества жизни сохраняется относительно удовлетворительным у неоперированных пациентов $44 \pm 12,3$ балла, у оперированных $52 \pm 13,4$. Летальных исходов не наблюдалось. Выводы. Несмотря на то, что консервативная терапия при остром холецистите является допустимым тактическим решением, большинство больных не обращается за помощью в плановом порядке. Отказ от операции способствует повышению удельного веса осложненных форм ЖКБ и высокой доле интраоперационных технических сложностей при последующем оперативном лечении.

667. Качество жизни больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки с лимфодиссекцией в объеме Д2 и Д3. Рандомизированное исследование.

Муратов И.И. (1), Сушков О.И. (1), Шахматов Д.Г. (1,2), Суворевгин Е.С. (1), Ачкасов С.И. (1,2)

Москва

1) ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, 2) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. В настоящее время хирургическое вмешательство с соблюдением онкологических принципов остается методом выбора при лечении рака ободочной кишки (РОК). В последние годы в литературе уделяется большое внимание изучению влияния расширенной лимфодиссекции (ЛД) на результаты лечения больных РОК. В то же время оценка только непосредственных и отдаленных результатов оперативных вмешательств по поводу РОК с расширенной ЛД была бы неполной без оценки качества жизни (КЖ) этой группы больных. Целью настоящего исследования было изучение влияния Д2 и Д3 объема ЛД на КЖ пациентов, перенесших операции по поводу рака ободочной кишки. Материал и методы. В исследование было включено 178 пациентов, оперированных по поводу РОК, которые были рандомизированы в 2 группы: основную – с лимфаденэктомией в объеме Д3 (n=90) и группу сравнения с Д2 ЛД (n=88). Для оценки КЖ пациентов проводилось их анкетирование за день до операции, через 1 и 12 месяцев после нее с использованием двух валидированных опросников КЖ (QLQ – С30 v. 3.0, QLQ – CR29 v. 2.1). В каждой из представленных анкет все вопросы сгруппированы в виде шкал физического и социального функционирования, отдельных предметов, а также симптоматических шкал. Полученные результаты. Было установлено, что вне зависимости от объема лимфодиссекции через 1 и 12 месяцев после операции у больных отмечалось статистически значимое улучшение КЖ по сравнению с исходными показателями – 50 баллов до операции, 66,7 и 100 баллов через 1 и 12 месяцев, соответственно, в каждой из групп (p<0,001). Также было установлено, что выраженность диареи после Д3 ЛД через 30 дней (17,9 балла) и 12 месяцев после операции (15,9 балла) была статистически значимо выше, чем после Д2 ЛД – 8,6 и 9,1 баллов в те же сроки, соответственно (p30=0,003, p12=0,029). Через 30

дней после правосторонней гемиколэктомии (ПГКЭ) с Д3 ЛД было выявлено статистически значимое увеличение частоты стула более 4-х раз в сутки у 25 (65,8%) пациентов, а в группе Д2 ЛД – у 14 (38,9%) больных (ОР=1,7, 95% ДИ: 1,06–2,82, p=0,02). Через 12 месяцев увеличение частоты стула более 4 раз в сутки наблюдалось у 27 (71,1%) пациентов, перенесших ПГКЭ с Д3 ЛД, а в группе Д2 ЛД – у 12 (33,3%) больных (ОР=2,2, 95% ДИ: 1,29–3,75, p=0,001). Причем риск развития диареи через 30 дней и 12 месяцев после ПГКЭ с Д3 ЛД был выше в 1,8 раза (ОР=1,8, 95% ДИ: 1,12–2,92) и 1,9 раза (ОР=1,9, 95% ДИ: 1,18–3,15, p=0,005), соответственно, по сравнению с операциями, где выполнялась Д2 ЛД. Частота эректильной дисфункции через 30 дней после резекции левых отделов ободочной кишки в группе больных с Д3 ЛД статистически значимо увеличилась по сравнению с дооперационными показателями – с 50% до 83,3% (p=0,007). Анализ показателей шкал физического и социального функционирования, а также симптоматических шкал не выявил других статистически значимых различий. Обсуждение. Проведенный анализ результатов исследования дает возможность предположить, что развитие диареи после перенесенной ПГКЭ с Д3 ЛД может быть связано с частичной денервацией тонкой кишки в результате повреждения нервного сплетения, располагающегося вдоль верхней брыжеечной артерии. Развитие же эректильной дисфункции при резекции левых отделов ободочной кишки с Д3 ЛД, по всей видимости, можно объяснить травмой структур верхнего гипогастриального сплетения при выполнении расширенной ЛД в области основания нижней брыжеечной артерии. Выводы. Результаты рандомизированного исследования показали отсутствие статистически значимых различий в уровне КЖ больных, оперированных по поводу РОК с ЛД в объеме Д2 и Д3. Вместе с тем было установлено, что у больных, оперированных по поводу рака левых отделов ободочной кишки, чаще возникают нарушения эрекции после Д3 ЛД, чем после ЛД в объеме Д2. После ПГКЭ с расширенной ЛД частота развития диареи выше, чем у больных, перенесших операции с ЛД Д2.

668. Функциональная оценка нового способа пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии

Барышев А.Г. (1,2), Ефременко Ю.В. (2)

Краснодар

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

Актуальность. Основным методом лечения рака желудка является хирургический. Гастрэктомия (ГЭ) – наиболее частое (48-65%) оперативное вмешательство при этой патологии. Представляя собой максимальную редукцию верхнего отдела пищеварительного тракта, ГЭ сопряжена с высокой частотой органических и функциональных нарушений, негативно влияющих на процесс пищеварения и качество жизни больных. Выраженность постгастрэктомических нарушений напрямую зависит от способа формирования пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА), восстанавливающего непрерывность пищеварительного тракта. В научной литературе описано более 70 различных способов ПКА, что свидетельствует об отсутствии оптимального варианта и неудовлетворенности функциональными результатами существующих. Цель. Сравнить функциональные результаты гастрэктомии в зависимости от варианта ПКА и схемы восстановления непрерывности пищеварительного тракта (ВНПТ). Материалы и методы. 49 пациентам, выполнена радикальная гастрэктомия с D2 лимфодиссекцией лапаротомным доступом по поводу рака желудка. Пациенты по схеме ВНПТ разделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту: I группа (n=25) - стандартная реконструкция длиной петлей тощей кишки с брауновским анастомозом, II группа (n=24) - петлевой ПКА по разработанному авторами способу (патент на изобретение № 2735811 приоритет от 03.03.20г). Способ осуществляется анастомозированием пищевода в бок приводящего колена петли тощей кишки, поперечно прошитого механическим швом на 12 см дистальнее ПКА и дополненного двумя брауновскими анастомозами, диаметром 4,0 и 1,5 см выше и ниже механического шва соответственно. В сроки через 6 мес и 1 год оценивали наличие и степень тяжести демпинг-синдрома (ДС), рефлюкс-эзофита (РЭ). Результаты. По данным рентгенологического исследования в группе I через 1 год после ГЭ рентгенологически

зарегистрированы случаи молниеносной эвакуации пищи, сопоставимые с ДС тяжелой степени тяжести у 4 пациентов (16%), у пациентов группы II отмечено замедление эвакуации пищи до 30-50 мин у всех больных ($p < 0,05$), что клинически проявилось наличием ДС только у 2 (8,3%) больных, и что характерно в легкой форме, с постепенным регрессом проявлений по мере увеличения времени после ГЭ. Изжога, как симптом РЭ в группе I отмечалась у 13 (52,0 %) больных, а в группе II данный симптом полностью отсутствовал ($P < 0,05$). При эндоскопической оценке слизистой оболочки пищевода в группе I эрозивный РЭ имел место в 12 % случаев, катаральный — в 36 %, язвенный — в 4%, в дальнейшем эта частота оставалась стабильной, а в группе II явления РЭ эндоскопически выявлены в 4,16 %, и носили характер катарального эзофита I ст. ($p < 0,05$). Выводы. Новый способ формирования ПКА по предложенной методике позволяет предупредить или минимизировать клинические проявления рефлюкс-эзофита, ускоренной эвакуации из отводящей петли, что приводит к улучшению качества жизни и скорейшей социальной реабилитации пациентов перенесших гастрэктомию. Использование данной реконструкции может служить методом выбора реконструкции после гастрэктомии у пациентов с I-II стадиями рака желудка, с потенциально благоприятным клиническим прогнозом заболевания.

669. Иммунологические предикторы неблагоприятного исхода у пациентов с панкреатитом тяжелой и средней степени

Малькова В.М., Демко А.Е., Осипов А.В., Батиг Е.В.,
Пивоварова Л.П., Осипова И.В., Арискина О.Б.,
Рысева А.А., Мифтахов И.Г., Галошина А.В.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

Актуальность. Острый панкреатит занимает третье место в ургентной абдоминальной патологии по частоте встречаемости, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. Проблема

деструктивного панкреатита не теряет своей актуальности в связи со сложностью диагностики заболевания и своевременной оценки тяжести воспалительного процесса. В связи с этим, целью нашего исследования являлась оценка иммунологических предикторов формирования полиорганной недостаточности и неблагоприятного исхода в ферментативной фазе острого панкреатита у пациентов с панкреатитом тяжелой и средней степени, их диагностика и профилактика. Материалы и методы. Основу работы составили результаты обследования и лечения 15 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, проходивших лечение в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в августе 2021 – январе 2022 года. 70% составили мужчины, возраст больных варьировал от 36 до 81 года., в среднем составлял $51,3 \pm 6,7$ лет. Критерии диагностики острого панкреатита включали наличие типичной клинической картины, УЗИ-признаков (или СКТ), данные биохимического анализа крови. Определение тяжести заболевания проводилось при помощи Атлантской классификации и шкалы тяжести панкреатита по Толстому А.Д. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия. Изучался цитокиновый профиль в перитонеальной жидкости и сыворотке крови. Тяжелый панкреатит был констатирован у 13,3% включенных пациентов, 86,7% наблюдений составили больные с заболеванием средней степени тяжести. В 8 (53,3%) случаях была выполнена лапароскопия при ферментативном панкреатите. Результаты и выводы. Общая летальность составила 13,3 %. В динамике органная дисфункция развилась у 6 (40%) больных. При сопоставлении данных цитокинового, клинического и биохимического профиля с выявленной органной дисфункцией и неблагоприятным исходом течения заболевания, можно сделать вывод о том, что для пациентов с тяжелым острым панкреатитом характерна выраженная иммуносупрессия, не купируемая базовой терапией. При этом не выявлено достоверной корреляции между степенью тяжести панкреатита и уровнем амилазы крови. Достоверными предикторами полиорганной недостаточности являются изменения в лейкоцитарной формуле и показатели оксидантного стресса. Повышение уровня лактата крови выше $2,7 \pm 0,4$ ммоль/л и изменения кислотно-основного состояния крови в виде метаболического ацидоза можно отнести к факторам неблагоприятного прогноза. Среди показателей цитокинового профиля статистически достоверно коррелировали с развитием органной дисфункции и неблагоприятным исходом высокие уровни ФНО-а,

превышающие $74,9 \pm 7,3$ пг/мл. Выводы. К предикторам развития органной дисфункции и неблагоприятного прогноза у больных с острым панкреатитом тяжелой и средней степени относятся признаки метаболического ацидоза и высокий уровень фактора некроза опухолей альфа. Требуется дальнейшее изучение места диагностики иммунологических нарушений в комплексном подходе к лечению пациентов с острым панкреатитом. Показатели иммунологического профиля могут быть исследованы для прогнозирования исхода острого панкреатита тяжелой и средней степени тяжести. Необходим дальнейший более углубленный анализ иммунного статуса на различных сроках заболевания, соответствующих первой, ферментативной фазе острого панкреатита с целью оценки взаимозависимости между различными компонентами иммунологического профиля как сыворотки крови так и перитонеальной жидкости пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

670. Дифференцированный подход при лечении пострадавших с изолированной травмой груди и политравмой

Пушкин С.Ю. (1,2), Бенян А.С. (1), Камеев И.Р. (2)

Самара

1) Самарский государственный медицинский университет, 2) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность. Восстановление целостности костного каркаса грудной клетки является одним из главных элементов при оказании помощи пострадавшим с травмой груди. Устранение реберного клапана является основным методом профилактики и лечения респираторных и гемодинамических нарушений. В то же самое время среди нерешенных вопросов наряду с выбором способа восстановления поврежденных ребер весьма важным является решение вопроса о целесообразности выполнения подобных операций у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Противоположность мнений при этом объясняется тем, что если у пациентов с изолированной тяжелой травмой груди решение вопроса стабилизации

грудной клетки является основным, то у пациентов с политравмой, которые зачастую уже находятся на искусственной вентиляции легких, оперативная фиксация переломов ребер не всегда эффективна ввиду тяжести сочетанных повреждений, и может ухудшить состояние пациентов. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с изолированной травмой груди и политравмой, имеющих множественные и флотирующие переломы ребер путем обоснования показаний к использованию различных способов стабилизации грудной клетки. Материал и методы. Проведен анализ лечения 776 пострадавших с травмой груди, которым была оказана медицинская помощь в Региональном Травмоцентре на базе СОКБ им. В.Д. Середавина за период с 2011 по 2021 года. Среди пострадавших было 540 мужчин (69,6%) и 236 женщины (30,4%). Средний возраст пациентов был равен 47,9 лет. У 385 (49,6%) пострадавших травма груди получена во время дорожно-транспортного происшествия. У 258 (33,3%) пострадавших была изолированная травма груди, у 392 (50,5%) - травма груди являлась доминирующим повреждением, у 126 (16,2%) – недоминирующим повреждением у пациентов с политравмой. Множественные и флотирующие переломы ребер с образованием реберной створки и нестабильностью костного каркаса груди имелись у 161 (20,7%) пострадавшего. Количество поврежденных ребер было от 4 до 18. Переломы ребер правой половины грудной клетки были у 61 пациентов, левой половины грудной клетки – у 46, двусторонние переломы – у 52. Дополнительно перелом грудины был диагностирован у 9 пострадавших. Ушиб легких разной степени был выявлен у 53 пациентов, ушиб сердца – у 6. У всех пострадавших имелась дыхательная недостаточность различной степени, у 18 из них был диагностирован респираторный дистресс-синдром. У 45 пациентов также были выявлены внутригрудные повреждения, требующие их устранения. Оценку тяжести травмы у пациентов с сочетанными, множественными повреждениями и политравмой проводили по шкале ISS (Injury Severity Score). Среднее значение показателей по шкале ISS у пострадавших с политравмой 27 баллов. У пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер проводили внутреннюю пневматическую стабилизацию путем искусственной вентиляции легких и фиксацию костного каркаса груди за счет скелетного вытяжения и остеосинтеза ребер. Результаты. Оперативные вмешательства, направленные на временную или окончательную стабилизацию костного каркаса, проводили в сроки от 6 до 72 часов после полученной травмы. Скелетное

вытяжение за грудину или ребра выполнено у 24 пациентов с задним реберным клапаном. Выздоровление наступило у 18 пациентов, умерло 6. У 8 пациентов стабилизация реберного каркаса была достигнута путем наложения аппаратов внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза на грудную клетку. Дыхательная недостаточность была купирована в сроки от 7 до 12 суток. Умерло 2 пациента. Внутренняя пневматическая стабилизация была применена у 11 пострадавших с политравмой и передним реберным клапаном с отрывом реберных хрящей от грудины. Сроки стабилизации и последующего отлучения пациентов от искусственной вентиляции составили 10-17 суток. Умерло 4 пациента. У 118 пострадавших выполнена оперативная фиксация переломов ребер с помощью наkostного остеосинтеза по технологии «MatrixRib» («Synthes»). На первом этапе у 27 пациентов предварительно была выполнена временная стабилизация реберного каркаса: у 8 человек - посредством внутренней пневматической стабилизации, у 19 - путем тракции реберно-грудинного комплекса за ребра и грудину. Фиксацию переломов ребер проводили с помощью наkostных и интрамедуллярных пластин. Накостные пластины применены у 110 пациентов, внутрикостный остеосинтез – у 8. Средний срок искусственной вентиляции лёгких после проведения фиксации составил 2,5 суток. Умерло 9 пациентов от внелегочных причин. Симультантные оперативные вмешательства проведены у 66 пострадавших: у 36 была выполнена видеоторакоскопия с устранением внутригрудных повреждений; у 4 – торакотомия; у 2 - остеосинтез грудины; у 10 - внутрибрюшные операции; у 14 - операции на опорно-двигательном аппарате. Трахеостомия произведена 31 пациенту. Среднее пребывание пострадавших на искусственной вентиляции легких в послеоперационном периоде после стабилизации грудной клетки составило 3,8 суток. Осложнения зарегистрированы у 33 (20,1%) пострадавших, умерло 22 (13,4%). Выводы. Применение технологий стабилизации костного каркаса грудной клетки в раннем периоде травматической болезни способствует восстановлению гемо- и аэродинамики, профилактике развития интраплевральных осложнений, респираторного дистресс-синдрома. Остеосинтез ребер у пострадавших с переломами ребер является современным перспективным методом в комплексе мер специализированной медицинской помощи при травме груди. Высокотехнологичность операции, патогенетическое обоснование, хорошие непосредственные результаты позволяют

рекомендовать его широкое применение как у пациентов с изолированной травмой груди, так и у пострадавших с политравмой. Использование первым этапом методов временной стабилизации позволяет стабилизировать общее состояние пострадавших и уменьшить проявления травматического шока. Такой подход уменьшает сроки нахождения пациентов на искусственной вентиляции легких и создает условия для более ранней реабилитации. Таким образом, у подавляющего большинства пострадавших целесообразно этапное применение различных вариантов стабилизации в зависимости от условий и технологической оснащенности медицинских организаций.

671. Временное протезирование магистральных артерий конечностей в этапном лечении раненых в современных военных конфликтах

Ибрагимов Р.И., Рева В.А., Самохвалов И.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова

Актуальность. Улучшение качества оказания помощи пострадавшим с повреждениями магистральных сосудов конечностей (ПМСК) остается одной из актуальных проблем военно-полевой хирургии. ПМСК часто приводят к кровотечению, летальному исходу, ампутации и стойкой нетрудоспособности. Встречаемость ПМСК военного времени достигает 10-12% и даже 17,7%. В сложных условиях боевой обстановки, при развитии некомпенсированной ишемии одним из вариантов временного (этапного) лечения является временное протезирование (ВП) магистральной артерии. Несмотря на сообщения отечественных и зарубежных хирургов об эффективности ВП в плане сохранения конечностей, в условиях боевой обстановки, длительной эвакуации контроль за проходимость ВП затруднен, что может неблагоприятно сказаться на конечном исходе. Целью нашего исследования являлась оценка эффективности операции ВП при боевых ПМСК в аспекте непосредственных и ближайших результатов – утраты конечности или гибели раненого. Материал и методы. Дизайн

исследования – ретроспективный анализ. Из регистра боевых повреждений первой и второй чеченских кампаний выбраны пациенты с ПМСК, выделены две группы – с ВП и без ВП, проведено их сравнение по основным показателям. Несмотря на то, что основное показание к выполнению операции ВП – некомпенсированная ишемия конечности, некоторым раненым, исходя из документации, она была выполнена при компенсированной (n=5) и необратимой (n=3) ишемии. Полученные результаты. В общей сложности из регистра получены сведения о 214 раненых с ПМСК. Из них 200 раненым ВП не выполняли, 14 – было выполнено ВП. По характеру и виду ранения, наличия сочетанных повреждений, тяжести повреждения на момент поступления между группами достоверных различий выявлено не было. По степени ишемии конечности между группами также не было различий. В группе «без ВП» достоверно чаще раненые поступали без определяемого пульса, при том, что в группе «ВП» пульс у всех раненых определялся и у 2/3 раненых не превышал 100 уд/мин. Среди раненых, которым выполняли ВП, не было выявлено ни одного летального исхода, несмотря на поступление одного из них в терминальном состоянии (более 45 баллов по шкале «ВПХ-СП»). Летальность в группе без ВП составила 4% (8/200) (p=0,446). В группе с ВП ампутация была выполнена 2/14 раненым (14%), в группе без ВП – 4/200 (2%) (p=0,007). Обсуждение. В данном анализе представлены общие сведения о выполнении операции ВП без детализации относительно конкретного сосуда, конечности. Тем не менее было установлено, что летальность при ПМСК была относительно невысокой – 4%, а в группе раненых, которым выполняли ВП летальных исходов не было (различия статистически не достоверны). Наиболее вероятно, что это связано с общей тяжестью состояния раненых на момент поступления. Частота ампутаций конечностей, наоборот, достоверно отличалась и была выше в группе раненых с ВП. Это может быть связано с выполнением операции не по показаниям (необратимая ишемия), тромбозом установленного ВП в ходе длительной эвакуации раненого, отсутствием мер профилактики тромбообразования в протезе, нарушения техники вмешательства, выполняемого, как правило, общими хирургами. Возможно, попытки восстановления кровотока в конечности с сомнительными признаками жизнеспособности были безуспешны и показаний к ВП в данных случаях не было, что расценено как неудача ВП. Выводы и рекомендации. Опыт лечения ПМСК в недавних военных конфликтах показывает, что несмотря на жизнеспасительный характер,

операция ВП может нести риски, связанные с возможной утратой конечности. Являясь эффективным средством временного восстановления кровотока в конечности, ВП должно выполняться по показаниям (только некомпенсированная ишемия), со строгим соблюдением техники вмешательства и профилактики тромбообразования на период эвакуации раненых на следующий уровень оказания хирургической помощи.

672. Одноэтапная тактика лечения холедохолитиаза, осложненного острым холангитом

Осипов А.В. (1,2), Демко А.Е. (1,2), Суров Д.А. (2,1), Святненко А.В. (1,2) Сафоев М.И. (1)

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2) ФГБВУ ВПО Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны РФ

Актуальность. В последние два десятилетия отмечается значительный рост числа исследований, посвященных успехам многоэтапной тактики лечения пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии. Тем не менее, имеются данные, свидетельствующие о том, что при определенных условиях отбора пациентов, возможно улучшение непосредственных результатов лечения больных и их качества жизни при применении одноэтапного подхода к лечению. Цель. Оценить возможности применения одноэтапной тактики лечения пациентов с холедохолитиазом, осложненным острым холангитом. Материалы и методы. Спланировано проспективное когортное исследование, включавшее 117 пациентов, которым выполнялись одноэтапные (гибридные) оперативные вмешательства в период с 2014 по 2021 годы. Критериями включения являлись: острый холангит легкой или средней степени тяжести, отсутствие органной дисфункции, холедохолитиаз как причина билиарного блока. Средний возраст пациентов составлял 59,8±16,7 лет. Средний уровень общего билирубина при поступлении у больных составил

134,8±36,1 мкмоль/л. Пациентов с острым холангитом легкой степени (Grade I) было 106 (90,6%), средней степени тяжести (Grade II) – 11. Результаты. Статистически достоверных отличий в динамике лабораторных показателей отмечено не было. Во всех случаях достигался нормальный уровень билирубина и регрессия клиники острого холангита. Среднее время вмешательства составило 89,6±22,2 для ЛСХЭ+ХТ, 96,4±33,3 для ЛСХЭ+ХСПП, 73,4±16,1 и 92±31,2 для ЛСХЭ+ЭПСТ и методики Рандеву соответственно. При этом статистически достоверное отличие в длительности вмешательств отмечено только в группах лапароскопической холедохотомии и сочетания ЛСХЭ с эндоскопической папиллосфинктеротомией. Несмотря на указанный факт, время операций в группах сравнения, в среднем, не превышало 90 минут. Одновременно, не было отмечено значимых различий в объеме интраоперационной кровопотери, длительности дренирования (стентирования) желчных путей и госпитального периода. Осложнения встречались у 8 пациентов (6,8%). У 2 больных группы сочетания ЛСХЭ и ЭПСТ отмечалась транзиторная гиперAMILаземия, не имевшая клиники острого панкреатита. Дополнительной терапии или изменения тактики лечения не требовалось. В 4 (3,4%) случаях отмечался резидуальный холедохолитиаз, потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции под общим обезболиванием (тип III b по Clavien-Dindo, 2004). В 2 наблюдениях (1,7%) отмечено желчеистечение по контрольному дренажу, не потребовавшее изменения тактики лечения (тип I по Clavien-Dindo 2004). Умерли двое пациентов (1,7%). Одному из них выполнялась методика Rendezvous, у другого произведена лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с холедохотомией. Оба негативных исхода отмечались у пациентов старшей возрастной группы (70 и 73 лет), непосредственной причиной смерти в обоих случаях являлась прогрессия недостаточности кровообращения. 115 пациентов успешно выздоровели. Все они находились под динамическим наблюдением от 6 до 54 месяцев. У двух больных группы ЛСХЭ и ЭПСТ в отдаленном периоде выявлен рецидивный холедохолитиаз. У одного пациента, которому выполнялась ревизия общего желчного протока через пузырный проток, развилась стриктура средней трети общего желчного протока через 32 месяца после вмешательства. Таким образом, одноэтапные оперативные вмешательства при остром холангите, вызванном холедохолитиазом, могут считаться приемлемой и безопасной альтернативой традиционному двухэтапному лечению у пациентов

с нетяжелым острым холангитом. Основными проблемами являются правильный подбор пациентов и обоснованность вида вмешательства.

673. Тактика ведения коморбидных пациентов с рецидивирующими ректальными кровотечениями

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

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Актуальность. Ректальные кровотечения являются частым осложнением для коморбидных пациентов вследствие терапии антиагрегантными и антикоагулянтными препаратами. С помощью эндоскопических методов большинство кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта завершается достижением устойчивого гемостаза. Однако, геморрой и, в частности, геморроидальные кровотечения имеют тенденцию к рецидивированию, что существенно снижает качество жизни пациентов, имеющих высокий риск геморрагических и тромботических событий. Вопрос планового хирургического лечения данных пациентов остается дискуссионным ввиду необходимости длительной антитромботической терапии. Материалы и методы. В период с 2018 по 2020 гг. проведено проспективное исследование 86 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, получающих антитромботические препараты, и рецидивирующими ректальными кровотечениями. После обследования, постановки диагноза и верификации источника кровотечений (геморроидальные узлы) у 45 пациентов выставлены показания к хирургическому лечению. Пациентам исследуемой группы проводилась доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией в условиях продолжающейся антитромботической терапии. В контрольную группу вошли пациенты, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с необходимостью отмены вышеуказанных препаратов в периоперационном периоде. Результаты. На основании статистического

анализа в исследуемой группе, несмотря на продолжение антиагрегантной (аспирин, клопидогрел) и антикоагулянтной (варфарин, ривароксабан, дабигатран, апиксабан) терапии, зафиксирован меньший объем интраоперационной кровопотери в сравнении с группой контроля. Ранних и отдаленных геморрагических и тромботических осложнений у пациентов первой группы не обнаружено. Значимо меньший болевой синдром пациентов исследуемой группы также способствовал ранней выписки из стационара на амбулаторное наблюдение, тогда как в контрольной группе показатели болевого синдрома и количество койко-дней были выше в 2-3 раза. Обсуждение. Коморбидные пациенты всегда требуют выбора оптимального метода лечения как основного заболевания - устранение и предотвращение рецидивов кровотечения, так и сопутствующей патологии - минимизация возможных ишемических или тромботических осложнений. В случае постоянной терапии антиагрегантными или антикоагулянтными препаратами, данным пациентам предпочтительней выполнять минимально инвазивные хирургические вмешательства. Современные технологии, а также протоколы ведения сердечно-сосудистых пациентов позволяют добиться устойчивого гемостаза без необходимости отмены постоянной терапии, в том числе и антитромботической, в периоперационном периоде. Как результат - снижение риска геморрагических или тромботических событий, отсутствие послеоперационного болевого синдрома, короткий период пребывания в стационаре, а также повышение качества жизни пациентов. Выводы и рекомендации. Использование доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов является эффективным методом лечения ректальных кровотечений без необходимости отмены антитромботических препаратов в периоперационном периоде. Каждый коморбидный пациент с высоким риском желудочно-кишечных кровотечений и показаниями для длительной антиагрегантной или антикоагулянтной терапии требует индивидуального и междисциплинарного подхода команды специалистов для выбора наиболее эффективной тактики лечения.

674. Пути снижения количества оперативных вмешательств при острой обтурационной спаечной тонкокишечной непроходимости*Тотилов В.З., Калицова М.В., Тотилов З.В., Медоев В.В.*

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель работы. Снизить количество оперативных вмешательств у больных с острой обтурационной спаечной тонкокишечной непроходимостью путем разработки рациональной диагностической программы и способа прогнозирования исхода декомпрессионной терапии. Материалы и методы исследования. Ретро и проспективное исследование основано на анализе результатов применения разработанных в клинике хирургических болезней № 2 СОГМА г. Владикавказа на базе РКБСМП диагностической программы и способа прогнозирования исхода декомпрессионной терапии у 1126 больных с острой обтурационной спаечной тонкокишечной непроходимостью. Для решения поставленных задач мы использовали помимо общеклинических методов, обзорную рентгенографию и УЗИ брюшной полости. При поступлении больному производили обзорную рентгенографию и УЗИ брюшной полости и определяли площадь газа над уровнями жидкости. В течение 6-7 часов проводили декомпрессионную терапию с катетеризацией эпидурального пространства и корригирующую терапию, затем повторяли вышеуказанные методы исследования и определяли стадию непроходимости соотнося клинические данные и изменения площади газа над уровнями жидкости на рентгенограммах в динамике. Мы выделили 4 варианта течения непроходимости на фоне декомпрессионной терапии. При первом варианте непроходимость полностью разрешалась, при втором приобретала волнообразный, персистирующий характер, при третьем - медленно нарастала и при четвертом – наряду с явлениями непроходимости определялись признаки перитонита. Результаты исследования и их обсуждение. У 934 (82,9%) пациентов был диагностирован первый вариант течения острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости. У всех больных в течение 3 суток на фоне продолжающейся декомпрессионной терапии непроходимость разрешалась, в последующем все они были выписаны на 5-7 сутки

в удовлетворительном состоянии. У 102 (9,1%) больных выявлен второй вариант течения непроходимости, этим больным предоперационную подготовку ограничили 12 часами, во время которых проводилась терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений, что позволило улучшить их общее состояние перед операцией. У 74 (6,6%) пациентов выявлен третий вариант течения непроходимости, у всех у них предоперационная подготовка была ограничена 6 часами. У 16 (1,4%) больных наряду с явлениями острой спаечной тонкокишечной непроходимости имелись признаки перитонита (четвертый вариант), все эти больные оперированы экстренно в течение 2-3 часов с момента поступления. Таким образом у 82,9% непроходимость разрешилась консервативно, а у оставшихся 17,1% больных выполнено оперативное лечение. В ближайшем послеоперационном периоде у 34 (19,0%) больных были выявлены различные осложнения, приведшие к летальному исходу у 11 (6,1%) пациентов. Выводы: Разработанная диагностическая программа и способ прогнозирования исхода декомпрессионной терапии позволили существенно снизить (до 17,1%) количество оперативных вмешательств у больных с острой обтурационной спаечной тонкокишечной непроходимостью, что в свою очередь способствовало снижению послеоперационных осложнений и летальных исходов.

675. Выявление венозных тромботических осложнений в настоящее время*Тимербулатов М.В., Ибрагимов Д.Р., Арапова А.В., Мухаммадеева М.Р., Мурасов Т.М.*

УФА

БГМУ

Актуальность. Венозные тромбозы и тромбозы (ВТЭО) часто являются сопутствующим отягчающим состоянием основного заболевания у пациентов. К ВТЭО относят тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз поверхностных вен (ТПВ) и тромбоз легочных артерий (ТЭЛА). Хорошо известны основные факторы развития ВТЭО, среди которых онкологические заболевания,

тромбофилии, травмы. Развитие такого состояния в первую очередь характеризуется триадой Вирхова – повреждения эндотелия, гиперкоагуляция, стаз крови. При данном состоянии происходит формирование тромботических масс в венозном русле. По данным статистических отчетов в России ежегодно выявляется свыше 80 000 новых случаев ВТЭО. Непосредственная угроза жизни для пациента является развитие ТЭЛА. В течение 1 месяца после выявления ТГВ, от ТЭЛА умирает 6% пациентов. Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19 с 2019 году повлияла на частоту выявления ВТЭО. Установлено, что вирус SARS-COV-2, как и любое острое инфекционное заболевание, повышает вероятность развития ВТЭО. Возможно, это связано с патогенезом основного заболевания или на фоне коморбидных заболеваний. Анализ научной литературы по рубрикам SARS-COV-2, как возможный фактор риска развития ВТЭО, распространение новых штаммов COVID-19, систематизация данных по факторам риска, представляются нам актуальной темой для исследования на сегодняшний день. Цель. Влияние пандемии COVID-19 на выявление венозных тромбоемболических осложнений. Материалы и методы. Материалами для анализа выбраны данные обращений и случаев госпитализации пациентов с ВТЭО за 2018-2021 года, в Республике Башкортостан, отделения сосудистой хирургии городской клинической больницы №21 города Уфы, по данным информационно-аналитической подсистемы РИАМС «Промед». Учитывались данные по факту госпитализации, выявленного ТГВ или ТФПВ, возрасту, полу, проведенного оперативного или консервативного лечения. Результаты. Проведен анализ 510 пациентов, госпитализированных с ВТЭО в отделение сосудистой хирургии. Среди пациентов женщин 267 (52,4%), мужчин 243 (47,6%), возраст пациентов $59,7 \pm 15,1$. В 2018г. госпитализировано 97 пациентов, тромбоз глубоких вен диагностирован у 55 пациентов (57%), а тромбофлебит поверхностных вен - у 42 (43%). Из них мужчин 32 (33%), женщин 65 (67%). Возраст пациентов был $59,2 \pm 15,6$ лет. В 2019 г. 91 пациент, ТГВ выявлен у 59 (65%), ТФПВ – у 32 (35%). Из них мужчин 44 (48%), женщин 47 (52%). Возраст пациентов был $60,7 \pm 16,2$ лет. В 2020 году госпитализировано 119 пациентов, выявлено ТГВ составил 71 случай (60%), тромбоз поверхностных вен выявлен в 48 (40%) случаях. Из них мужчин 61 (51%), женщин 58 (49%). Возраст пациентов был $58,0 \pm 14,4$ года. В 2021 году выявлено 201 случай ВТЭО. Из них мужчин 106 (58%), женщин 97 (42%). Возраст пациентов был $60,4 \pm 14,7$ лет. Проводилась стандартная лечебная терапия. За период

наблюдения при ТГВ выполнено 7 хирургических пособий (пликация) при неэффективности консервативной терапии. При ТФПВ проводилась кроссэктомия всем пациентам с проведением антикоагулянтной терапией. Обсуждение. Сравнительный анализ 4-х лет выявления ВТЭО у пациентов, госпитализированных в стационар до (2018-2019) и во время эпидемии COVID-19 (2020-2021) выявил увеличение количества госпитализаций пациентов с флеботромбозами. В 2021 году обращаемость в связи с венозными тромботическими осложнениями значительно возросла. По половому признаку и возрасту значительных изменений не выявлено. Всем пациентам проводится рекомендуемая лечебная тактика, при необходимости выполняются хирургические пособия. Заключение. Количество пациентов, госпитализированных в стационар, во время пандемии COVID-19 увеличилось, данная тенденция прослеживается на конец 2021 года. На сегодняшний день статистические данные по ВТЭО не однородные и изменяются в виду адаптации и совершенствования противоэпидемических мер, наличия реконвалесцентов covid-19 и вакцинированных пациентов. Рост количества пациентов с COVID-19 на базе стационара в 2021 году так же связан с изменением маршрутизации отделений и больниц города, в виду реперофиллирования больниц под инфекционные госпитали. Учитывая полученные данные, планируется дальнейшая работа, которая будет направлена на выявление влияние перенесенной COVID-19 инфекции как фактор риска развития ВТЭО и определение сроков развития ТГВ/ТФПВ, что позволит выявить оптимальный вариант профилактических мероприятий.

676.Способ профилактики аорто-кишечной фистулы

*Сазонов А.Б., Китачев К.В., Комаров Н.Н.,
Нагибович Р.О.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.
С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность исследования. Аорто-кишечная фистула является одним из самых неблагоприятных осложнений в позднем периоде после проведения реконструктивных вмешательств на аорто-бедренном сегменте. Поэтому, рассмотрение нового возможного способа профилактики данного серьезного осложнения важна в хирургической практике. Цель исследования. Рассмотрение возможности использования нового способа профилактики осложнений позднего послеоперационного периода в виде аорто-кишечной фистулы при реконструктивных вмешательствах на аорто-бедренном сегменте. Материалы и методы. При анализе доступной отечественной и зарубежной литературы способов профилактики образования аорто-кишечной фистулы не обнаружено. Все применяющиеся методы оперативного лечения используются в объеме удаления инфицированного протеза аорты с последующим шунтированием или протезированием брюшного отдела аорты только после обнаружения кровотечения в забрюшинную клетчатку или просвет кишки. Целью данных хирургических вмешательств является сохранение кровотока в артериях нижней конечности. Результаты. Аорто-кишечная фистула является одним из самых неблагоприятных осложнений при выполнении реконструктивных вмешательств на аорто-бедренном сегменте. Данный патологический процесс характеризуется определенными стадиями: при физическом воздействии проксимального участка главной бранши арто-бедренного протеза на стенку 12-перстной кишки, которое приводит к нарушению кровообращения кишечной стенки, а также развитию ее патологической проницаемости и пропотеванию кишечного содержимого к зоне центрального анастомоза, затем происходит формирование пролежня 12-перстной кишки, отмечается характерная мелена, образование флегмоны в забрюшинной клетчатке, возникает инфицирование сосудистого эксплантата и гнойное расплавление зоны центрального анастомоза, а затем обильное терминальное кровотечение в

забрюшинную клетчатку. Выводы. Разграничение стенки нижнего отдела 12-перстной кишки и зоны центрального анастомоза при проведении первичного оперативного вмешательства, несомненно, является эффективным способом, который сводится к минимуму вероятность травматизации стенки кишки. Для решения данной задачи возможно использование приема формирования лоскута на ножке из аневризматически измененного участка аорты, разворачивания его в положение между стенкой 12-перстной кишки и центральным анастомозом, а затем безопасной фиксации отдельными швами атравматической нити к близлежащим тканям.

677.Хирургическое лечение осложненных диафрагмальных грыж

*Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Вегнер Д.В.,
Филахтов Д.П.*

Донецк

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького

Актуальность проблемы. Одной из нерешенных проблем хирургии является лечение больных с осложненными грыжами диафрагмы. Часто ситуация усугубляется многообразием форм и клинического течения этих состояний, особенно в случаях их осложнённого течения. При осложненных диафрагмальных грыжах преимущественный метод лечения хирургический. Несмотря на огромный материал, посвященный грыжам диафрагмы, до настоящего времени не существует единого мнения по вопросам диагностики, профилактики, методов лечения, хирургической тактики, определяющей операционные доступы и способов пластики дефекта диафрагмы. Цель работы. Улучшение диагностики и результатов лечения больных с осложненной хирургической патологией диафрагмы. Материалы и методы. В клинике хирургии им. проф. К.Т.Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета за период с 2007 по 2019 год находились на лечении 211 больных с разнообразными видами хирургической патологии диафрагмы. Анализ

подвергся материал, включающий 135 пациентов с осложненными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, 34 пациента с посттравматическими диафрагмальными грыжами, у 42 пострадавших диагностированы свежие ранения диафрагмы. 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 (211), оперировано 42 пострадавших пациентов с травматическими повреждениями купола диафрагмы, а также 165 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 пост-травматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту жительства, потребовалось замещение проленовой сеткой 60% левого купола диафрагмы и значительного участка перикарда. У 121 пациента с осложненным течением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, последняя устранена с помощью разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации № 764665). Умерли 5 оперированных больных (1 – в связи с тромбоэмболией ствола легочной артерии и 2 - в результате отека легких и головного мозга, возникших после операции, в связи с дооперационной пролонгацией полной высокой желудочно-кишечной непроходимостью), двое с тяжелой сочетанной травмой, ввиду запоздалой доставки пациентов в специализированное учреждение. Остальные пациенты выздоровели. Заключение. Наш опыт свидетельствует о возрастающей встречаемости приведенных патологических состояний, к сожалению, далеко не всегда узнаваемых практическими врачами, что нередко обуславливает запоздалое лечебное пособие пациентам.

678. Пункционное дренирование псевдокист поджелудочной железы

Бахтин В.А. (1), Русинов В.М. (1), Янченко В.А. (2), Попырин И.А. (2), Ожегов Р.В. (2), Трумм С.Р. (2), Патласов А.В. (1).

Киров

1) ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия, 2) КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы за счет однократных или этапных пункционных дренирований. Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 113 больных с псевдокистами поджелудочной железы за период с 2011 по 2021 г. Мужчин было 87 (76,9%), женщин – 26 (23,1 %) в возрасте от 23 до 64 лет (43,3±11,2). Давность заболевания от 4 недель до 4,5 лет. Причинами псевдокист были: острый панкреатит и панкреонекроз у 49 (43,4%), хронический панкреатит у 42 (37,2%), травма поджелудочной железы у 10 (8,8%), прочие у 12 (10,6%). При поступлении в клинику осложнения наблюдались у 45 (39,8%) больных: у 42 (37,2%) - нагноение кисты, у 3 (2,7%) - кровотечение. С целью диагностики всем пациентам выполнили: УЗИ и доплерографию у 113 (100%) больных, КТ и/или МРТ у 110 (97,3%). Кисты располагались: в головке у 16(14,2%); в головке, теле и хвосте у 21 (18,6%); в теле и хвосте у 42(37,2%); и в хвосте у 34 (30,0%). Диаметр кист составил от 40 до 215 мм. Из группы для пункционного лечения исключили пациентов с подозрением на ложные аневризмы висцеральных артерий. Показаниями к пункции и дренированию кист поджелудочной железы служили: а) необходимость ликвидации интоксикации на первом этапе хирургического лечения острого панкреатита; б) стеноз желудка или 12-п кишки за счет кисты в головке поджелудочной железы и/или нарушение оттока желчи; в) целесообразность уменьшения явлений острого панкреатита при непрерывно-рецидивирующем хроническом течении; г) необходимость уточнения нозологии заболевания и этиологии кисты; д) возможность создания миниинвазивного панкреатоцистодигестивного пункционного соустья. Результаты. У 97 (85,8%) больных выполнена пункция псевдокист только под контролем УЗИ с установлением катетера по методике Сельдингера или одноступенчатой

методике. В полость кисты устанавливали катетер типа «pig-tail» или фиксирующийся катетер для дренирования полостных образований Ившина. У 12 (10,6%) пациентов пункция кисты осуществлена лапароскопическим способом, и у 4 (3,6%) – комбинированно. В послеоперационном периоде у 26 (23,0%) больных возникли различные осложнения или пункционное дренирование оказалось неэффективным. Так у 18 (16,8%) больных потребовались повторные пункции под УЗИ. У 19 (17,1%) пациентов потребовалась лапаротомия: у 6 из-за возникшего кровотечения в полость кисты или в брюшную полость, у 5 - из-за дислокации катетера в брюшную полость и перитонита и у 8 из-за неэффективности дренажа, крупных секвестров и продолжающегося септического состояния. Послеоперационный койко-день после пункционного лечения составил $11,8 \pm 1,2$ сут, а у пациентов с неэффективными пункциями, которым потребовалась лапаротомия - $28,9 \pm 5,3$ сут ($p < 0,001$). Умерли от тяжелого панкреонекроза и сепсиса 2(1,8%) пациента. Отдаленные результаты прослежены у 87 пациентов. Рецидив псевдокисты выявлен у 24 (27,6%) больных, что потребовало повторной госпитализации и пересмотра хирургической тактики. Выводы. Пункционное дренирование является методом выбора при лечении псевдокист поджелудочной железы и сокращает срок пребывания больных в стационаре. Дальнейшее улучшение методики заключается в совершенствовании техники выполнения манипуляции и уточнении критериев отбора пациентов.

679.Высокообъемная прямая эндолимфатическая терапия в комплексном лечении огнестрельных и минно-взрывных ранениях с полирезистентной раневой инфекцией

Есипов А.В., Долгих Р.Н., Харитонов В.В., Филиппов А.В., Кисленко А.М., Иванков М.П.

Красногорск

ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Минобороны России

Актуальность. Оказание медицинской помощи раненым с боевой травмой, с полирезистентной раневой инфекцией сопровождается увеличением количества гнойно-септических осложнений и летальности, увеличивает затраты на проводимое лечение. Цель работы. Изучить результаты лечения раненых с огнестрельными и минно-взрывными ранениями с полирезистентной раневой инфекцией по общепринятым протоколам и применить методы, улучшающие результаты лечения этой категории пациентов. Материалы и методы. В исследуемые группы вошли 72 мужчин, с тяжелой боевой травмой, у которых при поступлении в стационар в бактериологическом исследовании раневого отделяемого верифицированы полирезистентные штаммы *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* и др. Все исследуемые мужчины без сопутствующей патологии. Средний возраст $34,4 \pm 7,2$ года. Всем раненым выполнен стандартный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, включающий протившоковую терапию, этапные хирургические обработки ран, вскрытие, дренирование гнойных затёков, некрэтомии, ампутации, реампутации, и т.д. Местное лечение раненых сопровождалось перевязки с обработкой ран антисептиками, ультразвуковой кавитацией, физиолечение. Раненые были разделены на две группы. В I группе (21 пациент) проводилось лечение по общепринятому протоколу ведения пациентов этой категории и дополнено высокообъемной прямой эндолимфатической иммуно-антибактериальной терапией, местным применением бактериофагов, местным применением озонированного раствора и озонированного газа. Во II группе (51 пациент) лечение проводилось по общепринятому протоколу. Раненые из обеих групп получали антибактериальную терапию, которая не имела эффекта. Результаты. В результате проведенного

исследования установлено, что течение раневого процесса в I группе имело отличие от II группы. Проведение высокообъемной прямой эндолимфатической иммуно-антибактериальной терапией в I группе сопровождалось выраженным снижением отека тканей вокруг раны, очищением от некрозов, снижением лихорадки и нормализацией лабораторных показателей на 5-7 сутки с начала эндолимфатической терапии в отличие от II группы. Наиболее эффективным способом местного лечения раненых с полирезистентной раневой инфекцией в первые 8 - 10 суток - является местное применение озонированного раствора 0,9 % хлорида натрия, концентрация озона в котором составляла 15-20 мкг/мл. Летальность в I группе составила – 2 пациента (6,7 %) , во II группы - 7 пациентов (13,7 %). Обсуждение. Сложный патофизиологический процесс, развивающийся в первые сутки после полученной боевой травмы сопровождается развитием прогрессивно нарастающего отека поврежденных тканей в первые сутки получения травмы. Генерализация полирезистентной раневой инфекции снижает эффективность традиционных методов лечения. Восстановление дренажной функции лимфатической системы ключ к устранению прогрессивно возрастающего отека поврежденных тканей. Заключение. Высокообъемная прямая эндолимфатическая иммуно-антибактериальная терапия является наиболее эффективным методом лечения боевых ранений с полирезистентной раневой инфекцией. Местное применение ультразвуковой кавитации ран с использованием озонированного раствора 0,9 % хлорида натрия с концентрацией озона 15-20 мкг/мл позволяет 90 % случаев за 5 суток при ежедневном использовании достичь снижения микробной обсеменённости ниже 10⁴ в 1 грамме ткани. Применение этих методов лечения в комплексном лечении боевой травмы позволяет сократить срок стационарного лечения на 6,6 суток и уменьшить летальность в 2 раза.

680. Лапароскопическая трансгастральная резекция опухоли желудка при рецидивном раннем раке желудка

Рябов А.Б. (1), Колобаев И.В. (2), Скоропад В.Ю. (2), Синяев П.В. (2), Кудрявцев Д.Д. (2), Смоленев Е.И. (2), Салимов З.М. (2)

1) Москва, 2) Обнинск

1) МНИОИ им. П.А. Герцена, 2) МРНЦ им. А.Ф. Цыба

Актуальность. Лапароскопическая «хирургия стенки желудка», к которой относится вариант трансгастральной резекции, является одним из вариантов хирургического лечения пациентов с подслизистыми опухолями желудка, особенно при расположении образований в зоне кардиоэзофагеального перехода, задней стенки и антрального отдела желудка. При раннем раке желудка без инвазии в подслизистый слой предпочтительна эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя (ESD). Однако в случае местного рецидива раннего рака желудка возможно проведение лапароскопической трансгастральной резекции опухоли. Материал и методы. У пациента Пациента М., 70 лет, с выраженной сопутствующей патологией, по поводу раннего рака тела желудка (аденокарцинома, G2) в октябре 2020 г. выполнена фотодинамическая терапия (ФДТ). При контрольном обследовании в апреле 2021г. диагностирован местный рецидив (инвазия в поверхностные эхослои подслизистого слоя). От проведения ESD решено воздержаться (фиброзные изменения после ФДТ). 26.04.2021 проведена хирургическая операция – Лапароскопия трансгастральная полнослойная резекция опухоли желудка. Длительность операции составила 185 мин, кровопотеря - 100 мл, послеоперационных осложнений не отмечено. Дренаж удален на 2-е сутки. Разрешено пить с первых суток. Пациент выписан на 4-й день. При контрольном обследовании через 9 мес. после операции – без признаков рецидива заболевания. Заключение. Лапароскопическая трансгастральная резекция является осуществимой и транслируемой методикой удаления внутрипросветных опухолей желудка. Данное пособие обеспечивает наилучший обзор зоны хирургического интереса, что повышает безопасность и радикальность операции. В случае рецидива раннего рака желудка без регионарных и отдаленных метастазов возможно проведение лапароскопической трансгастральной резекции опухоли стенки желудка.

681. Хирургическое лечение больных зобом шейно-загрудинной локализации*Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф.*

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. Частота пациентов шейно-загрудинным (ш/з) зобом составляет 3-15% от всех больных, оперированных по поводу болезней щитовидной железы (ЩЖ). В литературе отсутствует единая классификация распространения ЩЖ за грудину. Причины распространения зоба за грудину: особенность эмбриогенеза, воздействие силы тяжести, присасывающее действие грудной клетки, возрастной кифоз шейного отдела позвоночника. Опасность ш/з зоба – компрессионный синдром на окружающие органы: трахея, пищевод, крупные сосуды средостения. Материалы и методы. В исследование были включены 596 больных ш/з зобом, оперированных с 2009 по 2019 гг. В нашем исследовании мы использовали классификацию ш/з зоба А.Ф. Романчишена (1992). В соответствии с этой классификацией выделяется 5 степеней распространения зоба за грудину. Результаты: Средний возраст $59,1 \pm 6,2$ года. Мужчин 57 (9,6%), женщин – 539 (90,4%). Оперированы в плановом порядке 565 (94,8%), по неотложным показаниям – 31 (5,2%). Средняя длительность заболевания до операции $11,2 \pm 3,1$ года. Большинство ш/з зобов удалено из шейного доступа – 582, комбинированный (шейно-стернотомный) потребовался в 14 наблюдениях. Карцинома ЩЖ выявлена в 36 (6%) наблюдениях, большинство злокачественных опухолей были микрокарциномами до 10 мм. П/о осложнения были у 12 (2,0%): односторонний паралич мышц гортани – 4 (0,6%), двусторонний паралич – 0, гипопаратиреоз – 4 (0,7%), кровотечение – 3 (0,5%), летальность – 0. При сравнении частоты п/о у больных шейной локализации зоба значительных различий не выявлено. Выводы: 1. Хирургическое лечение показано всем больным шейно-загрудинной локализацией зоба, откладывание сроков приводит к появлению осложнений помимо сопутствующих заболеваний. 2. Риск п/о осложнений незначительно выше при ш/з локализации зоба. 3. Частота рака ЩЖ не отличается при шейной и шейно-загрудинной/внутригрудной локализации. 4. Использование внешней (стернотомной) доступа целесообразно только в случае невозможности удаления железы с шейного

доступа и при врожденном внутригрудном расположении.

682. К вопросу о лечении больных неосложненным холедохолитиазом с хроническим калькулезным холециститом*Тотиков В.З., Тобоев Д.В., Тотиков З.В., Медоев В.В., Калицова М.В., Ардасенов Т.Б.*

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных не осложненным холедохолитиазом с хроническим калькулезным холециститом. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 1166 больных не осложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом. Необходимо отметить, что все пациенты поступили без явлений механической желтухи и билиарной гипертензии в плановом порядке. В первой группе (176 больных) лечение включало двухэтапную тактику лечения. На первом этапе выполнялась ЭПСТ. На втором этапе проводилась лапароскопическая холецистэктомия. Во вторую группу вошли 293 больных, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, фиброхолангиоскопия, холедохостомия по Керу. Третью группу составили 697 больных, оперативное лечение которых включало минилапаротомию с помощью набора «Миниассистент». Оценивались осложнения, которые возникли, как непосредственно во время оперативного лечения, так и те, которые развились в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Результаты. В первой группе в раннем послеоперационном периоде при выполнении ЭПСТ у 12 больных (6,82%) развился отечный панкреатит. У 2 больных (1,14%) развился панкреонекроз. Еще у 2 больных (1,14%) отмечено кровотечение из рассеченной папиллы. При эзофагогастродуоденоскопии кровотечение остановлено с помощью коагуляции. Кроме того у 8 больных (4,55%) выполнить ЭПСТ не удалось из-за размеров конкрементов более 1 см. При лапароскопической холецистэктомии осложнений

не зарегистрировано. При оценке отдаленных результатов лечения у 9 больных (5,11%) выявлен рефлюкс-холангит. Стеноз БДС развился у 4 больных (2,27%). Резидуальный холедохолитиаз отмечен в 2 случаях (1,14%). Во второй группе больных переход на лапаротомию осуществлен в четырех случаях (1,37%) из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков. При удалении дренажа Кера на 21 сутки в 6 наблюдениях (2,05%) отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость. От 5 до 8 месяцев у 2 больных (0,68%) развились неполные ограниченные стриктуры холедоха. В третьей группе больных интраоперационных осложнений не было. На 21 сутки после удаления дренажа Кера в восьми случаях (1,15%) диагностировано желчеистечение в свободную брюшную полость. У 17 больных отмечено инфицирование послеоперационной раны (2,43%). Еще у 14 (2,0%) развился отечный панкреатит. В сроки от 15 до 4,5 лет холедохолитиаз вывален у 8 больных, что составило 1,15%. Стриктур общего желчного протока после ушивания холедоха на дренаже Кера не выявлено. У 5 больных (0,72%) через 19 и 27 месяцев выявлены грыжи в области оперативного вмешательства. Таким образом, общее количество осложнений составило 8,49% (99 пациентов). При сравнении результатов лечения больных холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, выявлено, что наибольшее количество осложнений отмечено в первой группе (17,61±2,31%). Количество осложнений во второй группе (5,47±1,03%) оказалось несколько меньше, чем в третьей (7,45±1,22%), однако это отличие не является статистически достоверным. Заключение. Анализ результатов показал, что лучшие результаты отмечены у больных, которым выполнено одноэтапное оперативное лечение без вмешательств на БСДПК. Показания к эндоскопической папиллосфинктеротомии у больных с холедохолитиазом без механической желтухи и стриктуры БСДПК в сочетании с калькулезным холециститом должны быть ограничены ввиду большого риска развития ранних послеоперационных осложнений.

683. Анализ поздних осложнений после панкреатодуоденальных резекций

Ищенко Р.В. (1), Лысенко А.О. (2), Абдулаев А.Р. (2)

1) Москва, 2) Волоколамск

1) МГУ им. М.В. Ломоносова, 2) ГБУЗ МО "Волоколамская ЦРБ"

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция остается операцией выбора при радикальном лечении опухолей панкреатобилиарной зоны. В мире накоплен большой опыт выполнения панкреатодуоденальных резекций (ПДР). И вместе с улучшением отдаленных результатов лечения мы также и наблюдаем и появление недостаточно изученных поздних осложнений. Тактика диагностики и лечения многих из этих осложнений не стандартизована и остается предметом изучения. Цель. Анализ и частота встречаемости поздних осложнений после панкреатодуоденальных резекций. Материал и методы: проведен поиск публикации? в специализированных периодических печатных изданиях и опубликованных в Medline, PubMed, EMBASE за последние 10 лет на тему поздних осложнений после панкреатодуоденальных резекций. Результаты. В настоящий момент отсутствует стандартизованная классификация поздних осложнений после ПДР. Условно их можно разделить на две группы: панкреатогенные и непанкреатогенные. К первой группе к наиболее частым относят эндо- и экзокринную недостаточность поджелудочной железы, рецидивирующий острый панкреатит, поздняя панкреатическая фистула. Среди самых недооцененных выделяют стриктуру панкреатоэнтероанастомоза, критерии диагностики и тактика лечения которой не стандартизована. В группе непанкреатогенных поздних осложнений после ПДР наиболее часто встречаются анстомозиты, поздние желудочно-кишечные кровотечения, петические язвы гастроэнтероанастомоза, стриктуры билидигестивного анастомоза, холангит, а также послеоперационные грыжи, спаечная болезнь. На тему поздних осложнений после ПДР в 2020 году Brown J.A. и соавторами было опубликовано крупнейшее исследование, где были проанализированы отдаленные результаты лечения 628 пациентов после ПДР с медианой наблюдения больше 17,3 месяцев. У 198 пациентов (31,5%) возникло хотя бы одно из осложнений в отдаленном периоде наблюдения (более 30 дней после операции). Всего было выполнено 133

операции, среди которых 21 чрескожное вмешательство (все по поводу билиарных стриктур); 46 – эндоскопические; 66 – открытые вмешательства (из них 54 по поводу послеоперационных грыж, 8 по поводу кишечной непроходимости). Выводы: в настоящий момент нет четких стандартов диагностики и лечения поздних осложнений после панкреатодуоденальных резекций. Проведенный литературный анализ демонстрирует высокую актуальность проблемы, а частота поздних осложнений после панкреатодуоденальных резекций достигает 32%. Необходим качественный динамический мониторинг для отслеживания и контроля результатов лечения пациентов после ПДР.

684. Консервативные и хирургические методы лечения пациентов с хроническим лучевым проктитом

Демин А.Н., Измайлова Р.Я., Цицкарава А.З.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Актуальность. Лучевая терапия часто используется при комплексном лечении различных онкологических заболеваний органов малого таза. Однако в 5-20% случаев у пациентов возникает осложнение в виде лучевого цистита или лучевого проктита, что усугубляет течение основного заболевания, снижает качество жизни и нередко приводит к жизнеугрожающим состояниям. Синдром хронических рецидивирующих лучевых ректальных кровотечений является наиболее тяжелым осложнением, вопрос лечения которого требует дополнительного изучения и обсуждения. Материалы и методы исследования. За последние 3 года, с 2019 года по настоящее время, обследовано и пролечено 9 пациентов после проведенного курса лучевой терапии, с диагнозом «хронический лучевой проктит». Больше половины пациентов (56%) имели осложнения в виде рецидивирующих ректальных кровотечений. Для остановки кровотечений в большинстве случаев использованы малоинвазивные хирургические (эндоскопические)

методы лечения на фоне поддерживающей консервативной системной терапии лучевого проктита. Результаты. В исследуемой группе - у 1 пациента (11%) также наблюдался лучевой цистит, с образованием мочепузырно-прямокишечного свища. У 2 пациентов (22%) обнаружена рубцовая стриктура прямой кишки. Диагноз постлучевой вагинит поставлен 2 пациенткам. Наличие рецидивирующих ректальных кровотечений зависело от стадии лучевого проктита: в 100% случаев при некротической форме, у 32% пациентов при эрозивной форме, в то время как при катаральной форме - редко. Использование аргоноплазменной коагуляции применено в 60% случаев, в качестве основного метода при эрозивной форме лучевого проктита, и в качестве комбинированного лечения при некротической форме. Впервые была применена комбинация метода лазерной абляции в инертной среде с одномоментной медикаментозной новокаиновой блокадой параректальной клетчатки с целью симпатической деиннервации. За время наблюдения (5 месяцев) отмечается отсутствие эпизодов ректальных кровотечений, однако метод требует дополнительного изучения. Двоим пациентам проведено хирургическое вмешательство - наложение anus praeternaturalis. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена в случае некротической формы лучевого проктита одному пациенту. Обсуждение. В настоящее время лечение лучевого проктита является сложной задачей ввиду отсутствия единых принципов лечения данных пациентов. Применяемые в настоящее время различные фармакологические, эндоскопические методы лечения хронического лучевого проктита безопасны и имеют положительный эффект, но временный. Однако при ректальных кровотечениях ни один из современных предоставленных методов не гарантирует действенного эффекта, в связи с чем требуется прибегать к хирургическим методам лечения. Выводы. Применение представленных методов лечения осложнений хронического лучевого проктита предупреждает и снижает риск неконтролируемых кровотечений, приводящих к тяжелым последствиям. Сочетание малоинвазивных хирургических методов лечения, в том числе эндоскопических, эффективно в достижении устойчивого гемостаза в зависимости от распространенности поражения органа и стадийности постлучевых изменений. Рекомендации. В связи с риском рецидивирующих ректальных кровотечений и особенностями течения воспалительного процесса в стенке прямой кишки выбор тактики лечения пациентов с хроническим

лучевым проктитом определяется индивидуально и зависит от стадии заболевания, начиная с эндоскопических методов и заканчивая радикальными хирургическими вмешательствами.

685. Оценка качества жизни пациентов, оперированных по поводу токсических форм зоба

*Макаров И.В., Романов Р.М., Князева В.М.,
Зайцева И.В.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние десятилетия все большее внимание исследователей привлечено к качеству жизни пациентов как субъективному показателю адекватности лечения. Качество жизни определяют, как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанную на субъективном восприятии. В том числе, данная оценка результатов лечения важна и у пациентов с токсическими формами зоба (ТФЗ): диффузным токсическим зобом (ДТЗ) и многоузловым токсическим зобом (МТЗ), в том числе и в плане оценки отдаленных результатов лечения. Материалы и методы. Изучено качество жизни 63 оперированных пациентов с ТФЗ, оперированных в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Самара», являющееся клинической базой кафедры хирургии Института педиатрии Самарского государственного медицинского университета. Все пациенты были анкетированы с использованием опросника SF-36. Согласно полученным данным была составлена таблица по средним показателям из 8 шкал, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни за все периоды наблюдения. В соответствии с периодом наблюдения пациенты были разделены на 2 группы: I группа – пациенты, анкетированные в период от 6 до 18 месяцев послеоперационного периода, II группа – от 18 месяцев и более. Первая группа составила 40 человек (30 женщин и 10 мужчин); вторая группа – 23 человека (17 женщин и 6 мужчин). Наблюдаемых каждой группы разделили на 2 подгруппы пациентов по нозологии: пациенты с ДТЗ – 43 (68,3

%) человека; с МТЗ – 20 (31,7%) человек. Кроме того, все пациенты были разделены на две категории, соответственно объему проведенного оперативного лечения: пациенты, которым выполнена тиреоидэктомия (ТЭ) – 49 (77,8%) человек и пациенты после субтотальной резекции щитовидной железы (СРЩЖ) – 14 (22,2 %) человек. Полученные результаты. При анализе полученных данных по двум группам было получено следующее: значение физического здоровья (PH) у пациентов, опрошенных в первые 1,5 года было несколько выше, чем в последующий период; соответственно 73,89 против 70,42. Показатель психологического здоровья (MH) наоборот, в период более 1,5 лет был выше, чем в первые 1,5 года: в I группе – 71,19, во II – 75,42. Качество жизни у пациентов и с ДТЗ и МТЗ в послеоперационном периоде в целом было примерно одинаковым. Однако, такие показатели, как RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) и SF (социальное функционирование) достоверно выше были в группе пациентов с МТЗ. Более логичным и наглядным представляются результаты оценки качества жизни у пациентов в зависимости от объема оперативного вмешательства. Все показатели в среднем достоверно выше на 21,97 %, у пациентов после СРЩЖ, за исключением показателей VT (жизненная активность) и SF (социальное функционирование) которое в сравниваемых группах было примерно одинаковым и колебалось от 60,8 и 62,5, при оценке жизненной активности, и 81,0 и 88,4, при оценке социального функционирования. Обсуждение. Согласно полученным результатам, качество жизни в первые 1,5 года после операции было более высоким, чем после 1,5 лет, что требует дополнительного изучения причин этого феномена. Возможно это связано с возрастом пациентов, сопутствующими заболеваниями, необходимостью постоянно принимать левотироксин. Более высокое качество жизни после СРЩЖ, можно объяснить возможно меньшей дозой препаратов для заместительной терапии, психологическим состоянием сохранности части ЩЖ. Выводы. 1. Качество жизни пациентов с ТФЗ в большей степени зависит от физического или психологического состояния, при этом время, прошедшее после операции, не влияет на улучшения качества жизни. 2. Суммарный показатель физического здоровья (PH) выше в группе пациентов, наблюдаемых до 18 месяцев после оперативного лечения, однако показатель, характеризующий психологическое здоровье (MH) выше в группе пациентов, анкетированных более 1,5 лет после операции. 3. Качество жизни у наблюдаемых и с ДТЗ, и МТЗ в

послеоперационном периоде было примерно одинаковым. В среднем количество баллов в группе пациентов с ДТЗ составило 74,45 и с МТЗ - 72,37. 4. Качество жизни пациентов после субтотальной резекции щитовидной железы выше на 19,8% по сравнению с пациентами после тиреоидэктомии. Рекомендации. Операции на ЩЖ должны быть хирургически радикальными, но эндокринологически щадящими. Выполнение СРЦЖ при токсических формах зоба возможно, но должно выполняться по строгим показаниям.

686. Опыт малоинвазивных вмешательств под УЗ- и рентген-контролем в условиях ЦРБ. Нужно ли?

Ищенко Р.В. (1), Лысенко А.О. (2), Касумьян А.С. (2)

1) Москва, 2) Волоколамск

1) МГУ им. М.В. Ломоносова, 2) ГБУЗ МО "Волоколамская ЦРБ"

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) является одним из наиболее грозных осложнений заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны. Наиболее частой причиной внепеченочной МЖ являются злокачественные новообразования и осложненные формы желчнокаменной болезни. Выполнение дренирующих вмешательств у больных с МЖ до радикального хирургического лечения сопровождается достоверным снижением количества числом осложнений, а летальность достигает 15%-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции. Позднее выполнение дренирующей операции ухудшает дальнейший прогноз лечения пациента, сопровождается увеличением общего срока лечения и увеличением общей стоимости лечения. В условиях Центральной районной больницы (ЦРБ) (ЛПУ 1-2 уровня) выполнение адекватного объема хирургического лечения у пациентов с МЖ малодоступно ввиду неподготовленности медицинского персонала, плохой материально-технической базы учреждения, дефицита расходных материалов. Пациенты либо направляются в крупные медицинские центры, увеличивая сроки выполнения операции, либо им выполняются более травматичные виды операций через лапаротомные

и мини-лапаротомные доступы. Материал и методы. В ГБУЗ МО "Волоколамская ЦРБ" сформирована команда хирургов, обладающих необходимыми компетенциями, и имеется необходимая материально-техническая база. За период 2020-2021 гг в условиях ЦРБ было выполнено 23 вмешательства по поводу механической желтухи под УЗ- и рентген контролем. Вмешательства выполнялись в объеме холецистостомии (1 пациент), чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) (у 16 пациентов), наружно-внутреннего дренирования желчевыводящих путей (ЖВП). В большинстве случаев отмечен дистальный блок ЖВП (73,9%) – опухоль головки поджелудочной железы у 13 пациентов, опухоль большого дуоденального сосочка у 2 пациентов, опухоль дистального отдела холедоха у 1 пациента, конкремент дистального отдела холедоха у 1 пациента. Проксимальный блок ЖВП выявлен был у 6 пациентов (26,1%), причиной стала холангиокарцинома 2-3 типа по Bismuth-Corlette. Сроки обращения больных в ЦРБ с момента развития механической желтухи составляли 4-29 суток. У 9 больных при поступлении отмечались явления острого холангита, 3 пациентов были доставлены в стационар в тяжелом состоянии с явлениями полиорганной дисфункции на фоне холангита и холангиогенного сепсиса. Оперативное вмешательство выполнялось в первые 48 часов с момента поступления после подтверждения диагноза и стабилизации состояния пациента при достижении целевых показателей коагулограммы (МНО менее 1,6). Полученные результаты. У 21 пациента (91,3%) после выполненного оперативного лечения отмечена явная положительная динамика в виде снижения уровня гипербилирубинемии, устранения явлений полиорганной дисфункции. Средний срок выписки больного из стационара для дальнейшей диагностики и лечения у онколога составил 5 суток. Летальный исход был отмечен у 1 пациентки со злокачественным новообразованием головки поджелудочной железы, осложненным МЖ, холангитом и холангиогенным сепсисом. Пациентка была доставлена в стационар спустя месяц от появления МЖ в тяжелом состоянии. Было выполнено ЧЧХС слева. Ранних п/о осложнений, связанных с дренированием ЖВП отмечено не было. Пациентка по тяжести состояния находилась в отделении реанимации. Дебит желчи составлял 650 мл в сутки. На 5-е послеоперационные сутки отмечено ухудшение состояния больной, признаки прогрессирования полиорганной недостаточности. На 7-е послеоперационные сутки - летальный исход. Выводы и рекомендации. Проведение малоинвазивных вмешательств под УЗ- и рентген

контролем возможно в условиях районной больницы при наличии технического оснащения, наличии квалифицированных хирургов и анестезиологов-реаниматологов с низкой частотой осложнений и летальностью.

687. «Сложный» эхинококкоз печени: хирургическое лечение

*Гончаров А.Б., Коваленко Ю.А., Вишневский В.А.,
Чжао А.В.*

Москва

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Актуальность. В настоящее время проблема хирургического лечения эхинококкоза печени связана с широким распространением заболевания, поздней диагностикой, отсутствием единого подхода к выбору варианта операции, наличием множественных билобарных форм поражения печени и других органов, высоким уровнем послеоперационных осложнений. Цель исследования. Изучить отдаленные результаты хирургического лечения у пациентов со «сложным» эхинококкозом печени. Материалы и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 129 пациентов с эхинококкозом печени с 2015 по 2022 г. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского. Изолированное поражение печени наблюдалось у 72% пациентов, сочетанное поражение печень и легкие у 22% и 6% - поражение других органов. Согласно классификации ВОЗ (2003): СЕ 1 – 40%, СЕ 2 – 15%, СЕ 3 – 8,5%, СЕ 4 – 4,5%, СЕ 5 – 7% и сочетание нескольких типов кист – 19%. В большинстве случаев выполнялась перицистэктомия (82% случаев), в 12% - резекция печени, в 3% - лапароскопическое вмешательство и в 3% - гемигепатэктомия. У всех пациентов диагноз был подтвержден морфологическим исследованием. Результаты исследования. Частота осложнений в послеоперационном периоде составила 21,7% (28 пациентов). Согласно классификации осложнений Clavien-Dindo I степень – 8 пациентов, II – 4, IIIa – 16, IIIb, IV, V - 0. Из 21,7% осложнений: биломы и желчные свищи – 39%, пневмо/гидроторакс – 25%, нагноение п/о ран – 14%, гематомы в зоне резекции печени – 18%,

серома в области п/о раны – 4%. За время наблюдения был зафиксирован 1 рецидив заболевания. Из 129 пациентов у 43,5% был сложный эхинококкоз печени. В связи со сложностью проведения хирургического лечения, большим числом осложнений и рецидивов нами предложен термин «сложный» эхинококкоз печени. Критериями «сложного» эхинококкоза печени являются: множественное билобарное поражение печени (с наличием кист расположенных интрапаренхиматозно и/или одной и более кист размерами более 7,5 см), большие (7,5 см и более) центрально расположенные (I, II, IV, VIII сегменты) кисты, близость к крупным трубчатым структурам печени, резидуальный эхинококкоз печени (после множественных повторных операций), множественный эхинококкоз органов брюшной полости, осложненный эхинококкоз печени (цистобилиарные и цистобронхиальные свищи, стриктуры желчных протоков, цирроз печени, рубцовая деформация передней брюшной, прочное сращение с диафрагмой, органами забрюшинного пространства, вовлечение гепато-дуоденальной связки) Заключение. Хирургическое лечение «сложного» эхинококкоза печени требует индивидуального подхода к выбору варианта операции. Предпочтение отдается паренхимосохраняющим радикальным операциям. При тотальном замещении доли печени кистой и наличии цистобилиарных свищей следует выполнять гемигепатэктомию, при этом возможно оставление фиброзной капсулы на крупных трубчатых структурах.

688. Возможности модифицированного метода терапии локальным отрицательным давлением в лечении больных распространенным гнойным перитонитом

*Чипура А.О., Черданцев Д.В., Первова О.В.,
Владимиров И.В., Коваленко А.А.*

Красноярск

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России

Актуальность научно-квалификационной работы. В условиях ургентной абдоминальной хирургии, частота встречаемости перитонита, составляет от 15-25%, оставаясь одной из наиболее частых форм осложнения и, в свою очередь, наиболее опасных. Зарегистрированные статистические показатели смертности, остаются в диапазоне от 40% до 70%. В случае разлитого гнойного перитонита отягощенного присоединением сепсиса или септического шока, показатель летального исхода возрастает до 95%. Тяжесть течения перитонита, степень выраженности нарушения жизненно важных функций, и, как следствие, процент благоприятного исхода у пациентов данной категории, находятся в прямой зависимости от выбранной тактики оперативного лечения, частоты повторных санаций брюшной полости, адекватной и рациональной антибиотикотерапии, тактики общей интенсивной терапии. Основные принципы лечения пациентов с РГП: - Устранение источника перитонита; - Управляемая интенсивная терапия с индивидуальным подходом; - Рациональная антибактериальная терапия; Современное разнообразие подходов к оперативному вмешательству у пациентов с вторичным распространенным гнойным перитонитом, вариативность рекомендаций по тактике ведения пациентов в послеоперационном периоде, а также высокие показатели смертности, обуславливают необходимость в разработке способа санации брюшной полости, позволяющего сочетать качество санационной обработки и уменьшить количество требуемых санаций или вовсе избежать повторного вмешательства. Одним из таких способов является применение вакуумной терапии в комбинации с обработкой брюшной полости инстилляционным барботажным раствором. Основными показаниями к лапаротомии являются: - гнойно-некротическое поражение внутренних органов при панкреонекрозе; - разлитой фибринозно-гнойный или каловый перитонит; анаэробный перитонит; -

крайняя тяжесть состояния больного, исключающая возможность устранения источника перитонита одномоментно; - состояние лапаротомной раны, не позволяющее закрыть дефект передней брюшной стенки; - синдром интраабдоминальной гипертензии; - инфаркт кишечника вследствие тромбоза или эмболии в сосудах системы верхней брыжеечной артерии; - Тактика "Damage Control" при политравме. Требования к формированию лапаротомы: - Доступность отделов брюшной полости для обработки; - Контроль и профилактика СИАГ; - Безопасность передней брюшной стенки; - Возможность беспрепятственного отведения экссудата; - Профилактика контаминации париетального и висцерального листков брюшины; Наиболее распространенные оперативные тактики лечения пациентов с РГП Цель. Улучшить результаты лечения больных вторичным распространенным гнойным перитонитом с помощью применения метода вакуумно-инстилляционной терапии в сочетании с периоперационной барботажной обработкой. Решаемые задачи научно-квалификационной работы 1. На основании компьютерно-томографических снимков реального пациента моделирование трехмерного прототипа брюшной полости. 2. Изготовление полимерной модели брюшной полости с учетом анатомических особенностей, труднодоступных отлогих мест, не дренируемых пространств. 3. Проведение двухэтапного экспериментального исследования, с целью оценки качества санации, в условиях модели использование принципа барботажа при подаче газированного физиологического раствора в брюшную полость. 4. Оценить динамику изменения локального статуса брюшной полости, частоту локальных и системных осложнений при традиционной тактике ведения открытого живота, вакуум-ассистированной, вакуумно-инстилляционной, а также сочетающей применение вакуумной инстилляционной барботирующим раствором. 5. С помощью анализа динамических изменений лабораторных и инструментальных показателей, интегральных шкал оценки тяжести состояния, локального статуса в брюшной полости сформулировать принципы прогнозирования исхода перитонита и определения сроков принятия решения об изменении тактики лечения больных с распространенным гнойным перитонитом. Научная новизна проводимого исследования. Впервые с целью определения тактики ведения и прогнозирования исхода лечения больных с осложненным течением перитонита, а также определения сроков принятия решения о применении комплексного подхода с интерпретацией полученных результатов с

помощью интегральных шкал, в динамике изменения состояния после проводимой периоперационной барботажной санации. Впервые разработан и клинически применен инновационный метод вакуумной барботажно – инстилляционной обработки в периоперационном периоде у больных с распространенным гнойным перитонитом. Впервые проведена оценка эффективности метода вакуумной барботажно–инстилляционной обработки с использованием клинических, лабораторных, микробиологических показателей, а также изменений величины внутрибрюшного давления. Впервые проведен сравнительный анализ полученных результатов лечения больных с распространенным гнойным перитонитом с применением методов традиционной лапаростомии, вакуум – ассистированной лапаростомии, вакуум – инстилляционной лапаростомии, вакуумной инстилляционно – барботажной лапаростомии. Практическая и теоретическая значимость. Изготовлена модель брюшной полости, достоверно отвечающая анатомическим особенностям реального пациента, позволяющая запрограммировать исходный вариант распространенной формы перитонита, тем самым определить вариант той или иной тактики ведения. Разработан и введен в клиническую практику метод вакуум-инстилляционной терапии в сочетании с периоперационной барботажной обработкой, который позволяет превентивно сократить количество локальных и системных осложнений, сократить количество дней пребывания пациента в стационаре, количество программных и требуемых санаций, снижая риски летального исхода пациентов с распространенным гнойным перитонитом. Методы исследования. Работа выполнена на базе научно-образовательного центра «Хирургия» ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России на кафедре и клинике хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, Красноярский краевой гнойно-септический центр (КГСЦ) КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Работа выполнена на основании результатов прямого рандомизированного клинического исследования 100 пациентов с ургентной хирургической патологией, осложненной вторичным распространенным гнойным перитонитом, которые находились на стационарном лечении в Красноярском гнойно-септическом центре (КГСЦ) КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в период с 2016 по 2019 гг. Предметом исследования стала оценка качества методов лечения РГП с помощью

сравнения динамики изменения показателей SOFA, МИП, ИБП, изменению клинико-лабораторных показателей и показателей ВБД, а также наличию и частоте появления осложнений (интраабдоминальных, со стороны передней брюшной стенки и забрюшинной клетчатки, экстраабдоминальных) и уровню летальности в группах. Проведен эксперимент по результатам которого: применение модернизированного вакуумно-инстилляционного способа санации выполнена оценка качества по косвенным признакам, таким как показатели остаточного объема, вязкости и плотности жидкости после выполнения процедуры. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что применение барботажного раствора в качестве дополнительного метода модернизации имеет высокий saniрующий потенциал и обладает большим интересом к использованию клинически. 1 группа – это пациенты с вторичным распространенным гнойным перитонитом, которым проводилось открытое ведение брюшной полости - традиционная лапаростома 30 пациентов. 2 группа – больные с вторичным РГП, подразумевающее открытое ведение брюшной полости - вакуум ассистированная лапаростома 20 пациентов. 3 группа – вторичный РГП, открытое ведение брюшной полости - вакуум ассистированная лапаростома в сочетании с периоперационной инстилляцией saniрующего раствора 20 пациентов. 4 группа – вторичный РГП, открытое ведение брюшной полости - вакуум ассистированная лапаростома в сочетании с периоперационной барботажной обработкой брюшной полости 30 пациентов. Исследование выполнено с учетом принципов доказательной медицины. Полученные данные обработаны с использованием стандартных методов статистического анализа. Апробация метода в краевой клинической больнице, Красноярского краевого гнойно-септического центра г. Красноярска (КГСЦ), результаты исследования внедрены в работу учреждений здравоохранения г. Красноярска, практические и теоретические положения работы используются в педагогическом процессе при обучении студентов, клинических ординаторов, врачей-хирургов на кафедре и в клинике хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО ФГБОУ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Статистическая обработка. Соответствие статистического распределения эмпирических показателей теоретическому нормальному распределению Гаусса оценивали с помощью критерия Шапиро-Уилка. Так как все количественные данные не подчинялись закону

нормального распределения, то они представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей (Me (P25; P75)). Качественные данные представлены в виде процентов и ошибки процентов ($P \pm OШ\%$). Для оценки статистической значимости различий качественных данных при наличии в таблице сопряженности всех абсолютных значений более 10 использовали критерий χ^2 , при наличии абсолютных значений в таблице сопряженности от 5 до 10 – критерий χ^2 с поправкой Йейтса, а при наличии абсолютных значений менее 5 – точный критерий Фишера. Для оценки статистической связи между количественными данными использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r). Для определения пороговых диагностических значений количественных параметров с наибольшими показателями чувствительности и специфичности использовался ROC-анализ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Методы и материалы исследования. Работа имеет клинический характер и основана на проспективном анализе наблюдения и лечения пациентов с распространённым гнойным перитонитом. Было обследовано 100 пациентов обоего пола до 75 лет. Средний возраст составил – 50,5 года. В исследование вошли 58 (58%) мужчин и 42 (42%) женщин. У всех пациентов в исследуемых группах давность заболевания составляла более 24 часов. В этиологии формирования распространённого гнойного перитонита преобладала перфорация тонкой и толстой кишки различной этиологии, что составило 28%, на долю перфоративной гастродуоденальной язвы пришлось 19%, травмы живота с повреждением полого органа, послужившие причиной распространённого гнойного перитонита 15%, острая кишечная непроходимость 14%, послеоперационный перитонит 10%, деструктивный аппендицит 8%, острые гинекологические заболевания 7%. Исходная степень тяжести определяется при помощи интегральной оценки шкал тяжести общего состояния, синдрома ПОН, выраженности патологического процесса в брюшной полости: SAPS II, SOFA, MPI, ИБП. Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) – упрощенная шкала острых физиологических состояний – используется для оценки пациентов ОРИТ и может предугадать риск смертности, основываясь на 15 основных переменных. Данные собираются в течение первых 24 часов после поступления пациента в ОРИТ. Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) – Шкала применяемая для оценки прогноза смертности и степени органной недостаточности у пациентов ОРИТ. Оценка проводится для всех пациентов при поступлении в отделение интенсивной терапии и

через каждые 24 часа до выписки. Точность шкалы SOFA не до конца изучена для пациентов, переведенных из других ОРИТ, а не поступивших первично. Абдоминальный сепсис устанавливали при наличии источника перитонита и органной недостаточности. Последние верифицировали на основании рекомендаций, принятых на Национальном хирургическом конгрессе 2017 г. Для прогнозирования и исхода гнойного перитонита применялся Мангеймский индекс перитонита (Mannheim Peritonitis index, МИП) (M. Linder et. Al. 1994). Оценка качества методов лечения РГП оценивалась с помощью сравнения динамики изменения показателей SOFA, МИП, ИБП, изменению клинико-лабораторных показателей и показателей ВБД, а также наличию и частоте появления осложнений (интраабдоминальных, со стороны передней брюшной стенки и забрюшинной клетчатки, экстраабдоминальных) и уровню летальности в группах. Пациенты были разделены на четыре клинические группы: 1 группа – это пациенты с вторичным распространённым гнойным перитонитом, которым проводилось открытое ведение брюшной полости – традиционная лапаротомия 30 пациентов. 2 группа – больные с вторичным РГП, подразумевающее открытое ведение брюшной полости – вакуум ассистированная лапаротомия 20 пациентов. 3 группа – вторичный РГП, открытое ведение брюшной полости – вакуум ассистированная лапаротомия в сочетании с периперационной инстилляцией санирующего раствора 20 пациентов. 4 группа – вторичный РГП, открытое ведение брюшной полости – вакуум ассистированная лапаротомия в сочетании с периперационной барботажной обработкой брюшной полости 30 пациентов. Для полноценной диагностики тяжести патологических процессов и разработки мероприятий, направленных на поиск эффективных вариантов лечебной тактики у таких больных, было проведено комплексное исследование, включающее анализ клинико-лабораторных данных. Балльная оценка тяжести состояния представлена на слайде, индекс брюшной полости находится в диапазоне 10 – 10,5 баллов во всех исследуемых группах. Наибольшие показатели Шкалы оценки прогноза смертности и степени органной недостаточности у пациентов 4 группы, тогда как в 3 остальных этот показатель остается от 4 до 4,5. Шкала острых физиологических состояний SAPS II, в пересчете на процент неблагоприятного исхода составляет 42,5% для первой группы, 38, 5% для второй, 33,5% и 41% соответственно. МИП 33, 05 балла 1 группа, 34,7 вторая, 34,7, 33, 5 соответственно 3 и 4 группа. Характеристики

программированных санаций. Все пациенты по неотложным показаниям были оперированы по поводу продолжающегося перитонита, в дальнейшем выполнялись программированные санации брюшной полости. Показанием к закрытию лапаростомы считали купирование явлений перитонита. Среднее количество операций на одного больного в 1-й группе составило 4,0. Во 2й и 3й – 3 санации, для группы с барботажной обработкой 2 санации. Интервал между санациями представлен в виде средних значений плюс минус среднеквадратичное отклонение и составляет: 49,8±6,48 часа для 1 группы, 54,1±7,45 час для второй, 56,6 ±11,7 для третьей и наибольший показатель интервала между санациями составлял 65,1±18,3 часа для группы 4. Интраабдоминальные осложнения. У некоторых больных потребовалось выполнение 11 санаций. Длительно некупирующийся перитонит, сопровождался высокими показателями интра- и экстраабдоминальных осложнений. Развитие стрессовых перфораций полых органов и формирование внутрибрюшных абсцессов способствовали поддержанию и, в ряде случаев, прогрессированию течения распространённого гнойного перитонита с развитием септического шока, нарастанием клиники полиорганной недостаточности – основных причин летального исхода у этой категории больных. Необходимость в многократных санирующих операциях сопровождалась выраженной латерализацией мышц передней брюшной стенки, и, соответственно, выраженной редукции объема брюшной полости. В этой связи, к моменту купирования перитонита, при тестовом сведении латерализованных краев апоневроза наблюдалось значительное повышение интраабдоминального давления с высоким риском развития синдрома интраабдоминальной гипертензии после закрытия лапаростомы. Это явилось причиной, препятствовавшей выполнению первичного фасциально-мышечного закрытия брюшной полости у этой категории больных 1-й группы и неизбежного риска формирования у них обширных грыжевых дефектов. Таким образом, полученные данные доказывают необходимость поиска современных способов хирургической санации тяжелых форм РГП, способных улучшить результаты лечения. Одним из перспективных направлений в лечении гнойной инфекции – является применение вакуумных технологий. Применение вакуум-ассистированной лапаростомы в сочетании с инстилляционной барботажной обработкой, способствовало уменьшению в 1,5 раза кратности санирующих операций, по сравнению с

традиционной лапаростомой. Сокращение сроков купирования явлений воспаления брюшной полости происходило, главным образом, за счет активной аспирации экссудата, что способствовало, статистически значимому снижению степени контаминации брюшной полости уже после первого применения Вакуум-ассистированной лапаростомы с барботажем. У больных, с наложением вакуум-ассистированной лапаростомы частота развития интраабдоминальных осложнений составила 68,6% во 2й группе, 63,2% в третьей, 60% в четвертой. В группе №1 процент интраабдоминальных осложнений составил 93,5%. Значительное снижение раневых осложнений в исследуемой группе происходило благодаря использованию абдоминального комплекта VivanoMedAbdominal, обеспечивающего герметизацию брюшной полости и полное отсутствие ее контакта с передней брюшной стенкой при одновременном отведении перитонеального отделяемого. Однако необходимо отметить, что применение классического способа вакуум-ассистированной лапаростомы без барботажной обработки, не позволяло в должной степени контролировать отлогие места брюшной полости, о чем свидетельствовали высокие показатели частоты формирования абсцессов брюшной полости (30%) и кишечных свищей (15%). Тогда как применение комбинированной вакуумной методики имело показатель ниже. Летальность на фоне применения комбинированной вакуум-инстилляционной лапаростомы составила 30%, что на 6,7% ниже, чем во 2-й и 3-й группе и на 30% ниже, чем в группе больных с традиционным ведением лапаростомы. Таким образом, полученные результаты хирургического лечения больных с распространенным гнойным перитонитом свидетельствуют о том, что применение кавитационно – инстилляционно барботажной установки, а также полидренажного устройства в сочетании с вакуум-инстилляционной лапаростомией обеспечивает эффективную санацию брюшной полости, сопровождается снижением частоты осложнений и количества санационных операций и существенно улучшает результаты лечения. Основные выводы и результаты научно-квалификационной работы 1. У пациентов с продолжающимся РГП установлены ключевые показателями интергальных шкал тяжести и локального статуса брюшной полости, превышающими пороговые величины к 4-м суткам курации, свидетельствуют о необходимости изменения хирургической тактики лечения. 2. Применение традиционной лапаростомы при

длительно некупирующемся перитоните характеризуется высокими показателями экстр- и интраабдоминальных осложнений: $62 \pm 6,8\%$, $94 \pm 3,4\%$, соответственно, что предопределяет увеличение частоты повторных санаций до шести операций и является причиной неблагоприятных исходов у 60% больных. 3. Применение вакуум-ассистированной лапаростомы в комплексном лечении больных РГП, благодаря более эффективной санации брюшной полости, способствует снижению на 25% частоты развития экстраабдоминальных осложнений и на 15% - интраабдоминальных, что сопровождается сокращением коэффициента оперативных вмешательств и снижением летальности на 12%. 4. Применение вакуум-инстилляционной лапаростомии в сочетании с барботажной обработкой сопровождается уменьшением сроков купирования перитонита, обеспечивая эффективный дебридмент брюшной полости в периоперационном периоде. Применение предложенного метода позволило уменьшить частоту интраабдоминальных осложнений на 44%, экстраабдоминальных – на 41%, сократить количество релапаротомий в 1,37 раза и на 13,3% снизить летальность.

689. Эндоскопическая фибрин-клеевая окклюзия кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени

Ангелич Г.А., Савин О.В., Круду О.К., Писаренко С.С., Дану М.И., Зуграв Т.В., Черней С.А., Ковач А.Н., Нетудыхата Е.

Кишинев, Республика Молдова

НИЛ Гепатохирургии, Клиника Хирургии им. К.А. Цыбырнэ. Кафедра Хирургии N2, ГУМФ им. Н.А.Тестемицану

Актуальность. Одним из наиболее опасных осложнений портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП) являются профузные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ). Несмотря на развитие новых медицинских технологий, вопросы экстренного эндоскопического гемостаза кровоточащих ВРВПиЖ, а также

первичной и вторичной профилактики варикозных кровотечений по-прежнему актуальны. Цель исследования. Оценить эффективность первичного гемостаза и провести ретроспективный анализ результатов первичной и вторичной профилактики варикозных кровотечений у цирротических больных при помощи разработанного в клинике метода эндоскопической фибрин-клеевой окклюзии (ЭФКО) варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Материалы и методы: Вмешательство ЭФКО производилось при помощи инъекций фибринового клея (ФК), вводимого в просвет кровоточащих вариксов (в среднем $-3,5+/-0,5$ мл). Двухкомпонентный ФК состоит из р-ра Фибриногена и Тромбина с присадками, которые во время одномоментного введения при смешивании образуют в просвете варикса плотный фибринный тромб (пломбу), который полностью блокирует его, останавливая кровотечение, а затем в процессе ретракции происходит облитерация сосуда. Были проанализированы результаты ЭФКО выполненной у 2827 больных ЦП с ВРВПиЖ за период 1996-2021 гг, из которых- 1379 с активными кровотечениями из вариксов (Forrest Ia-Ib). Первичная профилактика кровотечений из ВРВПиЖ планово выполнена 763 больным с варикозом второй-третьей степени и "red color sings", вторичная профилактика - в 685 случаях. Первичный эндоскопический гемостаз оценивался как эффективный при отсутствии рецидива кровотечения в течении 72 часов с момента ЭФКО. Результаты и обсуждение: Эффективность первичного гемостаза при ЭФКО составила 96,6% (1332 из 1379 больных) с окончательной остановкой кровотечения. В 47 случаях отмечен её рецидив из желудочных фундальных вен, что вызвало необходимость повторной ЭФКО. При активных кровотечениях летальность составила 13,2% (n=182), и была обусловлена последующей печеночной недостаточностью вследствие ранее перенесенной массивной кровопотери. В группе больных ЦП с варикозом, которым ЭФКО проводилась с целью первичной профилактики кровотечения, рецидив ВРВПиЖ (без геморрагии) констатирован в течении 1 года у 7,2% (55 из 763) наблюдений, а в течении следующих 2х лет ещё у 10,4% (79 из 763) больных, В группе больных ЦП с ранее перенесенным варикозным кровотечением (685) которым процедура проводилась с целью вторичной профилактики, рецидив варикоза через 1 и 2 года был установлен соответственно у 83 (12,1%) и 91 (13,3%) больных, были успешно подвергнуты повторной ЭФКО. Первоначальные опасения по поводу угрозы легочной эмболии оказались безосновательными т.к. рентгенконтрастные

исследования установили строго региональную локализацию биополимера в пунктированной варикозной вене и отсутствие его диссеминации по коллатералям. После процедуры ЭФКО не наблюдалось каких-либо серьёзных системных или местных осложнений. Лишь в 16,7% (471) эндоскопический контроль на 5-7 сутки выявил в области инъекций небольшие острые язвы успешно излеченные консервативно. Заключение: ЭФКО является эффективным методом гемостаза при кровотечениях из ВРВПиЖ портального генеза, а также, наряду с традиционными эндоскопическими методами, может быть рекомендован для профилактики варикозных кровотечений у больных циррозом печени.

690. Вторичная профилактика кровотечений из кардиоэзофагеальных вен у пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями (ХМПЗ) и внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ)

*Сабиров К.Р. (1), Данишян К.И. (1),
Гржимоловский А.В. (1), Соболева О.А. (1),
Прасолов Н.В. (1), Киценко Е.А. (2)*

Москва

- 1) ФГБУ НМИЦ гематологии Минздрава России,
- 2) ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского"

Актуальность. Хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ) – частая причина тромбоза вен брюшной полости. При этом заболевании в 20% развивается внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) вследствие тромбоза воротной вены и её притоков. Отсутствие реканализации тромбов воротной и селезеночной вен приводит к облитерации её просвета, формированию каверном в области ворот печени и селезенки, варикозных вен (ВВ) пищевода и желудка, массивной спленомегалии. Кровотечение из кардиоэзофагеальных вен может быть первым проявлением хронической окклюзии воротной вены. Высокий риск рецидива пищеводно-желудочного кровотечения ограничивает возможность проведения эффективной антикоагулянтной терапии, что увеличивает смертность в данной группе пациентов.

Циторедуктивная терапия не может способствовать уменьшению размеров селезенки при фиброконгестивных изменениях. Увеличенный портальный кровоток из-за прогрессирующей спленомегалии приводит к увеличению степени напряжения ВВ, количества асцита. Тотальная тромботическая окклюзия воротной вены и её притоков препятствует выполнению операций портосистемного шунтирования, ренгенэндоваскулярных вмешательств. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и гастротомия с прошиванием ВВ не исключают рецидива варикоза желудка из-за развитых коллатералей селезеночной вены. Расширение ВВ более 12 мм делает невозможным применение ЭЛ. Спленэктомия является одним из методов лечения кровотечений из ВВ желудка. Материалы и методы В хирургическом отделении ФГБУ НМИЦ гематологии с 2011 по 2021 гг. выполнено СЭ с интраоперационной эзофагогастродуоденоскопией у 49 пациентов с ХМПЗ, имеющих в анамнезе массивные кровотечения из ВВ и массивную спленомегалию. У 3 (6,2%) пациентов выявлялся изолированный варикоз дна желудка. У 13 (26,5%) больных после СЭ выполнена гастротомия с прошиванием расширенных более 12 мм ВВ дна и субкардиального отдела желудка. У 45 (75%) пациентов выполнена открытая СЭ, у одного (1,6%) пациента с сегментарной портальной гипертензией из-за тромбоза селезеночной вены выполнена лапароскопическая спленэктомия. Контрольные эндоскопии выполнялись через 3-6 месяцев, проводились эндоскопические лигирования вен пищевода при наличии угрозы рецидива кровотечения. Результаты и обсуждение. У всех пациентов наблюдались нарушения свертываемости крови, в связи с чем до операции проводилась превентивная терапия для коррекции гемостаза перед операцией. В послеоперационном периоде во всех случаях отмечен тромбоцитоз, проводилась антикоагулянтная и, по показаниям, антиагрегантная терапия. Средняя кровопотеря 1380 ± 220 мл. Наибольшие кровопотери были из коллатералей забрюшинного пространства, проводилась аппаратная реинфузия и трансфузии компонентов донорской крови. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов и рецидивов кровотечений из ВВ не было. Отмечены следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение $n=4$ (8,2%), жидкостные скопления в левом поддиафрагмальном пространстве $n=15$ (25%), тромбоз глубоких вен нижних конечностей $n=3$ (6,1%), тромбоз крупных коллатералей вен портальной системы $n=2$ (4,1%). У пациентов с тромбозами

глубоких вен нижних конечностей выявляли мутации генов гемостаза, относящиеся к наследственным тромбофилиям высокого риска. У 6 пациентов в отдаленном периоде наблюдались незначимые эрозивные кровотечения. В срок до 10 лет умерло 3 пациента (5%) из-за трансформации ХМПЗ в острый лейкоз. Выводы и рекомендации. Спленэктомия является вынужденной, но достаточно эффективной мерой для профилактики кровотечения из ВВ желудка при ХМПЗ и ВПГ. В связи с высоким риском развития тромботических осложнений и аспленического тромбоцитоза оперативное лечение у данной категории пациентов рекомендовано выполнять в специализированных центрах участием порталых хирургов, гематологов, гемостазиологов.

691.Комплементарная терапия больных с поздними стадиями рака препаратами природного и синтетического происхождения

Юдин В.А., Арапов Н.А., Шарапов М.Г.

Рязань

ГБУ РО "ОКБ",

Актуальность. На сегодняшний день существует два подхода к лечению рака – официальной и альтернативной медицины. К сожалению, эти подходы не могут себя взаимно дополнить, а в большинстве случаев агрессивно противостоят друг другу, что не совсем правильно, ибо рациональное зерно есть в обоих подходах. Недостатком официальной терапии рака является то, что она может быть эффективна лишь на начальных стадиях рака, хотя и в этом случае нет гарантии излечения, так как зачастую невозможно полностью удалить все пораженные ткани и, как правило, за хирургической операцией следует курс химио- или радиотерапии. Цель и задача. В последние годы, в основном на экспериментальном материале, показано избирательное ингибирование роста и усиление гибели раковых клеток при действии некоторых синергически действующих природных препаратов, при отсутствии отрицательного воздействия на нормальные клетки. Материал и методы. Все пациенты ранее лечились по стандартам, принятым в официальной медицине и к

моменту начала больные по состоянию здоровья получали только симптоматическую терапию (обезболивающие средства, поддерживающие сердечную деятельность и др.). Всего нами наблюдалось 986 пациентов, на протяжении 30 лет. Из них 142 человека умерли в течение трех месяцев наблюдения. Заметного улучшения в состоянии этих больных, несмотря на проводимое нами лечение, нами не отмечено. По нашему мнению, к началу лечения это были пациенты, прошедшие точку невозврата. Остальные 844 человека по срокам и качеству жизни разделены на 2 группы. В качестве критериев эффективности лечения были использованы показатели продолжительности жизни, которые в среднем по группе составили 4,7 года. Результаты. При анализе полученных данных выяснилось, что у пациентов первой группы заметное улучшение качества жизни, выражающееся в увеличении физической активности, улучшении их настроения, сна, повышении аппетита, в первые месяцы наблюдения. Как правило, наблюдалась стабилизация размеров опухолевых образований, а уменьшения размеров опухолевых образований у них не отмечалось. Спустя 2 года связь с этими больными была потеряна и судьба их нам неизвестна. В первой группе 372 человека прожили от 3 месяцев до двух лет наблюдения. Во второй группе, наблюдались 472 человека, в возрасте от 17 до 84 лет (средний возраст 54,7 года), из них мужчин 167, женщин 305, которые прожили от 2 до 10 и более лет. У них наблюдалось значительное уменьшение или полное рассасывание первичной опухоли (если она не была удалена хирургическим путем) и имевшихся у больных этой группы метастазов в легкие, печень, позвоночник и другие органы. У большинства пациентов субъективно отмечалось улучшение сна, общего самочувствия и аппетита, повышение работоспособности. Локализация злокачественных образований была различной: полость рта-15, пищевод - 9, желудок - 54, толстая кишка - 72, легкие - 65, меланома - 18, головной мозг - 12, простата - 62, лимфатическая и кроветворная ткань - 21, другие локализации (щитовидная железа, матка, кожа, печень, желчный пузырь и желчные протоки, язык, глотка, слюнная железа, яичко, первично множественный рак, средостение, поджелудочная железа, карциноид, рак без первичного очага от 1 до 4 в каждой локализации) - 53. Заключение. Вышеописанные способы вспомогательного лечения позволяют существенно оптимизировать лечение онкологических больных 3-4 группы. В исследовании преобладали пациенты, отнесенные к прогрессирующей стадии заболевания и ранее

получивших лечение согласно существующим стандартам. Безысходность многих пациентов приводит их к поиску альтернативных методов лечения. На наш взгляд, мы не вправе отказывать им в лечении методами, которые не противоречат существующим правилам использования фармакологических средств природного происхождения.

692. Комбинированный эндоскопический и рентгенэндоваскулярный гемостаз в лечении острых желудочно-кишечных кровотечений

*Тимербулатов В.М. (1) Сагитов Р.Б. (2)
Гарипов Р.М. (1) Сибаяев В.М. (1) Сайфуллин Ф.З. (2)*

Уфа

1) ФБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ МЗ РБ Больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Ежегодно в РФ около 50 тысяч госпитализаций по поводу язвенных кровотечений из верхних отделов пищеварительной системы. Оперативная активность при этом составляет 15-16%, послеоперационная летальность 14-15%, общая летальность до 5%. С развитием эндоскопии диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений не представляет затруднений. Современные эндоскопы позволяют установить источник, характер, интенсивность кровотечения, определить риск повторного кровотечения, провести эндоскопический гемостаз. Существует большое количество способов эндоскопического гемостаза от электрокоагуляции кровоточащего сосуда, клипирования и т.д. В последнее десятилетие получило развитие применение ретгенэндоваскулярного гемостаза острых желудочно-кишечных кровотечений. Целью исследования являлось улучшение результатов лечения больных с острыми язвенными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ с применением комбинированного эндоскопического и рентгенэндоваскулярного гемостаза. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 472 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии пролеченных в хирургических

отделениях БСМП за период с 2019-2021гг. Большим выполнялись общеклинические лабораторные исследования. Ведущим методом диагностики являлась экстренная гастроскопия. Всем больным выполнялся расчет объема кровопотери по модифицированной формуле Мура. Эндоскопический гемостаз был выполнен 82 больным с локализованным источником кровотечения уровня F1b-F2a-F2b. При повторном рецидиве кровотечения и большой величины кровопотери, оцененной по модифицированной формуле Мура больные оперировались в экстренном порядке. За анализируемый период было оперировано 41 больной. Послеоперационная летальность составила в среднем 7,1%. Причинами являлись поздняя госпитализация, тяжелый геморрагический шок обусловленный большой кровопотерей и возраст больных старше 75 лет, а тяжелая также сопутствующая патология, прием клопидогреля. С целью улучшения результатов лечения пожилых больных с язвенными кровотечениями был разработан алгоритм комбинированного эндоскопического и рентгенэндоваскулярного гемостаза. Первым этапом после локализации источника кровотечения (язвы) устанавливалась в край язвы клипса для рентген метки. Вторым этапом выполнялась рентгенэндоваскулярная эмболизация. Таким комбинированным способом было пролечено 18 больных в возрасте от 64 до 86 лет. Результаты. Рецидивов кровотечения не было. Послеоперационной летальности не было. При контрольной гастроскопии определялась ишемизированная стенка желудка и язва. Все больные были выписаны из хирургического стационара с улучшением. При контрольных исследованиях желудка в сроки 2-3 месяца после эмболизации определялось заживление язв. Некротических изменений желудочной стенки зафиксировано не было. Таким образом, применение комбинированного эндоскопического и рентгенэндоваскулярного гемостаза позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с острыми язвенными кровотечениями верхних отделов ЖКТ.

693. Роль эндоваскулярных методов в лечении больных с метастатическим колоректальным раком*Стукалова О.Ю. (1), Ищенко Р.В. (2)*

Москва

1) ЦКБ "РЖД-Медицина", 2) МГУ им. М.В. Ломоносова

Введение. Метастатическое поражение печени выявляется у 20-60% больных с диссеминированным колоректальным раком является одной из ведущих причин летального исхода. На сегодняшний день основным методом радикального лечения остается резекция печени. Однако, на момент выявления метастазов в печени, оперативное вмешательство возможно выполнить только в 10-25% случаев. Это обусловлено технической невозможностью в силу метастатического распространения с поражением сосудов или наличием тяжелой сопутствующей патологии. В настоящее время системная химиотерапия позволяет увеличить продолжительность жизни данной когорты больных. Но помимо лечебного действия, длительное проведение системной химиотерапии сопряжено с высоким риском развития токсических осложнений и развитием химиорезистентности. В связи с чем, онкологи вынуждены прекращать лекарственную противоопухолевую терапию. Продолжительность жизни таких пациентов не превышает 12 месяцев. Цель. Улучшить результаты лечения больных с метастатическим поражением печени колоректального рака. Материалы и методы. В исследование включено 64 пациента с морфологически верифицированными метастазами в печень колоректального рака. Возрастная медиана составила 57,9±9,3 лет. Всем пациентам проведено комплексное лечение, которое включало в себя резекцию толстой кишки с первичной опухолью и проведение системной химиотерапии. Основным критерием включения в исследование являлось прекращение проведения системной химиотерапии, ввиду появления токсичности средней и тяжелой степени, развития химиорезистентности или выявления прогрессирования опухолевого процесса в печени. Каждому пациенту до включения в исследование проведено 2,2 ± 0,5 линий химиотерапии. Метод регионарного лечения определяли в зависимости от степени кровоснабжения и типа артериального строения печени. Пациентам с гипervasкулярными очагами и типичной артериальной анатомией

выполняли химиоэмболизацию печеночной артерии. Больным с гиповаскулярными очагами и типичной артериальной анатомией выполняли химиоинфузию в печеночную артерию. При выявлении вариантной артериальной анатомии, при котором опухоль получала кровоснабжение из нескольких артерий, выполнялось комбинированное регионарное лечение – химиоэмболизация + химиоинфузия печеночной артерии. Результаты. Всем пациентам суммарно проведено 282 цикла эндоваскулярного лечения, каждому больному проведено 4,4±3,2 курса. При этом, химиоэмболизация насыщаемыми микросферами выполнена 16 (25%) больным, масляная химиоэмболизация выполнена 12 (18,7%) больным, химиоинфузия в печеночную артерию произведена 14 (21,9%) больным, комбинированное регионарное лечение (масляная химиоэмболизация в сочетании с химиоинфузией печеночной артерии) получили 22 (34,4%) пациента. Через 1 год у 40 (62,5%) пациентов диагностирована стабилизация опухолевого процесса, у 24 (37,5%) пациентов выявлено прогрессирование. Медиана продолжительности жизни составила 20,5±15,0 месяцев. Выводы. Современные возможности интервенционной радиологии позволяют добиться стабилизации опухолевого процесса и увеличить продолжительность жизни паллиативных больных с метастатическим поражением печени колоректального рака.

694.Тепловизионная диагностика гнойно-септических осложнений тяжелых сочетанных травм мирного и военного времени

*Кисленко А.М. (1), Долгов И.М. (2),
Махновский А.И. (3), Пешехонов Э.В. (1),
Романюк Н.А. (1), Маркевич П.С. (1),
Кебедов Р.Р. (1), Хорошайлов А.В.(1),
Шалыгин К.Н. (1)*

1) Красногорск, 2) Москва, 3) Санкт-Петербург.

1) ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им.А.А.Вишневского» Минобороны России, 2) ООО «Дигносис», 3) НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Актуальность. Прогнозирование и своевременная диагностика гнойно-септических осложнений после перенесенных тяжелых боевых ранений и сочетанных травм мирного времени является залогом успеха в их лечении. Верификация очагов хирургической инфекции в первые сутки поступления в стационар этой категории раненых и пострадавших до настоящего времени является актуальной проблемой. Нами в течение 3 лет используется метод тепловидения или термографии. Следует отметить, что в Российской Федерации тепловидение включено в номенклатуру медицинских услуги относится к работам и услугам по функциональной диагностике, при этом первичный анализ результатов функциональных исследований может проводиться лечащим врачом. Цель работы. Осуществить анализ результатов тепловизионной диагностики гнойно-септических осложнений у раненых и пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами. Материалы и методы. В исследуемые группы вошли 124 пострадавших, проходившие лечения в отделении гнойной хирургии с гнойно-септическими осложнениями после полученных тяжелых травм. 99 пострадавших с нагноившимися гематомами различных локализаций, 20 пострадавших с остеомиелитом, 15 - с сепсисом неустановленного генеза. Критерии включения: модель пациента - взрослые, температура тела при первичном осмотре - менее 38,5 0С, длительность после перенесенной травмы - без ограничений. Результаты. Составлена таблица сопряженности результатов термографии и рентгенографии, КТ, МРТ. У 109 из 124 пострадавших локализации гнойных и гнойно-септических очагов были верифицированы с помощью термографии и подтверждены другими инструментальными методами диагностики. После верификации очагов

хирургической инфекции проводилось хирургическое лечение - санация гнойно-септических очагов. Проведение термографии в процессе лечения позволяет наблюдать в динамике эффективность проводимого лечения. Обсуждение. Своевременная верификация очагов хирургической инфекции, а ряде случаев прогнозирование их возникновения, основанная на термографии позволило нам разработать новый подход в выборе тактики лечения возникающих очагов хирургической инфекции в процессе лечения сочетанных травм. Это позволило выявлять и своевременно санировать гнойно-септические очаги. Термография дополняет инструментальные методы диагностики и позволяет формировать единые тактические подходы врачей разных специальностей к диагностике и лечению гнойно-септических осложнений тяжелых травм. Выводы. Тепловидение является эффективным, простым в применении и достаточно точным методом диагностики гнойно-септических осложнений после перенесенных тяжелых сочетанных травм мирного и военного времени. Метод может быть рекомендован к широкому применению в клинической практике.

695.Хирургическая коррекция осложненной портальной гипертензии

*Русинов В.М. (1), Южанин В.Б. (2),
Лучникова Е.В. (1), Попырин И.А. (2), Бахтин В.А. (1)*

Киров

1) ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,
2) КОГБУЗ Кировская областная клиническая
больница

Цель. Улучшить результаты хирургической коррекции осложненной портальной гипертензии. Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургической коррекции портальной гипертензии у 60 больных, находившихся на лечении в Кировской областной клинической больнице и на кафедре госпитальной хирургии за период с 2002 по 2020 гг. Мужчин было 25 (41,6 %), женщин 35 (58,4%) в возрасте от 11 до 65 (43,8±13,4) лет. Причинами портальной гипертензии являлся: цирроз печени у 52(86,7%) больных (класс А по

Чайлд-Пью у 35 (67,3%), класс В у 15 (28,9%), класс С у 2 (3,8%); тромбоз воротной вены и ее ветвей в следствие пупочного сепсиса, перенесенного в детстве у 3 (5,0%); альвеококкоз печени с окклюзией воротной вены или ее ветвей у 3 (5,0%); портальный фиброз у 2 (3,3%). Показаниями к хирургической коррекции портальной гипертензии были рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода у 37 (61,7%), средняя или тяжелая степень гиперспленизма в сочетании с варикозным расширением вен пищевода II или III степени у 18 (30,0%), напряженный асцит у 5 (8,3%). Хирургические вмешательства при портальной гипертензии выполнены у всех 60 больных: у 49 (81,6%) дистальный спленоренальный анастомоз; у 9 (15,0%) мезентерикокавальные шунты: у 7 из них - аутовеной, у 2 - политетрафторэтиленовым протезом; у 1 (1,7 %) спленокавальный шунт политетрафторэтиленовым протезом и у 1 (1,7 %) проксимальный спленоренальный анастомоз. Результаты. У 56 (93,3%) больных послеоперационный период протекал без осложнений. У этих пациентов отмечался прирост уровня тромбоцитов на третьи сутки с $83,3 \pm 37,7$ до $147,9 \pm 46,9$ тыс. ($p < 0,05$) и на седьмые - десятые сутки до $156,1 \pm 62,3$ тыс. ($p < 0,05$). Уровень лейкоцитов возрастал с $4,2 \pm 1,8$ до $8,8 \pm 1,3$ тыс. на третьи сутки ($p < 0,05$) и до $7,8 \pm 2,5$ тыс. на седьмые-десятые ($p < 0,05$). В раннем послеоперационном периоде у 1 пациента возник острый панкреатит, разрешившийся консервативной терапией. У 12 (20,0 %) наблюдалось длительное истечение асцитической жидкости после операции, которое потребовало лечения диуретиками, лимфотропными и белковыми препаратами. Средний послеоперационный койко день составил $15,8 \pm 1,1$ сут., а у пациентов с длительным истечением асцитической жидкости – $26,5 \pm 3,4$ сут. ($p < 0,01$). После операции умер 1 пациент на седьмые сутки от сердечно-сосудистой недостаточности. Послеоперационная летальность составила 1,7%. Выводы. Наиболее частыми показаниями к хирургической коррекции портальной гипертензии были рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в анамнезе (61,7 %) и средняя или тяжелая степень гиперспленизма в сочетании с угрозой кровотечений при II и III степени расширения вен (30,0%). Основным вариантом хирургической коррекции портальной гипертензии был дистальный спленоренальный анастомоз, который значимо снижал явления гиперспленизма в раннем послеоперационном периоде и протекал без существенных осложнений.

696. Эндоскопическое лигирование в лечении и профилактике кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени

Можаровский В.В. (1), Мутных А.Г. (1), Жуков И.Н. (1), Тарасов А.А. (1), Качалов А.Ю. (1), Николаев Н.В. (1), Киценко Е.А. (2)

1) Дмитров, 2) Москва

1) ГБУЗ МО «Дмитровская областная больница»,
2) ФБГНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского

Актуальность проблемы. Кровотечения из варикозных вен пищевода (ВВ) и желудка являются основной причиной смерти у больных циррозом печени. Особенностью кровотечений портального генеза часто является их непрерывно рецидивирующий характер, что диктует необходимость применения любых жизнеспасующих технологий, позволяющих достичь гемостаза и пролонгировать сроки жизни до трансплантации. Эндоскопическое лигирование является одним из таких методов. Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопического лигирования как метода экстренного гемостаза и способа профилактики рецидивов кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени. Материалы и методы. Мы проанализировали результаты лечения у 245 пациентов, подвергнутых эндоскопическому лигированию (ЭЛ) в период с 2019 по 2021 г. (3 года) в Дмитровской областной больнице. Все пациенты были разделены на две группы. 1 группу составили 87 (35,5%) пациентов – эндоскопическое лигирование которым было выполнено в экстренном порядке, 2 группу – 158 (64,5%) пациентов, эндоскопическое лигирование которым было выполнено в плановом порядке. В исследуемых группах мужчин было 142 (58,2%), женщин – 103 (41,8%), возраст пациентов варьировал от 34 до 69 лет. Варикозное расширение (ВВ) 3-й степени было 216 (88%), 2-й – 29 (12%). У 168 больных (68,4%) – ВВ локализовались преимущественно в пищеводе. Локализация ВВ в желудке: 1-й тип -45 (18%), 2-й тип -30 (12%), 3-й тип – 2 (0,8%). Цирроз печени вирусной этиологии, отмечен у 142 (58,8) пациентов, алкогольный – у 93 (38 %), билиарный – у 10 (4,0%) пациентов. У 86 (35%) пациентов тяжесть состояния соответствовала классу А по Child-Pugh, у 115 (47%) – классу В, у 44 (18%) – классу С. ЭЛ вен пищевода осуществлялось лигаторами SmartDand и G-flex (использовали от 6 до 12 лигатур). При кровотечении в качестве медикаментозной терапии обязательно

использовали селективные вазоконстрикторы, транексамовую кислоту, ингибиторы фибринолиза, ингибиторы протонной помпы, цефалоспорины и оральные фторхинолоны. На ВВ желудка накладывали нейлоновые петли (Olympus). Также проводилась коррекция анемии и коагулопатии. Неселективные β -блокаторы применяли у плановых больных с 1 суток. Результаты и обсуждение. У пациентов, которым выполнено лигирование в экстренном порядке, непосредственный гемостаз достигнут у всех (87) пациентов, причем у 27 из 32 он достигнут без применения компрессионного гемостаза зондом Сенгстака-Блекмора, сразу же при поступлении (причем продолжающее кровотечение было у 14, состоявшееся у 18). Гемостаз был достигнут зондом-обтуратором с последующим ЭЛ. Рецидивы кровотечения в стационаре в экстренной группе были у 10 (12%) больных, что потребовало повторного ЭЛ, у 7 и у 3-х ЭС - с достижением гемостаза. В плановом порядке осложнений в виде кровотечений было значительно меньше - 5 (3.1%). Осложнения в основном были отмечены у больных в группе С. У 3-х больных гемостаз достигнут повторным ЭЛ и у 2-х консервативными мероприятиями. Летальность у пациентов после планового лигирования была достоверно ниже, чем у экстренных больных (2,5% против 11,9%). Плановое лигирование также было более эффективным в виде исчезновения или уменьшения варикозных вен у 82,8%, а после экстренного ЭЛ - 72,6%. Летальность у пациентов после планового лигирования была достоверно ниже, чем у экстренных больных - 1,5% (у 3-х больных группы С) против 11,9% (10 больных). Длительность госпитализации после планового лигирования составила 4,7 койко-дней, против 11,7 койко-дней у экстренных больных. Выводы. Таким образом, эндоскопическое лигирование является достаточно эффективной операцией выбора у пациентов с варикозными венами пищевода и желудка, как для остановки кровотечений, так и для первичной и вторичной их профилактики. Через 1-2 месяца после выполнения ЭЛ необходим эндоскопический контроль решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике.

697. Оптимальные сроки выполнения лапароскопической холецистэктомии после эндоскопических декомпрессионных вмешательств при остром холангите

*Осипов А.В. (1,2), Демко А.Е. (1,2),
Пирожкова Е.А. (1)*

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2) ФГБВУ ВПО Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
Министерства обороны РФ

Острый холангит доброкачественной этиологии является одной из самых частых патологий в гепатопанкреатобилиарной хирургии. Не вызывает сомнений, что эндоскопические методики декомпрессии билиарного тракта являются «золотым стандартом» в двухэтапном лечении пациентов с осложненным холедохолитиазом. Однако, на сегодняшний день нет универсальных подходов к выполнению плановой холецистэктомии у пациентов с ЖКБ после купированного острого холангита, причиной которого явился холедохолитиаз. Цель. Улучшение результатов лечения и качества жизни пациентов с острым холангитом. Материалы и методы. Спланировано и проведено ретроспективное когортное исследование, направленное на изучение непосредственных результатов лечения пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии, госпитализированных в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2014 по 2021 годы. Пациенты были разделены на 2 группы: больные, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия в одну госпитализацию с лечением острого холангита (3–17 сутки после декомпрессионного эндоскопического вмешательства) и больные, которым производили лапароскопическую холецистэктомию через 4-24 недели после первичной операции в рамках последующей плановой госпитализации. В первую группу включили 106 наблюдений, во вторую 69. Между группами не было различий по полу, возрасту, выраженности коморбидной патологии, степени тяжести острого холангита при первичной оценке. Результаты. Среднее время от эндоскопической процедуры до лапароскопической холецистэктомии составило $7,7 \pm 3,4$ дня и $91,9 \pm 27,6$ дней в первой и второй группах соответственно. При проведении статистического анализа было выявлено, что не было существенных отличий в количестве интраоперационных осложнений (4 –

3,8% и – 4,3% в первой и второй группах соответственно), конверсии доступа на лапаротомию (1-0,9% и 1-1,4%), длительности оперативного вмешательства ($54,6 \pm 24,3$ мин, $59 \pm 27,3$ мин). Тем не менее, статистически достоверно отличались общая (суммарная во второй группе) продолжительность госпитализации ($12,1 \pm 3,2$ дня, $16 \pm 6,1$ дней), а также частота рецидивного холедохолитиаза (5 - 4.7%, 11 – 15,9%). Обсуждение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об относительной безопасности лапароскопической холецистэктомии в ближайшие сроки после декомпрессивных вмешательств при остром холангите. Вывод. Ранняя холецистэктомия после перенесенного острого холангита является безопасной и не приводит к достоверному ухудшению непосредственных результатов лечения пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии.

698. Анализ результатов хирургического лечения пациентов торакального профиля с COVID-19

*Пушкин С.Ю. (1,2), Камеев И.Р. (1),
Решетов А.П. (1), Абашкин Н.Ю. (1),
Щербаков Д.А. (1), Айрапетова М.П. (1),
Пиковский О.И. (2)*

Самара

1) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, 2) Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. В условиях пандемии COVID-19 неизбежно меняются условия оказания плановой и экстренной специализированной хирургической помощи. Вместе с тем, возникло и новое направление, связанное с оказанием urgentных хирургических вмешательств пациентам с новой коронавирусной инфекцией. В этой связи возникла необходимость организации специализированных хирургических бригад по урологии, офтальмологии, торакальной и гнойной хирургии и т.д. для оказания специализированной экстренной хирургической помощи в инфекционных и репрофилированных стационарах, работающих по COVID-19. Лечение пациентов с коронавирусной инфекцией должно проводиться с учетом безопасности пациентов и

медицинского персонала. Материал и методы. В период пандемии с апреля 2020 года по сентябрь 2021 года в СОКБ имени В.Д. Середавина, репрофилированного под инфекционный госпиталь, было госпитализировано 18955 пациента с новой коронавирусной инфекцией. Оперативное вмешательство выполнено у 1220 (6,4%) больных, которым выполнено 1328 операций. Особое место занимают оперативные вмешательства, выполненные пациентам с COVID-19 и имеющих хирургическую патологию в органах грудной клетки. Среди них нужно отметить пневмомедиастинум, который в большинстве случаев не требует оперативного вмешательства и обусловлен особенностями респираторной поддержки на фоне новой коронавирусной инфекции. Всего выполнено 935 торакальных операций и 1987 плевральных пункции с целью удаления жидкости (гидро-, гемоторакса) и воздуха (пневмоторакса). Учитывая специфику лечения пациентов с COVID-19, уже имеющих тяжелое поражение легочной ткани, первоначально стремились выполнять малоинвазивные вмешательства: дренирования плевральных полостей, торакоскопию, медиастинотомию. При угрозе развития тяжелых гнойно-септических или геморрагических осложнений коллегиально принималось решение о повторных видеозендоскопических или открытых вмешательствах. Преобладающее число операций выполнено в условиях инфекционных отделений и отделениях интенсивной терапии и реанимации: наложение трахеостом, дренирование плевральных и брюшной полостей, дренирование абсцессов легких, вскрытие гематом, абсцессов различных локализаций и т.д.). Это было обусловлено тяжестью состояния большинства пациентов и рисками осложнений при транспортировке. Полученные результаты. Всего выполнено 216 дренирований плевральных полостей и абсцессов легких, наложено 686 трахеостом, вскрыто и задренировано 11 гематом мягких тканей. В условиях операционной выполнено 22 торакоскопических и открытых операций на органах грудной клетки (санация, резекция и ушивание легкого), из них выписано с улучшением 13 (59,1%) пациентов, умерло 9. Из числа пациентов с COVID-19, которым выполнялись торакальные вмешательства, умер 881 (72,2%) человек. Основной причиной смерти было массивное поражение легочной ткани, обусловленное новой коронавирусной инфекцией с развитием тяжелой дыхательной недостаточностью. В дальнейшем 5 пациентов, выписанные из инфекционного отделения СОКБ с дренажами в плевральной полости под наблюдение торакального хирурга,

были госпитализированы в торакальное хирургическое отделение через 4-5 недель. Выполнено 3 торакотомии и 2 видеоассистированные торакоскопии с целью санации плевральной полости, резекции легкого, ушивания его дефектов, декорткации. Умер 1 пациент. Заключение. Особую группу составляют пациенты с COVID-19, имеющие хирургическую патологию в органах грудной клетки и требующие дополнительного этапного или окончательного оперативного лечения. Стремление радикально устранить патологию органов грудной клетки может привести к ухудшению общего состояния больного и неблагоприятному исходу. Данной группе пациентов требуется определить сроки и показания в выполнении оперативного вмешательства в условиях операционной под ЭТН с учетом объема поражения (КТ, стадия заболевания), изменений в легочной ткани, рисков развития интраоперационно и в послеоперационном периоде кровотечения. Сформированные кистозные образования в легких (ложные кисты) после перенесенной коронавирусной инфекции требуют динамического наблюдения с КТ-контролем органов грудной клетки каждые 3 месяца для определения показаний и сроков оперативного вмешательства. Операции у данной категории пациентов в ранние сроки на фоне фиброзных изменений в легочной ткани сопровождаются высоким риском развития осложнений.

699. Лапароскопические резекции печени по поводу внутрипеченочной холангиоцеллюлярной карциномы. Анализ непосредственных результатов

*Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В.,
Брицкая Н.Н., Казаков И.В., Королева А.А.,
Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Соловьева О.Н.,
Куликова Н.Д., Елизарова Н.И.*

Москва

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

Введение. Технологические аспекты резекции печени по поводу внутрипеченочной холангиоцеллюлярной карциномы (ХЦК)

отличаются большей сложностью по сравнению с операциями при других злокачественных опухолях печени. Развитие минимально инвазивных технологий позволяет рассчитывать на возможность реализации их преимуществ без потери онкологической радикальности хирургии. Цель. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с внутрипеченочной ХЦК. Методы. Анализированы демографические характеристики, периоперационные данные, непосредственные хирургические результаты минимально инвазивных (МИРП) и открытых резекций печени (ОРП). К МИРП относили лапароскопические и робот-ассистированные резекции. Изучены данные с января 2014 года по декабрь 2020 года. К тяжелым послеоперационным осложнениям относили >II степени по Claven-Dindo. Прослежена 90-дневная летальность. Результаты. Оперированы 53 пациента, диагноз внутрипеченочной ХЦК подтвержден у 50. МИРП выполнены у 19 пациентов. В группах МИРП и ОРП средний размер опухоли составил 65 мм и 74 мм, соответственно ($p=0,884$). Множественные очаги имели место у 43% и у 33% пациентов, соответственно ($p=0,470$). У пациентов, перенесших МИРП и ОРП чаще встречались 2-я и 3-я стадии заболевания (TNM), соответственно ($p=0,026$). В указанных группах желтуха до операции имела место у 41% и 9% пациентов ($p=0,040$). Средние показатели длительности операции оставили 407 мин и 503 мин ($p=0,031$), кровопотери 776 мл и 823 мл ($p=0,028$), ширины отступа 8 мм и 6 мм, соответственно ($p=0,389$). Частота тяжелых осложнений достигала 56% и 28% ($p=0,049$), а средняя длительность послеоперационного госпитального лечения составила 24 дней и 14 дней ($p=0,001$). Заключение. МИРП при условии селекции пациентов могут быть выполнены более, чем у трети пациентов с внутрипеченочной ХЦК. Непосредственные результаты МИРП достоверно лучше по сравнению с исходами ОРП.

700.Диагностическая лапароскопия: роль и место в экстренной хирургии

*Тимербулатов В.М. (1) Сибаетов В.М. (1)
Абдулвалеев И.С. (2) Низамов Д.М. (2)
Сагитов Т.Р. (2)*

Уфа

1) ФБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, 2) ГБУЗ МЗ РБ Больница скорой медицинской помощи

Актуальность. 120 лет исполнилось со времени появления первых сообщений о применении первых диагностических манипуляций для исследования брюшной полости Д. О. Отт. С тех пор диагностическая лапароскопия претерпела времена пристального интереса и почти полного забвения среди хирургов. Однако наиболее полного расцвета широкого применения этот метод инструментальной диагностики достиг с появлением видеоэндоскопии. Он позволил в полном объеме выполнять этап диагностики во всех областях брюшной полости, независимо от вида основного хирургического вмешательства. Однако с появлением современных видов инструментальной диагностики, таких как УЗИ, КТ, МРТ, ангиография, одним из главных преимуществ которых является их неинвазивность, назревает вопрос о значимости и месте диагностической лапароскопии среди других методов инструментальной диагностики патологии ОБП. Задачей нашего исследования явилось определение ценности целесообразности выполнения диагностической лапароскопии в экстренной хирургии. **Материал и методы.** В клинике больницы Скорой медицинской помощи г. Уфы за десятилетний период с 2012 по 2021 г.г. было госпитализировано 9264 больных с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Количество лапароскопических вмешательств составило 2958 операций. Количество диагностических лапароскопий не потребовавших расширения вмешательства - 4271. Завершившихся переходом на лапаротомию - 632. Экстренные лапароскопические вмешательства составили более 80% случаев, из них ЛА - 1752, ушиваний прободной гастродуоденальной язвы - 143, вмешательства при панкреонекрозе (оментобурсоскопия, санация, дренирование сальниковой сумки, холецистоскопия) - 148, устранение спаечной кишечной непроходимости - 118, операций при остром дивертикулите с перфорацией и абсцедированием - 28, эпиплоикэктомию при перекруте сальникового

отростка - 94. Осложнений, характерных непосредственно для лапароскопии, не было ни одного. Выводы: 1. Диагностическая лапароскопия в экстренной хирургии продолжает занимать лидирующее положение среди прочих инструментальных методов диагностики. 2. При соблюдении технологии выполнения лапароскопии, количество осложнений сводится к минимуму. (практически могут быть исключены). 3. Диагностическая лапароскопия является «золотым стандартом» в алгоритме инструментальных исследований для стационаров 2 и 3 уровня.

701.Оценка продолжительности жизни больных с диагнозом рак поджелудочной железы при проведении комбинированной терапии в Ярославской области

Чепоров С.В. (1,2), Бурнецова Н.А. (2)

Ярославль

1) ГБУЗ ЯО ОКОБ, 2) ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

Актуальность. Рак поджелудочной железы (РПЖ) остаётся одной из самых агрессивных форм рака. Высокая смертность связана с бессимптомного течения заболевания и ранним метастазированием процесса. В настоящее время РПЖ занимает 5 место в структуре смертности от злокачественных новообразований в Ярославской области. По данным 2019 года, он составил 7,4% от всех случаев. 5-летняя выживаемость – менее 2%. Применение только хирургического лечение в терапии распространенного РПЖ остаётся не достаточным. Необходимо сочетание комбинированной терапии. **Цель исследования.** 1) Провести анализ средней продолжительности жизни пациентов с диагнозом РПЖ; 2) сравнить эффективность основных методов лечения. **Материалы и методы.** Для анализа были отобраны 137 пациентов с диагнозом РПЖ, прошедших лечение в ГБУЗ ЯО “Клиническая онкологическая больница” в 2020 году. Количество мужчин и женщин было сопоставимо (составило 47% и 53% соответственно). Пациенты с начальными стадиями (I и II) были выявлены в 24% случаев, III – 11%, IV – 65%. По гистологическому строению преобладающей формой являлась аденокарцинома

различной степени злокачественности (75%). Пациенты были поделены на 2 группы: первую группу составили больные без отдалённых метастазов - 81 человек (59%), вторую - с установленными отдалёнными метастазами - 56 человек (41%). По видам лечения пациенты распределились следующим образом: противоопухолевая лекарственная терапия была проведена 6 пациентам из первой группы и 8 из второй; симптоматическая операция, направленная на устранение синдрома билиарной гипертензии, - 18 пациентам из первой группы и 20 из второй; комбинированное лечение (гастропанкреатодуоденальная резекция с проведением лекарственной терапии) - 28 пациентам из первой группы и 8 из второй; симптоматическая терапия - 29 и 20 пациентам соответственно. Результаты и их обсуждение. В первой группе (без отдалённых метастазов) были получены следующие результаты: средняя продолжительность жизни пациентов при проведении химиотерапии составила 465,5 дней, симптоматической операции - 77,5 дней, комбинированного лечения - 413,5 дней и 39 дней при проведении только симптоматической терапии. Во второй группе (с отдалёнными метастазами) средняя продолжительность жизни при проведении химиотерапии составила 149,5 дней, симптоматической операции - 104,5 дней, комбинированного лечения - 258 дней и 52 дня при проведении симптоматической терапии. Таким образом, при лечении пациентов без отдалённых метастазов наибольшую эффективность показало проведение противоопухолевой лекарственной терапии (на 13% эффективнее комбинированного лечения). При наличии отдалённых метастазов наилучшие результаты были получены при проведении комбинированного лечения (на 73% эффективнее химиотерапии). Выводы. При выборе оптимальной тактики терапии следует учитывать эффективность различных методов лечения при наличии и отсутствии метастазов. При отсутствии метастазов наибольшее значение имеет раннее назначение противоопухолевой лекарственной терапии. У пациентов с диагностированными отдалёнными метастазами следует применять комбинацию методов лечения, которые направлены на устранение симптомов заболевания и предупреждение дальнейшего распространения процесса.

702.Эффективность применения игольчатых электродов при интраоперационном нейромониторинге в хирургии щитовидной железы

Золотуха А.В. (1), Семенов А.А. (1,2), Слепцов И.В. (1,2), Черников Р.А. (2), Бузанаков Д.М. (1,2), Новокшионов К.Ю. (2), Карелина Ю.В. (2), Макарьин В.А. (2), Успенская А.А. (2), Тимофеева Н.И. (2), Горская Н.А. (2), Алексеева С.А. (2), Чинчук И.К. (2)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский государственный университет, 2) Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета

Введение. Нарушение функции возвратного гортанного нерва является одним из наиболее важных осложнений операций на щитовидной железе. В последние годы вопросу его профилактики уделяется все большее внимание. Несмотря на то, что золотым стандартом в предупреждении травматизации возвратного гортанного нерва остается его визуализация, все более широкое распространение получает интраоперационный нейромониторинг возвратного гортанного нерва. Наибольшую популярность получил интраоперационный нейромониторинг с использованием ларингеального электрода. Однако ларингеальный электрод имеет ряд известных недостатков, немаловажным из которых является его стоимость и доступность в разных системах здравоохранения. В то же время недостаточно изученной является эффективность нейромониторинга с использованием игольчатых электродов как доступной альтернативы использованию ларингеального электрода. Цель. Оценить эффективность интраоперационного нейромониторинга возвратного гортанного нерва с использованием игольчатых электродов при хирургических вмешательствах на щитовидной железе. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, протоколов интраоперационного нейромониторинга (ИОНМ), ультразвуковой и эндоскопической ларингоскопии пациентов, госпитализированных в отделение эндокринной хирургии КВМТ им.Н.И.Пирогова в 2018-2020 годах. Была получена сплошная выборка из 651 нерва в риске у пациентов, прооперированных с использованием ларингеального электрода, 127

нервов в риске у пациентов, прооперированных с использованием одноразовых парных подкожных монополярных электродов, вводимых в перстнещитовидные мышцы, и 137 нервов в риске у пациентов, прооперированных с использованием пальпаторного нейромониторинга. Во всех случаях интраоперационный нейромониторинг осуществлялся при помощи нейромонитора С2 (InoMed, Германия), биполярного вильчатого зонда. Результаты. При ИОНМ с игольчатыми электродами парез гортани наблюдался в случае 7 нервов из 127 нервов в риске (5,51%). Средний возраст пациентов в данной группе составлял 51,3±12,9 лет; 6 нервов принадлежали женщинам (86%), 1 – мужчине (14%). Частота парезов в группе ИОНМ с ларингеальным электродом была несколько ниже и составляла 22 из 651 нерва в риске (3,38% случаев), однако различие не являлось статистически значимым ($p=0,1318$). Средний возраст пациентов с исходом в парез гортани в группе ИОНМ с ларингеальным электродом составлял 47,7±13,1 лет, что незначимо отличается от группы ИОНМ с игольчатыми электродами ($p=0,4675$). 19 нервов принадлежали женщинам (86%), 3 – мужчинам (14%). Достоверных различий, связанных с полом выявлено не было. В группе пальпаторного ИОНМ парез гортани наблюдался в 7,30% случаев (10 из 137 нервов в риске), что достоверно чаще, чем при использовании ларингеального электрода ($p=0,02535$, $p<0,5$). Статистически значимого различия между частотой парезов при использовании игольчатых электродов и при использовании пальпаторного ИОНМ выявлено не было ($p=0,2844$). Выводы. Хотя игольчатые электроды не являются столь эффективными, как ларингеальный электрод, ввиду своей более низкой стоимости они могут рассматриваться как метод профилактики парезов гортани при операциях на щитовидной железе.

703. Выживаемость после лапароскопических резекций по поводу внутрипеченочной холангиоцеллюлярной карциномы

Брицкая Н.Н., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Соловьева О.Н., Куликова Н.Д., Елизарова Н.И., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г.

Москва

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

Введение. Резекция печени по поводу внутрипеченочной холангиоцеллюлярной карциномы (ХЦК) остается единственным действенным методом лечения, позволяющим достичь значимого продления жизни. Успешное применение минимально инвазивных резекций (МИРП) при лечении других злокачественных опухолей позволяет надеяться на аналогичные результаты у пациентов с внутрипеченочной ХЦК. Цель. Оценить выживаемость и факторы на нее влияющие после МИРП у пациентов с внутрипеченочной ХЦК. Методы: в регрессионном анализе изучено влияние следующих факторов (возраст, ASA, стадия опухоли TNM, наличие желтухи перед операцией, уровень СА 19-9, контакт опухоли с сосудами, ширина отступа, объем интраоперационной кровопотери, наличие тяжелых осложнений, наличие периневральной инвазии, дифференцировка опухоли, проведение адъювантной химиотерапии. Результаты. Общая 5-летняя выживаемость в группах МИРП и ОРП составила 40% и 32%, соответственно ($p=0,126$). В этих же группах 4-летняя безрецидивная выживаемость составила 40% и 18% ($p=0,186$). Факторами, достоверно влияющими на выживаемость в многофакторном анализе Кокса оказались уровень СА 19-9, дифференцировка опухоли и наличие тяжелых осложнений послеоперационного периода. Сравнение групп МИРП и ОРП по этим факторам показало отсутствие отличий по уровню СА 19-9: 392 ед/мл и 210 ед/мл ($p=0,486$), степени дифференцировки опухоли: чаще встречалась 2 в обеих группах ($p=0,259$), при наличии достоверных отличий по частоте развития тяжелых осложнений: 56% и 28% ($p=0,049$), соответственно. Заключение. Несмотря на отсутствие достоверных отличий в выживаемости, МИРП при условии селекции пациентов демонстрируют тенденцию к лучшим отдаленным результатам по сравнению с ОРП. Этому, возможно, способствует влияние на выживаемость

непосредственных исходов лечения, наряду с онкологическим факторами.

704. Цитокиновый профиль у больных с абдоминальным сепсисом

*Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А., Иванова З.О.,
Байрам С.И.*

Нальчик

КБГУ

Введение. Абдоминальный сепсис (АС) является системной воспалительной реакцией организма в ответ на развитие первоначально деструктивного процесса в органах брюшной полости и/или забрюшинного пространства. Цитокиновая сеть является одной из важнейших регуляторных систем организма наравне с нервной, кровяной, эндокринной и другими системами. Уровень цитокинов в периферической крови может быть повышен при многих заболеваниях, однако в ряде случаев может наблюдаться превышение нормальной их концентрации в десятки, сотни и более раз с развитием своеобразной клинической картины, в основе которой лежит системная воспалительная реакция. Цель настоящего исследования ? динамика клинико-лабораторных показателей эндогенной интоксикаций и концентрации цитокинов крови как маркеров сепсиса у больных абдоминальным сепсисом. Материал и методы. В исследование включено 77 больных в возрасте от 24 до 78 лет. Критериями включения в исследование были: возраст старше 18 лет, 2 критерия синдрома системного воспаления и более, клинические признаки абдоминального сепсиса, высокий уровень прокальцитонина (2 нг/мл и выше). Критериями исключения были наличие несанированного очага хирургической инфекции, продолжающееся кровотечение. Для оценки тяжести состояния пациентов использовали интегральную шкалу APACHE II, а степень нарушений функции органов оценивали по шкале qSOFA. У всех пациентов изучали концентраций провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в периферической крови ИЛ-10 (98,6 пкг/мл), ИЛ-6 (17,7 пкг/мл), ИЛ-1 (21 пкг/мл), ФНО-а (5,8 пкг/мл) у здоровых людей по использованным

методикам. Осложненный сепсис был диагностирован в среднем на 5 (3—6) сутки пребывания в ОРИТ. С момента установления диагноза проводилась смена антибиотикотерапии на основании результатов исследования крови и определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальному препарату. Для пациентов с септическим шоком (12 пациентов, 15,6% от общего числа пациентов) для поддержания гемодинамики требовалась инотропная поддержка. Всем пациентам с ОРДС (9 пациентов, 11,7%) компонентом интенсивной терапии являлась искусственная вентиляция легких. У 15 (19,5%) пациентов наблюдалось острое почечное повреждение. В этой группе пациентов требовалось проведение заместительной почечной терапии в связи с развитием острого почечного повреждения. У 9 (11,7%) пациентов наблюдался синдром интраабдоминальной гипертензии на фоне септического шока. В ходе анализа летальности у умерших 11 пациентов (14,3%), развитие ПОН было отмечено у всех. Основным источником инфекции (в 91,3% случаев) было наличие гнойного очага, подтвержденная клиническими, инструментальными (КТ, МРТ) и лабораторными данными. В этиологической структуре абдоминального сепсиса у больных преобладал вторичный распространенный гнойный перитонит вследствие деструкции полого органа и запущенных форм кишечной непроходимости (18 больных, или 23,4 % случаев), также наблюдались больные с острым деструктивным панкреатитом (17 больных или 22,1%) из них осложненной общим фибринозно-гнойным перитонитом (10 больных или 13 %) с флегмоной забрюшинного пространства (9 больных или 11,7%). Абсцесс органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства наблюдался реже (15 больных или 19,5%) наряду со случаями перфораций полого органа (8 пациентов, или 10,4% случаев). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы STATISTICA. Результаты исследования и их обсуждение. В данном исследовании ключевыми факторами считали продуцируемые макрофагами цитокины, ФНО? и ИЛ-1, которые, в свою очередь, активировали иммунокомпетентные клетки на выработку ИЛ-6, ИЛ-10. При абдоминальном сепсисе наблюдалось достоверное повышение уровня ФНО- 82,7 пкг/мл, ИЛ-10 до 167,6 пкг/мл, ИЛ-6 до максимальных значений в данном исследовании до 286,4 пкг/мл и ИЛ-1 до 34,0 пкг/мл. При динамическом обследовании пациентов с абдоминальным сепсисом в результате хирургической санации гнойного очага, антибактериальной терапией и

других комплексов лечебных мероприятий параллельно улучшению показателей уровня АД ср (90 мм.рт.ст), снижению потребности в инотропной поддержке, положительной тенденций по динамике показателя прокальцитонина (1нг/мл), положительным данным в динамике по шкале qSOFA (9), мы получили уменьшение концентраций цитокинов крови. Выводы. В результате настоящего исследования была выявлена повышенная продукция комплекса как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов с их быстрым и избыточным поступлением в периферическую кровь.

705. Продольная резекция желудка: как улучшить результаты лечения?

Луцевич О.Э., Яшков Ю.И., Федоров Д.Д.

Москва

МК ЦЭЛТ, ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова
МЗ РФ.

Алиментарное ожирение сегодня является одной из наиболее актуальных проблем современного общества. По данным ВОЗ, до 1,9 млрд. взрослых жителей Земли (39%) обладают избыточной массой тела, из них 14% страдают морбидной (угрожающей жизни) формой ожирения. В РФ зафиксировано около 24 млн. граждан с избыточным весом, при этом ожирение обычно сопровождается такими тяжелыми заболеваниями, как сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, синдром обструктивного апноэ сна, нарушения опорно-двигательной системы, злокачественные новообразования и т.д. Самым эффективным методом лечения морбидного ожирения являются различные хирургические вмешательства, направленные на уменьшение количества потребляемой пищи или уменьшение возможности ее усвоения в пищеварительном тракте. Широкое распространение получила методика рукавной гастропластики (продольной резекции желудка) как наиболее физиологичное и легко воспроизводимое вмешательство, однако отдаленные результаты лечения не всегда удовлетворяют и хирурга, и пациента. Связано это в первую очередь с отсутствием технического стандарта операции и

возможностью рецидива ожирения. Дело в том, что большинство хирургов определяют линию резекции «на глазок», чаще ориентируясь на сосуды малой кривизны или опасаясь излишнего «зауживания» желудочной трубки. Мы разработали технический стандарт выполнения ПРЖ, позволяющий избежать субъективной оценки объема удаляемой части органа, снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. Суть методики заключается в использовании стандартных желудочных зондов различного диаметра, применяемых на этапах собственно резекции желудка и последующей перитонизации линии механического шва. На этапе резекции после мобилизации большой кривизны и задней стенки желудка используем силиконовый зонд диаметром 40F, проводимого вдоль малой кривизны желудка в 12-перстную кишку. Резекция желудка выполняется линейным степлером вплотную к зонду, при этом формируемая желудочная трубка имеет одинаковый диаметр как в антральном отделе, так и в области кардио-эзофагеального перехода. Таким образом удастся избежать оставления расширенного просвета желудочной трубки и задержки пищевых масс в этих ключевых точках. Далее этот зонд заменяется на трубку меньшего размера (32F), на котором ручным швом с использованием аппарата «Эндостич» рассасывающейся нитью выполняется перитонизация механического шва на всем протяжении. В результате остающаяся желудочная трубка имеет на всем протяжении равномерный диаметр, без нежелательных расширений в области дна и антрального отдела, равно как и без сужений, способных вызвать непроходимость желудочной трубки. С использованием данной методики оперировано 700 больных, летальных исходов и тяжелых интра-и послеоперационных осложнений (кровотечение, несостоятельность шва, стриктура желудочной трубки) не было. Операционное время составило от 35 до 90 мин (в среднем 45-60 мин), сроки госпитализации – 2,5-3 суток. В сроки наблюдения до 5 лет отмечено адекватное снижение массы тела, повторных вмешательств по поводу рецидива заболевания не отмечено. Таким образом, стандартизированный подход к выполнению лапароскопической рукавной гастропластики с использованием калибровочных зондов позволяет повысить эффективность хирургического лечения морбидного ожирения, сократить продолжительность операции, снизить число осложнений и рецидивов заболевания.

706. Особенности диагностической и лечебной тактики у больных с внепеченочной портальной гипертензии

Киценко Е. А., Манукьян Г. В., Лебезев В. М., Жигалова С. Б., Фандеев Е. Е., Крыжановская Е. Ю., Камалов Ю. Р., Косакевич Е. Р.

Москва

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

Цель. Оптимизация диагностической и лечебной тактики у больных с внепеченочной портальной гипертензией. Актуальность. Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) чаще всего обусловлена тромбозом воротной вены, основными причинами которого являются наследственные и приобретенные тромбофилии. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 306 больных с ВПГ с 2007 по 2021 гг.: 164 женщин (53,6%) и 142 мужчин (46,4%) в возрасте от 18 до 78 лет (медиана – 36,1 года). У 76 (24,8%) пациентов заболевание протекало с детского возраста. Во взрослом возрасте заболевание проявилось у 230 (75,2%), причем заболевание крови выявлено у 117 (38,3%). Обследование пациентов включало выявление различных системных и локальных факторов риска ВТВВ. Методами диагностики первой линии является УЗИ сосудов портальной системы с доплерографией, КТ и МРТ- ангиография для оценки локализации и распространенности тромбоза и выявления местных факторов, эластометрия печени и селезенки. С целью профилактики варикозных кровотечений 108 больным (35,3%) выполнено мезентерикокавальное или спленоренальное шунтирование («бок в бок» или с интерпозицией синтетического протеза). Тотальный тромбоз спленопортальной оси – 198 больных (64,7%) – явился фактором, препятствующим выполнению шунтирующей операции. Таким пациентам выполняли эндоскопическое лигирование или склерозирование варикозных вен – 114 больным (37,2%), а также прямое прошивание ВРВ пищевода и желудка (при диаметре ВРВ в желудке больше 15 мм) – 84 (27,5%). Последнее дополнялось спленэктомией у 35 больных. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась длительная антикоагулянтная терапия (АКТ) низкомолекулярными гепаринами с последующим переводом на пероральный прием ингибиторов тромбина или ингибиторов фактора Ха

свертывания. 94 (30,1%) больным выполнялась эластометрия печени и селезенки до и после операции. После выполнения сосудистых анастомозов практически у всех пациентов отмечено значимое снижение жесткости селезенки ($<0,01$), чего не наблюдалось после операций азигопортального разобщения ($>0,05$). Результаты. Спектр различных системных и локальных факторов обнаруженных у больных с ВПГ включал наследственные тромбофилии – 123 (40,4 %) наблюдений: 30 больных (9,8%) с мутацией гена фактора V (Leiden); 10 (3,3%), больных с мутацией гена протромбина; 12 больных (3,9%) с наследственным дефицитом антитромбина, протеинов «С» и «S»: 16 (5,5%) и 4 (1,4%) соответственно; гомозиготная мутация гена ингибитора активатора плазминогена I – 39 пациентов (12,8%) и гипергомоцистеинемия – 16 больных (5,3 %). Приобретенные тромбофилии обнаружены у 102 пациентов (33,3%): миелопролиферативные заболевания – 96 больной (31,3%), антифосфолипидный синдром – 19 пациентов (6,2%) и пароксизмальная ночная гемоглобинурия – 3 пациента (1%). Локальные факторы риска ВТВВ (воспалительные заболевания органов брюшной полости, травмы, операции и др.) обнаружены у 97 больных (31,7%). Послеоперационной летальности не было. Осложнениями ближайшего и отдаленного периода наблюдения являлись геморрагические (рецидивы эрозивных и варикозных кровотечений) и тромбоземболические (включая рецидивы тромбоза сосудов портальной системы, ТЭЛА и пр.). Уровень 5- и 10-летней выживаемости составил 97,5% и 92,6% соответственно. Указанные осложнения в отдаленном периоде возникали, в основном, у больных, отказавшихся от АКТ (в т. ч. 2 летальных исхода у больных с тромбофилией). Выводы. Выбор лечебной тактики у больных с ВПГ вследствие тромбоза воротной вены необходимо проводить с учетом этиологических факторов. Наличие тромбофилии у пациентов с ВПГ повышает риск рецидива тромбоза в сосудах портальной системы, а также тромбозов других локализаций. Длительная АКТ снижает частоту геморрагических (с 22,5% до 6,3%) и тромбоземболических (с 48,5% до 8,3%) осложнений в отдаленном послеоперационном периоде ($p < 0,05$). Отказ пациентов от АКТ снижает эффективность первично выполненного хирургического лечения и способно резко ухудшать прогноз. Эластометрия селезенки при ВПГ может служить косвенным прогностическим признаком развития варикозных вен пищевода и желудка и оценивать эффективность шунтирующих операции.

**707.Эндогемостаз при кровотечении на фоне
лучевого проктита**

*Леонтьев А.В., Гришина Е.А., Шишин К.В.,
Данилов М.А.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение. В настоящее время лучевая терапия является неотъемлемой частью лечения пациентов со злокачественными опухолями различной тазовой локализации. У 5-7% больных после успешного лечения рака простаты, шейки и тела матки, вульвы, анального канала и других локализаций в отдаленном периоде возникают поздние лучевые повреждения прямой кишки. Ведущим клиническим проявлением которых являются ректальные кровотечения, приводящие к развитию анемии тяжелой степени и трудно поддающиеся лечению консервативными способами. Источником кровотечения являются патологические сосуды (телеангиоэктазии), которые образовались в результате лучевого излучения в подслизистом слое прямой кишки. Данная категория пациентов регулярно поступает в хирургические и колопроктологические отделения больниц экстренной помощи, где выбирается выжидательная тактика лечения и проводится гемостатическая терапия с временным эффектом. Активная хирургическая стратегия с использованием эндоскопических технологий может позволить улучшить результаты лечения пациентов с поздними лучевыми повреждениями прямой кишки, избежать повторных госпитализаций и развития анемии тяжелой степени. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с поздними лучевыми повреждениями прямой кишки, осложненными кровотечением с применением эндоскопических технологий. Материалы и методы. 73 пациентам с поздним лучевым повреждением прямой кишки в виде лучевого проктита, осложненным ректальным кровотечением, был выполнен эндоскопический гемостаз. Средний возраст больных составил $72,5 \pm 2,7$ года. Средняя суммарная доза лучевой терапии, приведшая к развитию поздних осложнений, равнялась $70, 1 \pm 2,08$ Гр. 30 пациентам проведена радиочастотная абляция (РЧА) и 44 больным аргоноплазменная коагуляция (АПК) слизистой прямой кишки. Операции проводились под седацией в эндоскопической операционной. С целью оценки эффективности и безопасности применения эндогемостаза для купирования

кровотечения на фоне лучевого проктита оценивались следующие характеристики – длительность операции, частота и характер интра- и ранних послеоперационных осложнений, рецидив кровотечения. Результаты. Продолжительность оперативного вмешательства была $22,0 \pm 4,6$ минуты и отсутствовало существенное различие между группами РЧА и АПК. Интраоперационных осложнений не зафиксировано. Все пациенты после операции отмечали боли в области ануса различной степени выраженности. Интенсивность боли зависела от объема коагуляции зубчатой линии. После операции в течение первых 30 суток у 98,6 % пациентов был достигнут удовлетворительный клинический ответ в виде прекращения или значительного снижения интенсивности ректального кровотечения. 1 пациенту потребовался повторный эндогемостаз в ходе госпитализации. Ранних осложнений (перфорация, инфекционные) не было. 75 % пациентов в отдаленном послеоперационном периоде в плановом порядке потребовалось повторное применение эндоскопических технологий с целью полной деструкции телеангиоэктазий прямой кишки, являющихся источником ректальных кровотечений. Применение эндогемостаза позволило добиться коррекции и стабилизации до целевых значений уровня гемоглобина у 100 % пациентов. Выводы. Эндоскопический гемостаз является неотъемлемой частью комплексного лечения больных с поздними осложнениями лучевой терапии со стороны прямой кишки. Раннее применение эндоскопических технологий позволяет улучшить результаты лечения и избежать развитие анемического синдрома. Для сравнения преимуществ и недостатков РЧА или АПК требуется оценка частоты образования язв и стриктур прямой кишки в отдаленном послеоперационном периоде.

708.Видеоторакокопия при травме сердца

*Цеймах Е.А. (1), Макин А.А. (2), Устинов Д.Н. (2),
Каркавин В.М. (2), Ручейкин Н.Ю. (1),
Булдаков П.Н. (1,2), Аверкина А.А. (1,2)*

Барнаул

1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2) КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Случаи ранений сердца в настоящее время представляют собой значительную проблему в плане диагностической и хирургической тактик при поступлении пациентов в urgentный стационар. Летальность при травме сердца не имеет склонности к уменьшению частоты встречаемости и колеблется в диапазоне от 12 до 40%. Материалы и методы. Была проведена статистическая обработка данных о 268 пациентах, пострадавших от ранения сердца (34 пациента – женщины, 234 – мужчины в возрасте от 18 до 69 лет). Пациенты были прооперированы в стационаре в течение последних 26 лет (с 1990 по 2016 гг.). Большинство пациентов (205) были доставлены в urgentный стационар в ближайшие 5-40 минут с момента травмы. Для диагностики характера полученных повреждений пациентам были проведены следующие виды обследований: электрокардиография, эхокардиография, рентгенография, компьютерная томография, видеоторакокопия. У 51 пациента, что составило 19% от общего числа пострадавших, были выявлены сочетанные повреждения сердца и легкого, у 38 больных (14% случаев) выявлены торакоабдоминальные травмы, из них: у 12 пострадавших (4,5% случаев) – ранение селезенки, еще у 12 больных (также 4,5% случаев) – ранение печени, у 8 больных (2,9% случаев) – ранение желудка, у 6 пострадавших (2,2% случаев) – повреждение кишечника. В 254 наблюдениях (94,8%) травма сердца была одиночной, в остальных 14 (5,2%) – от 2 до 6 множественных повреждений. Результаты. Базисными клиническими критериями выступали следующие диагностические признаки: внутрисплевральное или наружное кровотечение – 210 пациентов (78,4±2,51%), приглушенные тоны сердца – 186 (69,4±2,82%), тампонада сердечной сорочки – 42 (15,7±2,22%), расширенные границы сердечной тупости – 33 (12,2±2,0%), при этом пульс нормальной частоты отмечался у 28 больных

(10,5±1,87%), учащенный – у 187 (69,8±2,81%), уреженный – у 32 (11,9±1,98%) и отсутствовал у 21 больного (7,8±1,64%); показатель систолического артериального давления был в норме у 65 больных (24,3±2,62%), в промежутке 90-70 мм рт. ст. – у 75 больных (28,0±2,74%), ниже 70 мм рт. ст. – у 91 пациента (34,0±2,8%), не определялось – у 37 больных (13,7±2,10%). Критерии предполагаемого ранения сердца были разделены нами на две категории: достоверные и вероятные. Достоверные признаки: - видимое ранение грудной клетки с массивным наружным или внутренним кровотечением (частота встречаемости – 210 случаев (78,4±2,51%); - выраженное снижение артериального давления; - синдром тампонады перикарда (42 случая (15,7±2,22%)); - признаки гемоперикарда по результатам эхокардиографии; - признаки повреждения сердца по результатам электрокардиограммы (у 186 пациентов – проникающая травма сердца (92,1±1,90%), у 29 – непроникающая (43,9±6,11%); - признаки гемоперикарда по результатам рентгенографии (164 больных - с проникающей травмой сердца (81,2±2,75%), 22 пациента – с непроникающей (33,3±5,80%). Вероятные признаки: - видимая рана в анатомической проекции сердца в сочетании с низким артериальным давлением и глухими тонами сердца, но без выраженного кровотечения и признаков тампонады сердечной сорочки - синусовая тахикардия по результатам электрокардиографии - ослабление пульсации сердечной тени по данным рентгеноскопии - отсутствие признаков гемоперикарда на эхокардиограмме. Опыт диагностики и лечения ранений сердца показывает, что в случае отсутствия у пострадавших достоверных клинических признаков повреждения сердца и наличии вероятных, при стабильной гемодинамике необходимо выполнять видеоторакокопию. В случае невозможности выполнения видеоторакокопии в качестве лечебно-диагностической тактики необходимо выбрать торакотомию с ревизией сердечной сорочки и раневого канала. Выводы. 1. Ранения сердца трудно диагностировать даже с учетом современных методов диагностики. 2. Экстренное оперативное вмешательство – единственное правильное решение, принятое хирургом в тактике ведения больных с ранением сердца.

709. Стентирование главного панкреатического протока при транспапиллярных вмешательствах с целью профилактики острого постманипуляционного панкреатита

Малков И.С. (1,2), Зайнутдинов А.М. (1), Хамзин И.И. (2), Макаров Д.В. (2), Тагиров М.Р. (1,2)

Казань

1) Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2) 7 городская клиническая больница города Казани

Актуальность. Вмешательства на большом дуоденальном сосочке (БДС) часто приводят к развитию острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП). При ретроградной панкреатохолангиографии острый панкреатит (ОП) может возникать в 30% случаев. Эффективным способом профилактики острого панкреатита при вмешательствах на БДС является стентирование главного панкреатического протока (ГПП). Цель. Улучшить результаты профилактики и лечения постманипуляционного панкреатита у больных с транспапиллярными вмешательствами. Материалы и методы. В период с января 2016 года по декабрь 2021 года в 7 городской клинической больнице города Казани на клинической базе Казанской государственной медицинской академии - филиале ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России выполнено 1715 транспапиллярных вмешательств у 1620 больных. Мужчин было 567 (34,9%), женщин – 1053 (65,1%). Средний возраст составил $61,2 \pm 1,2$ лет. Проведен анализ у 1629 пациентов (94,9%) у которых проводились транспапиллярные вмешательства по поводу доброкачественной патологии (холедохолитиаз, стеноз БДС, стриктуры терминального отдела холедоха, хронический панкреатит, стриктура панкреатического протока, вирсунголитиаз) и у 82 пациентов (5,1%), которым проведены вмешательства на папилле по поводу злокачественных заболеваний (рак БДС, опухоли головки поджелудочной железы, проксимальная холангиокарцинома). Результаты и обсуждения. С целью профилактики постманипуляционного панкреатита у 86 пациентов при транспапиллярных вмешательствах проведено стентирование ГПП, которое выполняли пластиковыми стентами диаметром 5 Fr, длиной 50 мм. Из них мужчин было 30 (34,8%), женщин – 56 (65,2%) человек. Средний возраст составил $59,7 \pm 1,2$ лет. ОП после стентирования выявлен по клинико-лабораторным данным у 4 (4,7%) пациентов. Стентирование ГПП и

консервативное лечение позволили достичь регрессию клинико-лабораторных проявлений ОП. Летальных исходов в данной группе не было. Контрольную группу составили 65 пациентов с эндоскопическими манипуляциями. Стентирование ГПП у данных пациентов не проводилось. В данной группе гиперAMILаземия и боли были у 43 (50,7%) пациентов. 11 (16,9%) пациентов этой группы оперировано. 6 больным проведена диагностическо-лечебная лапароскопическая санация, 5 пациентам пункция и дренирование скопления жидкости в сальниковой сумке и парапанкреатическом пространстве. У 2 пациентов отмечено фульминантное течение ОП с летальным исходом. Летальность составила 2,3%. Выводы. Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока при транспапиллярных вмешательствах позволяет снизить развитие ОПМП, количество хирургических вмешательств и сократить летальность.

710. Профилактика периперационных кровотечений при хирургическом лечении узловых образований щитовидной железы

Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет

Актуальность. Для XXI века характерно продолжение роста заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), преимущественно за счет узловых образований (УО). Хирургическое лечение УО ЩЖ остается методом выбора, несмотря на совершенствование органосохраняющих методов лечения (супрессивная терапия, радиоiodтерапия, этаноловая склеротерапия, крио- и лазерная деструкция). При этом на фоне хирургических вмешательств возможны различные интра- и послеоперационные осложнения. Одними из таких тяжелых осложнений являются периперационные кровотечения, которые требуют надежных способов прогнозирования и профилактики. Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 75 больных с УО ЩЖ. В зависимости от возраста больные распределялись по следующим группам:

пациенты в возрасте до 20 лет – 4 %, от 20 до 29 – 1,45 %, от 30 до 39 – 10,66 %, от 40 до 49 – 14,66 %, от 50 до 59 – 33,4 %, от 60 и более лет – 32 %. Среди них 93,3 % было женщин, 6,7 % – мужчин. Клинический диагноз узлового зоба был у 56 %, диффузно-узлового зоба – у 34,67%, узловой формы аутоиммунного тиреоидита – у 8 %, токсической аденомы ЩЖ – у 9,33 %. По функциональному состоянию ЩЖ выделяли пациентов с эутиреозом, тиреотоксикозом легкой степени тяжести, тиреотоксикозом средней степени тяжести. У 89,95 % пациентов функция ЩЖ не была нарушена, гиперфункция наблюдалась лишь у 4,35% и проявлялась тиреотоксикозом легкой или средней степеней (по 2 % соответственно). Хирургическое лечение проведено в объеме гемитиреоидэктомии у 29 (38,67 %) пациентов, тиреоидэктомии – у 25 (33,33 %) пациентов, субтотальной резекции ЩЖ – 21 (28 %) пациентов. Все пациенты оперировались после достижения стойкой медикаментозного эутиреоза, а также проведения комплексного обследования по программе диагностики компрессионного синдрома для исключения или прогнозирования технических сложностей при хирургическом вмешательстве. Полученные результаты и их обсуждение. Интраоперационные кровотечения случились у 2 больных со значительным увеличением ЩЖ (II степени по классификации ВОЗ, V степень увеличения по О.В. Николаеву, объем железы составил 190 см³ и 380 см³), шейно-медиастинальным расположением. У одного послеоперационное кровотечение возникло из нижней щитовидной артерии в связи с несостоятельностью лигатуры. При повторной операции кровотечения остановлено, кровопотеря полностью возмещена. Других специфических осложнений не было. Срок стационарного пребывания указанных больных составил от 4 до 15 дней (медиана 7,9±3,0 дня). Выводы. Хирургическое лечение УО ЩЖ, несмотря на распространенность, продолжает оставаться относительно безопасным методом. Периоперационные осложнения единичны (2,52%) и представлены кровотечением во время и/или после операции, как правило, у лиц, со значительными размерами зоба, осложненным компрессионным синдромом и частично ретростернальным расположением. В подобных ситуациях считаем необходимым вначале проводить перевязку верхнеполюсных сосудов, с последующим поэтапным лигированием боковых питающих сосудов при условии дозированной тракции за ткань железы. Перевязка нижнеполюсных сосудов станет возможна лишь после «вылушивания» доли, а затем необходима тщательная ревизия ложа железы с коагуляцией

(лигированием) всех мелких сосудистых образований в области ложа нижнего полюса, которые могут стать источником кровотечения.

711.Способы улучшения хирургического лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени

Ханевич М.Д. (1), Диникин М.С. (2), Гуляев Ю.А. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, 2) СПб ГБУЗ Городской клинический онкологический диспансер

Актуальность. Определение оптимальной последовательности проведения хирургического и лекарственного лечения у пациентов с метастазами колоректального рака в печени влияет на результаты лечения и выживаемость пациентов. Совокупность прогностических факторов неблагоприятного течения заболевания, технических факторов выполнения R0 резекции метастазов с достаточным объемом будущего остатка печени, а также коморбидность, определяют алгоритм формирования стратегии лечения пациента. Существует порядка 20 систем оценки указанных факторов. Наиболее простой и доступной для оценки любого пациента считается шкала Fong (1999). Остается до конца нерешенным вопрос широты применения предоперационной химиотерапии. Цель. Применение указанной шкалы Fong (1999) на практике для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени. Материалы и методы. Пролечено 100 пациентов с метастазами колоректального рака в печени, которые подверглись хирургическому удалению метастазов. На основании критериев Fong и резектабельности метастазов печени, пациенты разделены на 2 группы: без предоперационной полихимиотерапии (ПХТ) 45 пациентов (45%) и с предоперационной химиотерапией 55 пациентов (55%). В группы не включались пациенты с мутациями в генах Ras, Braf и пациенты с MSI-H. Результаты. Хирургическое лечение в объеме атипичной и/или анатомической (в пределах 1-2 сегментов) резекции печени выполнено 66(66%) пациентам, из них у 20

пациентов резекция сочеталась с микроволновой абляцией под контролем интраоперационного УЗИ. Обширные резекции печени (?3 сегментов) выполнены 44(44%) больным. При проведении многофакторного анализа достоверно на выживаемость пациентов влияли следующие неблагоприятные факторы прогноза: время появления метастазов (синхронные метастазы), уровень РЭА >200 нг/мл, количество метастазов в печени более одного. В группе с предоперационной ПХТ получен следующий объективный ответ опухоли (ORR) на лечение: PD - 2(3,6%), SD - 25(45,4%), PR - 30(54,5%). Медиана выживаемости составила 48 мес, общая выживаемость 1- летняя 94,8%, 3-летняя 65,9%, 5-летняя 28,8%. Более 65% пациентов пережили 3-летний период, почти 30% больных живет 5 и более лет. Достоверно на выживаемость в нашем исследовании влияло наличие 3 и более факторов неблагоприятного прогноза (МВ: ?2 фактора 53 мес против 35 мес ?3 факторов, $p < 0.05$). Заключение. Последовательность проведения хирургического и лекарственного лечения определяются совокупностью прогностических факторов и резектабельностью метастазов. Предоперационная химиотерапия рекомендована пациентам с наличием более двух факторов неблагоприятного прогноза.

712. Структурные изменения кишечной стенки у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью и их значение при проведении эндоскопической реканализации

*Тотилов З.В., Тотилов В.З., Епхиев А.А.,
Кулумбегов Г.Р., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А.*

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель исследования. Изучить прочностные характеристики стенки опухоли в зависимости от ее размеров и их значение при проведении эндоскопической реканализации у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью. Материалы и методы. Нами были изучены резецированные участки толстой

кишки, удаленные у 26 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. При макроскопическом исследовании учитывались анатомическая локализация, тип роста, размер опухоли, наличие крупных очагов некроза, толщина стенки кишки в центральной и периферической частях опухоли. При микроскопическом исследовании учитывались гистологический тип опухоли, степень дифференцировки, глубина инвазии, толщина пораженной стенки кишки в средней и периферической частях опухоли, объемные доли участков некроза, собственно опухолевой ткани, остатков мышечного и серозного слоев стенки кишки. Результаты. При макроскопической оценке фрагментов толстой кишки, резецированных во время операции по поводу острой обтурационной толстокишечной непроходимости, были получены следующие результаты. Опухолевый очаг локализовался преимущественно в прямой (11), сигмовидной (7) и восходящей ободочной кишках (4), реже – в слепой (2), поперечной ободочной (1) и нисходящей ободочной (1) кишках. Тип роста в подавляющем большинстве случаев – экзофитный (19), в 7 случаях – экзофитно-инфильтративный. Протяженность опухоли варьировала от 3,9 до 13,0 см. Независимо от размера опухоли, она прорастала всю толщу кишечной стенки до жировой клетчатки (21) либо доходила до серозного слоя (5). Гистологический тип опухоли в большинстве случаев умереннодифференцированная аденокарцинома (14), реже – низкодифференцированная аденокарцинома (3), высокодифференцированная аденокарцинома (9). Глубина прорастания опухоли не коррелировала с объемной долей некротической и собственно опухолевой тканей. Гораздо большая связь отмечалась между объемными долями некротизированной и сохранной волокнистой тканей в различных участках пораженной стенки кишки. При размерах опухоли от 3,9 до 5,5 см достоверной разницы между объемными долями сохранной мышечной, фиброзной тканей и некротизированных участков ни в центральной, ни в периферической частях опухоли не наблюдалось. При размерах опухоли свыше 5,5 см отмечалась достоверно большая объемная доля опухолевой ткани и некротизированных участков в центральной части опухолей по сравнению с такими же участками опухолей с меньшей протяженностью. При этом достоверной разницы между объемными долями некротизированных участков в периферических частях опухолей при увеличении протяженности ракового канала отмечено не было. Меньшая объемная доля сохранной мышечной и фиброзной тканей в центральной части

подтвердилась на гистологических срезах, окрашенных по Ван-Гизону, для опухолей протяженностью более 5,5 см в сравнении с опухолями меньшей протяженности. По данным иммуногистохимической идентификации ERG было выявлено снижение количества ERG-позитивных клеток в центральных участках опухоли протяженностью свыше 5,5 см. С увеличением длины опухоли число ERG-позитивных клеток в центральной ее части прогрессивно снижалось, а в ряде случаев они вовсе не определялись, что свидетельствовало об уменьшении прочностных свойств кишечной стенки и высоком риске ее некротического распада. Заключение. Как показали результаты макро и микроскопического исследования удаленных фрагментов с опухолями толстой кишки, осложнившимися острой непроходимостью, при увеличении протяженности опухолевой стриктуры отмечалось уменьшение толщины кишечной стенки в ее центре, за счет увеличения объемной доли участков некрозов и собственно опухолевой ткани. При опухолевых стриктурах более 5 см существенно возрастает риск осложнений в виде кровотечения или прободения стенки при попытке выполнения эндоскопической реканализации.

713. Диагностика и хирургическая тактика в острый период тромбоза поверхностных вен нижних конечностей

*Мурасов Т.М. (1), Тимербулатов М.В. (1,2),
Казбулатов С.С. (1), Ибрагимов Д.Р. (1),
Мурасов А.М. (2)*

Уфа

1) ГБУЗ РБ ГКБ №21, 2) БГМУ

Актуальность. Тромбоз поверхностных вен нижних конечностей в остром периоде продолжает оставаться достаточно распространенной патологией. Нередко приводя к прогрессированию в глубокие вены и составляя одну из возможных причин тромбоза легочной артерии. По данным исследования СПЕКТР при хронических заболеваниях вен тромбоз поверхностных вен возникает в 7% случаев. Но при обратном анализе: при обследовании пациента с тромбозом, до 80%

случаев выявляются признаки хронической венозной недостаточности. Соответственно тактика и объем оперативного лечения обязан быть индивидуальным, завися от состояния пациента, локализации и характеристик тромбоза в просвете подкожных вен. Цель. Анализ данных диагностики и тактик лечения пациентов с острым восходящим тромбозом поверхностных вен нижних конечностей. Материал и методы. Были исследованы данные истории болезни отделения сосудистой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ №21 за последние 7 лет. Сделана выборка наиболее однородных по сопутствующим заболеваниям и особенностям течения патологии пациентов. Выборка составила 200 пациентов. Из них мужского пола было 68 (34%), женского пола 132 (66%) пациентов. Возраст пациентов варьировал от 28 до 64 лет, в среднем составляя 54 года. По локализации тромбоза правой нижней конечности был выявлен в 88 случаях (44%), тромбоз левой нижней конечности был выявлен в 112 случаях (56%). Поражение большой подкожной вены было в 146 случаях (73%), малая подкожная вена была затронута в 54 случаях (27%). В ходе обследования предрасполагающая варикозная болезнь нижних конечностей была диагностирована в 176 случаях (88%). Инструментальным методом исследования являлось дуплексное сканирование на аппарате Vivid 7 (GE) и LOGIQ E9. Результаты. У 168 (84%) из когорты пациентов была выполнена классическая кроссэктомия большой или малой подкожной вены соответственно. У 32 пациентов (16%) кроссэктомия сочеталась с пробой Вальсальвы для тромбэктомии при флотирующем тромбе. Послеоперационный период был аналогичным у всей когорты пациентов. Она включала в себя: микронизированную очищенную флавоноидную фракцию, антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами, при необходимости анальгезивная терапия, симптоматическая терапия. В первые сутки после операции разрешался сразу активный режим, с соблюдением ношения компрессионного трикотажа. При необходимости для местной обработки тромбированных вен рекомендовались гепарин-содержащие мази. В случае низкого риска перехода на глубокие вены велась консервативная терапия. Также консервативная терапия велась у пациентов с тромбозом и соматически отягощенных пациентов. Данная тактика диагностики и лечения при острой фазе тромбоза поверхностных вен нижних конечностей дала хорошие результаты и позволила снизить риск тромбозомических осложнений. За период с 2015 года при выборе метода лечения не было ни одного случая тромбоза легочной

артерии при тромбозе подкожных вен. Выводы. Исходя из данных анализа при остром периоде тромбоза подкожных вен нижних конечностей необходимо выполнение дуплексного ультразвукового исследования венозной системы нижних конечностей. Локализация, характеристика тромботических масс по данным исследования позволяет выполнить необходимый объем оперативного вмешательства. При высоком риске перехода тромбоза в тромбоз глубоких вен предпочтительна хирургическая тактика лечения.

714. Усовершенствованный способ лечения паховой грыжи открытым доступом.

Ооржак О.В., Шост С.Ю., Постников Д.Г., Павленко В.В., Харитонов А.А.

Кемерово

ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»

Актуальность. Операции при паховых грыжах остаются одними из наиболее распространенных операций и ежедневно рутинно выполняются во многих стационарах. Конечным результатом любого хирургического вмешательства должно быть улучшение качества жизни пациента. К сожалению, после большинства известных операций по поводу паховой грыжи качество жизни больных не улучшается из-за синдрома хронической боли, который встречается до 30 % у пациентов в отдаленные сроки после операции. Цель исследования – изучить качество жизни больных в отдаленные сроки после разработанного нами усовершенствованному способу лечения паховой грыжи открытым доступом (патент РФ №2593352 от 16.06.2015) и герниопластики по Лихтенштейну. Материалы и методы. В исследование включены 114 пациентов пролеченных с 2018г по 2020 г. в хирургическом отделении №1 ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева» в плановом порядке по поводу паховых грыж. Из них усовершенствованным способом прооперированы 64 пациента (1-я группа) и 50 пациентов – по Лихтенштейну (2-я группа). В обеих группах пациенты были мужского пола. Обе группа были сопоставимы по возрасту. Хронические

заболевания к моменту госпитализации находились в стадии ремиссии. Техника выполнения: усовершенствованный способ лечения паховой грыжи открытым доступом (патент РФ №2593352 от 16.06.2015) заключается в фиксации сетчатого протеза к паховой связке и единичными узловыми швами к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышц живота. Фиксация к внутренней косой мышцы и поперечной мышцам не производится, что исключает повреждение и сдавление нервов, проходящих в их составе. Болевой синдром в послеоперационном периоде оценивался по шкале ВАШ. Для оценки качества жизни применяли опросник SF-36 через 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев после операции. Индикаторы имеющихся шкал в опроснике варьировали от 0 до 100, где 100-наилучший показатель здоровья. Результаты. Болевой синдром в раннем в послеоперационном периоде достоверно не отличался в обеих группах. Анализ результатов через 1 и 6 месяцев после оперативного лечения показал рост качества жизни у всех обследуемых независимо от примененного способа герниопластики. Однако наблюдаемое возрастание показателей и конечный результат у лиц, прооперированных методом Лихтенштейна, были достоверно менее выражены, чем у перенесших операцию усовершенствованным способом. Одной из причин такой сниженной оценки своего состояния бывшими пациентами было сохранение периодически возникающего определенного чувства дискомфорта в паховой области. Выводы. Предложенный усовершенствованный способ пластики позволяет снизить травматизацию, сдавление внутренней косой и поперечной мышцы с проходящими в их составе нервными волокнами. Тем самым уменьшить синдром хронической боли, упростить технику, время выполнения операции. Таким образом, предложенный усовершенствованный способ герниопластики открытым доступом при паховых грыжах, обладает большей клинической эффективностью. Данный способ позволяет повысить качество жизни пациента в послеоперационном периоде и свидетельствует о высокой степени медико-социальной эффективности.

715. Оценка результатов выполнения холедоходуоденостомии лапароскопическим и открытым методом

Шаповалов И.Н. (1), Власов Е.И. (2),
Пасечник Т.А. (3)

Донецк

ГОО ВПО ДонНМУ

Актуальность. Согласно литературным данным, у 15% населения земного шара обнаружены конкременты в желчевыводящих путях, примерно у 42% из этого числа обнаружен холедохолитиаз; стриктуры холедоха встречаются в 0,1%-0,47% случаев; частота встречаемости же опухолей периампулярной зоны составляет 0,5%. Вышеперечисленные патологии сопровождаются развитием механической желтухи и требуют декомпрессии желчевыводящих путей, что можно осуществить путем холедоходуоденостомии. Цель. Оценка эффективности и безопасности лапароскопической холедоходуоденостомии и стандартного «открытого» метода. Материалы и методы. С января 2020 года по январь 2021 года в ИНВХ им. В.К. Гусака с диагнозом «Механическая желтуха» обратились 780 человек, из которых 30 (3,8%) потребовалось наложение холедоходуоденоанастомоза, кроме стандартного объема оперативного вмешательства (лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха и т.д.). Средний возраст пациентов составил 50±15 лет (53-72 года). У 2 человек выявлены распространенные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны, у 6 – множественный холедохолитиаз, у 20 человек – рубцовые стриктуры дистального отдела холедоха. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой (15 человек – 50%) – холедоходуоденостомия была выполнена стандартно – через лапаротомный доступ (как самостоятельный метод декомпрессии желчевыводящих путей или как этап радикального вмешательства), во второй группе (15 человек – 50%) – проведена лапароскопически. Результаты. Продолжительность вмешательства в первой группе (выполнены открытые вмешательства) составила в среднем 105 минут (от 80 до 130 минут), во второй (лапароскопическая холедоходуоденостомия) 66±20 минут (от 49 до 86 минут). После «открытого» вмешательства потребовалось неоднократное применение наркотических анальгетиков, ранняя мобилизация была невозможной и требовала ношения послеоперационного бандажа; начало энтерального питания оказалось возможным лишь

на 3 сутки; продолжительность госпитализации составила в среднем 11 дней (от 8 до 15 дней). После же лапароскопической холедоходуоденостомии необходимость в использовании наркотических анальгетиков возникла лишь в первые сутки, когда возможной стала мобилизация пациента без использования бандажа. На вторые сутки стало возможным энтеральное питание. Длительность госпитализации составила в среднем 4,5 дня (от 3 до 8 дней). Несостоятельности анастомозов не наблюдалось ни у одного пациента в обеих группах. У одного из пациентов второй группы получено желчеистечение в объеме 30-70 мл по подпеченочному дренажу в течение первых 2 дней, прекратившееся спонтанно. Вывод. Лапароскопическая холедоходуоденостомия является безопасным и эффективным методом декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе различного генеза, а также соответствует принципам Fast track.

716. Ошибки и осложнения при видеоэндохирургических вмешательствах при заболеваниях щитовидной и паращитовидных желез

Мещеряков В.Л. (1), Вторенко В.И. (1),
Мударисов Р.Р. (1), Мнойн А.Х. (1), Животов В.А. (4),
Вертянкин С.В. (2), Турлыкова И.А. (3),
Алекسانян А.А. (1), Дубровина Ю.И. (5),
Любин П.В. (1), Мудаев Ц.М. (1)

1,4,5) Москва, 2,3) Саратов

1) ГКБ №52 ДЗМ, 2) ГУЗ ОКОД г. Саратов, 3) ФГБОУ ВО СГМУ им В. И. Разумовского, 4) НМХЦ им Н. И. Пирогова, 5) Гута Клиник

Актуальность. На современном этапе хирургам приходится сталкиваться с возрастанием количества пациентов с эндокринной патологией, требующих оперативного лечения. Подобная ситуация способствует увеличению количества послеоперационных осложнений. Наиболее распространенным осложнением при операциях на щитовидной железе является нарушение функции голосовых связок. По литературным данным до 80% всех случаев нарушений подвижности голосовых

связок обусловлено механическим воздействием на нерв или применением высокоэнергетических средств диссекции и гемостаза. Становится очевидно, что рутинной визуализации явно не достаточно. Особенно это актуально при использовании эндоскопических методик, которые подразумевают широкое использование ультразвуковых диссекторов и средств биполярной коагуляции. Цель исследования. Разработать методологию осуществления видеондоскопических операций на щитовидной и паращитовидных железах. Материалы и методы: На базе Городской клинической больницы №52 ДЗМ, Клиники факультетской хирургии и онкологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского», НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Гута Клиник г. Москва в период с мая 2013 по декабрь 2021 года 512 больным с различными заболеваниями щитовидной и паращитовидных желез выполнены эндоскопические вмешательства. Во всех случаях применялся аксиллярно-маммарный доступ. Характеристика пациентов по полу: 492 женщины и 21 мужчина, средний возраст составил 35 лет. Диагноз после оперативного вмешательства: диффузный токсический зоб в 21 случаях, токсическая аденома – у 37, узловой зоб – у 218, многоузловой зоб – у 178 пациентов, рак щитовидной железы у 62. Результаты: Нами осуществлялись следующие оперативные вмешательства тиреоидэктомии – в 142, гемитиреоидэктомии – в 285 случаях, субтотальные резекции – в 85. Объем щитовидной железы был от 17 до 200 мл. Доступ был односторонний. Стандартным этапом мы считаем – визуализацию возвратных нервов и паращитовидных желез. Также при злокачественном поражении, мы применяли центральную лимфодиссекцию. боковая шейная лимфодиссекция, учитывая наличие метастазов в лимфоузлы шеи была выполнена в 12 случаях. С послеоперационным парезом нам пришлось столкнуться в 22 (5,3 %) случаях, как правило он купировался в сроки до 3х месяцев. ИОНМ мы стараемся применять, в соответствии с рекомендациями ведущих специалистов, использовать как стандартный метод в ходе оперативного вмешательства, поскольку считаем обычную визуализацию недостаточной. При технически сложных операциях подобный подход позволяет достичь более комфортного и безопасного оперирования. При этом мы стараемся придерживаться определенного алгоритма действий: 1. Обязательной является оценка функции голосовых связок на дооперационном этапе. 2. Первоначальным действием является выделение и

тестирование блуждающего нерва, что позволяет определить состоятельность всей «нервной цепочки». 3. Блуждающий нерв также должен быть протестирован на завершающем этапе операции – окончательный контроль проводимости. 4. Определение отсутствия нарушений функции голосовых связок в послеоперационном периоде. Выводы: 1. Современное оборудование для видеондоскопических вмешательств позволяют выполнить эндовидеохирургические операции на щитовидной и паращитовидных железах. 2. Применение высокоэнергетических средств диссекции и гемостаза значительно повышают качества хирургического вмешательства, вместе с тем возникают риски осложнений, связанных непосредственно с их применением. 2. Эндоскопическая техника дает не сравнимую с открытыми операциями возможность визуализации всех анатомических структур. 3. Применение интраоперационного мониторинга значительно снижает риски травмирования гортанных нервов в ходе эндоскопических операций. 4. Постоянный нейромониторинг дает возможность контролировать степень натяжения гортанного нерва в режиме реального времени. Анализ электромиографического сигнала дает возможность прогноза функции гортани в послеоперационном периоде. 5. Использование интраоперационного нейромониторинга существенно понижает риск травмы гортанных нервов, улучшает качество интраоперационной навигации и безопасность хирургического вмешательства, особенно при применении постоянного нейромониторинга.

717.Изменение маркеров веноспецифического воспаления у пациентов с варикозной болезнью

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Камаев А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. Варикозная болезнь вен нижних конечностей является одним из самых распространенных заболеваний периферических сосудов. Основополагающая роль в патогенезе данного заболевания принадлежит дисфункции эндотелия и веноспецифическому воспалению.

Целью нашего исследования стало определить изменения концентрации маркеров данных процессов (Е-селектин, MCP-1, VEGF, MMP-2) у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей на фоне лечения. Материал и методы. В исследование включено 115 человек, из которых 95 составили пациенты с варикозной болезнью нижних конечностей клинических классов С2-С3 (CEAP). Исследуемые были разделены на четыре группы, в зависимости от проводимого лечения. В 1-й группе пациенты получали препарат МОФФ (26 человек); во 2-й группе пациенты во время исследования пользовались только компрессионной терапией (25 человек), в 3-й группе проводилось хирургическое лечение (эндовенозная лазерная облитерация) (22 человека), в 4-й группе пациентам проводилось хирургическое лечение, после которого также назначался препарат МОФФ (22 человека). 5-ю контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев, не страдающих варикозной болезнью. Всем пациентам с варикозной болезнью был рекомендован компрессионный трикотаж. В 1-й и 4-й группах лечение препаратом МОФФ проводили в течение 2 месяцев. Содержание в сыворотке крови Е-селектина, MCP-1, VEGF, MMP-2 определяли методом иммуноферментного анализа. Полученные результаты. На этапе включения отмечался достоверно более высокий уровень маркеров веноспецифического воспаления и эндотелиальной дисфункции у пациентов с варикозной болезнью по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). На фоне проводимой терапии отмечалось снижение данных показателей среди пациентов с варикозной болезнью. Так, в 1-й группе через 2 месяца отмечалось уменьшение концентрации Е-селектина на 24% (исходный уровень $52,3 \pm 6,1$ нг/мл, через 2 месяца – $39,7 \pm 4,8$ нг/мл), MCP-1 на 28% ($211,5 \pm 14,2$ пг/мл и $152,3 \pm 11,6$ пг/мл) и VEGF на 19% ($103,8 \pm 10,6$ пг/мл и $84,1 \pm 9,4$ пг/мл), уровень MMP-2 достоверно значимо не изменялся. Во второй группе отмечалось достоверное снижение только Е-селектина ($54,5 \pm 7,7$ нг/мл исходно и $41,4 \pm 5,3$ нг/мл через 2 месяца). В 3-й группе после оперативного лечения определялось снижение Е-селектина, MCP-1 и MMP-2 на 14%, 21% и 29% соответственно. В 4-й группе отмечалось снижение всех исследуемых маркеров через 2 месяца (Е-селектин на 36%, MCP-1 на 46%, VEGF на 52%, MMP-2 на 37%). Обсуждение. У пациентов с варикозной болезнью отмечается достоверно более высокий уровень веноспецифических маркеров по сравнению с условно здоровыми добровольцами, не страдающими варикозной болезнью. На фоне проводимой отмечается снижение активности

исследуемых показателей. Наиболее выраженное изменение концентрации Е-селектина, MCP-1, VEGF, MMP-2 отмечалось у пациентов, которым проводилось оперативное лечение с последующим приемом препарата МОФФ. Выводы и рекомендации: Назначение препарата МОФФ целесообразно использовать в лечении варикозной болезни, так как отмечается положительное влияние на снижение веноспецифического воспаления, как в составе консервативной терапии, так и после проведенного оперативного лечения.

718. Способ периоперационной диагностики как фактор повышения безопасности операция на околощитовидных железах

Макаров И. В., Карпова Д. О., Капитонова С. А.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. В настоящее время отмечается рост пациентов с вторичным (ВГПТ) и третичным гиперпаратиреозом (ТГПТ). Это связано не только с улучшением выявляемости данных пациентов, но и с увеличением численности данных пациентов в общей популяции, связанный с повышением числа пациентов с хронической болезнью почек в ее терминальной стадии. Материалы и методы. С 2012 года по настоящее время было прооперировано 79 пациентов с диагнозом ВГПТ и ТГПТ. Среди них было 43 женщины и 34 мужчины. Средний возраст пациентов составил $53,24 \pm 11,82$ лет. У всех пациентов в анамнезе хроническое заболевание почек в 5D стадии, все пациенты находились на гемодиализе. Длительность анамнеза по почечному заболеванию $10,4 \pm 2,31$ лет, в среднем на гемодиализе пациенты находились $6,83 \pm 1,4$ года. Хронический гломерулонефрит с исходом в нефросклероз наблюдали у 35 человек (44,3%), хронический интерстициальный нефрит с исходом в нефросклероз – у 22 человек (27,8%), поликистоз почек – у 12 (15,2%), тубулоинтерстициальный пиелонефрит с исходом в нефросклероз – у 10 (12,7%). Всем пациентам проводилось исследование общего и ионизированного кальция, паратгормона и фосфора до операции и на следующий день после проведения оперативного

вмешательства. Топическая диагностика патологически измененных околощитовидных желез (ОЩЖ) осуществлялась с помощью УЗИ, сцинтиграфии и МРТ/КТ исследования щитовидной железы и ОЩЖ. Кроме того 37 пациентам было проведено 3D моделирование, а 14 пациентам интраоперационная навигация с помощью аппаратно-программного комплекса «Автоплан». Полученные результаты. УЗИ щитовидной железы и ОЩЖ было проведено всем 79 пациентам, сцинтиграфия 75 пациентам, КТ/МРТ исследование щитовидной железы и ОЩЖ 67 пациентам. По нашим данным чувствительность данных методов была следующей: УЗИ – 85%, сцинтиграфия – 90 %, КТ/МРТ – 95%. Медиана ПТГ в группе пациентов, которым проводилось 3D моделирование и интраоперационная навигация составила 2153,2 pg/ml, в группе пациентов, где не проводились данные методы топической диагностики – 1432,6 pg/ml. На следующий день после оперативного лечения медиана ПТГ в первой группе снизилась до 97,4 pg/ml (уменьшилась на 2055,8 pg/ml – 95,5%), а в контрольной группе до 126,8 pg/ml (уменьшился на 1305,8 pg/ml – 91,2%). Значение медианы ионизированного кальция в первой группе до операции составило 1,25 ммоль/л, а после операции 0,87 ммоль/л (уменьшение на 0,38 ммоль/л – 30,4%). Значение медианы ионизированного кальция во второй группе до операции составило 1,21 ммоль/л, после операции 0,88 ммоль/л (уменьшение на 0,33 ммоль/л – 27,3%). Кроме того, во второй группе, в связи с рецидивом заболевания, 4 больных были оперированы дважды, а один трижды. Были проведены следующие виды оперативных вмешательств: тотальная паратиреоидэктомия – 44 пациентам, субтотальная паратиреоидэктомия – 20 пациентам, тотальная паратиреоидэктомия с аутотрансплантацией ткани околощитовидной железы в мышцы предплечья - 15 пациентам. При этом пациенты, находящиеся в первой группе выполнялась только тотальная паратиреоидэктомия. При этом в первой группе время оперативного вмешательства в среднем составило на 15-20 минут меньше, чем у пациентов во второй группе. Обсуждение: Использование 3 D моделирование и АПК «Автоплан» повышает эффективность и безопасность операция на околощитовидных железах. Выводы. 1) ВГПТ и ТГПТ встречается чаще у женщин старше 50 лет. 2) У большинства пациентов в анамнезы наблюдался хронический интерстициальный нефрит с исходом в нефросклероз. 3) Наиболее чувствительными методами исследования для топической диагностики аденом ОЩЖ является КТ/МРТ и

сцинтиграфия щитовидной железы и ОЩЖ. 4) Применение 3D-моделирование и АПК « Автоплан» позволяет улучшить топическую диагностику аденом ОЩЖ и уменьшить время оперативного вмешательства при паратиреоидэктомии. Рекомендации. 1) Использование в диагностике нескольких методов топической диагностики патологически измененных околощитовидных желез. 2) Применение правила симметричности при проведении паратиреоидэктомии.

719. Активная переменная пневмокомпрессия (АПК) в лечении декомпенсированных форм варикозной болезни вен нижних конечностей

Бутыло И.И., Воробьев В.В., Караиванов Н.С.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

В нашей клинике (дневной хирургический стационар) в течение 7 лет (2013-2020 гг.) прошли обследование, наблюдались и получали лечение 75 пациентов, страдающих различными формами декомпенсированной варикозной болезни вен нижних конечностей (ХВН 3-4 степени/ лимфо-венозная недостаточность). Пациентам проводились ангиологический осмотр, ультразвуковое ангиосканирование, сформированное в методику ультразвуковой ангиографии. На основании полученных данных составлялась индивидуальная карта сосудистой патологии нижних конечностей. Клинически оценивалось морфологическое состояние поверхностной, глубокой венозных систем (с уточнением состояния клапанного аппарата) и лимфатического аппарата. Полученные данные брались за основу при выборе лечения. У всех пациентов варикозная болезнь являлась первичным заболеванием с наличием патологического вено-венозного рефлюкса в поверхностные вены НК. У 58,2% больных патологический процесс локализовался в системе большой подкожной вены, у 21,3% - в системе малой подкожной вены и у 14,9% выявлено сочетанное одностороннее поражение большой подкожной вены и малой подкожной вены. Немагистральный характер варикозного

расширения имел место у 2,6% пациентов. Несостоятельные перфорантные вены были обнаружены у 85,8% больных. В предоперационном периоде за 2-3 недели до операции всем пациентам было выполнено не менее 10 сеансов активной переменной пневмокомпрессии с систематическим ношением эластического компрессионного трикотажа 2 класса компрессии (чулки). Контрольная группа составила 75 пациентов с аналогичными формами ВВВ нижних конечностей без применения АППК перед операцией. Всем пациентам была выполнена кроссэктомия с ЭВЛК стволых подкожных вен и комбинированная флэбэктомия варикозно измененных притоков. В исследуемой группе осложнений после операций не было (отечный синдром был купирован до операции у 72 пациентов – 95%). В контрольной группе отечный синдром был купирован за счет систематического ношения эластического компрессионного трикотажа 2 класса компрессии у 35 пациентов (46%), при этом в раннем послеоперационном периоде у 11 пациентов (15%) отмечены выраженные подкожные гематомы на голенях, у 6 (8%) выраженная лимфорей из послеоперационных ран, а у 4 (5%) - умеренная. Нами разработаны следующие клинко-организационные этапы хирургического лечения пациентов с различными формами декомпенсированной варикозной болезни вен нижних конечностей в условиях дневного стационара: 1. Предоперационное обследование в соответствии с существующими стандартами по варикозной болезни вен нижних конечностей. 2. Проведение в предоперационном периоде 10-14 сеансов АППК с систематическим ношением эластического компрессионного трикотажа 2 класса компрессии. 3. Хирургическое вмешательство – кроссэктомия + ЭВЛК + комбинированная флэбэктомия. Нам представляется необходимым дальнейшее изучение этой проблемы с разработкой детализации показаний и выбора режимов АППК при подготовке пациентов к оперативному лечению с различными формами декомпенсированной варикозной болезни вен нижних конечностей в условиях дневного стационара.

729.Изучение параметров дуплексного сканирования, ассоциирующихся с появлением трофических язв у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей

Калинин Р.Е. (1), Сучков И.А. (1), Шанаев И.Н. (1,2), Хашумов Р.М. (1,2), Корбут В.С. (2)

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,
- 2) ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия

Цель исследования. Оценить параметры дуплексного сканирования (ДС), ассоциирующиеся с появлением трофических язв, у пациентов с варикозной болезнью (ВБ). Материалы и методы. В исследование вошли 214 человек с ВБ: 98 пациента с клиническим классом С4 – С6 и 116 пациентов с клиническим классом С2 - С3 по классификации СЕАР. Метод исследования – ДС. При проведении исследования использовались функциональные пробы Вальсавы и Сигела. В поверхностных, глубоких венах вычислялись: диаметр, скорости антеградного и ретроградного кровотока, протяжённость рефлюкса. В перфорантных венах (ПВ) вычислялся диаметр, максимальная/пиковая и средняя скорости ретроградного кровотока. Критерием клапанной недостаточности считался рефлюкс в поверхностных и ПВ $\geq 0,5$ сек., в глубоких венах ≥ 1 сек. Результаты. С ростом клинического класса идёт увеличение диаметра большой подкожной вены (БПВ) (с $5,5 \pm 1,9$ мм – класс С 2 до $9,0 \pm 2,5$ мм до С 5,6), статистически значимая разница в диаметре БПВ была получена между классами С2 и С4, С2 и С5,6, С4 и С5,6. С ростом клинического класса идёт постепенное увеличение количества несостоятельных ПВ, их диаметра (с $3,2 \pm 1,0$ мм при классе С2 до $4,5 \pm 0,9$ мм при классе С5,6) максимальной и средней скорости ретроградного кровотока через ПВ. Статистически значимая разница в диаметре ПВ была получена между всеми классами. В структуре поражения ПВ во всех клинических классах на первом месте состоят ПВ средней трети медиальной поверхности голени - ПВ Коккетт III, однако наблюдается уменьшение процента встречаемости с ростом клинического класса: при классе С2 - 60,9 %, до 56,5 % при классе – С5,6. С ростом клинического класса у ПВ К III также увеличивается диаметр, максимальная и средняя скорость ретроградного кровотока. Статистическая разница по параметрам пиковая скорость кровотока для ПВ К III между пациентами с индуративным воспалением и наличием трофических язв. Артерии около ПВ

визуализировались 100% у всех пациентов. При анализе кровотока по ПА обращают на себя внимание низкие цифры индекса периферического сопротивления (ИПС) при неизменном систолическом пике и высоких диастолических скоростях. Статистический анализ показал значимые различия по этому признаку между классом С2 и классами С3, С4, С5,6 ($P < 0,05$). В тоже время разницы между классами С3, С4 и С5,6 получено не было. Показатели ИПС в заднебольшеберцовых артериях остаются неизменными. Также с ростом клинического класса увеличивается процент встречаемости несостоятельности глубоких вен с 2,3% при клиническом классе С2 до 8 % при классе С5,6. Выводы: 1) Диаметр БПВ $9,0 \pm 2,5$ мм при тотальном поражении, а также ПВ $4,5 \pm 0,9$ мм ассоциируются с появлением трофических язв у пациентов с ВБ. 2) Пиковая скорость ретроградного кровотока через ПВ Коккетт III 70 ± 12 см/с является предиктором трофических язв. 3) Несостоятельность глубоких вен выявляется в 8 % случаев у пациентов с трофическими язвами.

721. Прогноз гастроудоденальных кровотечений при критических состояниях

Давыдкин В.И.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет

Актуальность. Несмотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни и внедрение эндоскопических технологий, проблема язвенных гастроудоденальных кровотечений (ГДК) сохраняет свою актуальность. В последние годы высок удельный вес пациентов, поступающих в стационар в критических состояниях, с тяжелыми метаболическими и системными заболеваниями, а также принимающими НПВС, гормональные препараты или антикоагулянты и дезагреганты. До настоящего времени сохраняется высокая летальность, особенно в группе пациентов в критических состояниях, достигающая 14 %, а при рецидиве кровотечения – 30–80%. На состояние микроциркуляции может негативно влиять и

искусственная вентиляция, особенно при критических режимах, которые могут приводить к снижению сердечного выброса и к гипоперфузии внутренних органов. Нами поставлена цель исследования – провести оценку прогноза эффективности медикаментозного гемостаза и профилактики кровотечений у больных с кровотечениями из острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой желудка в условиях urgentной хирургии. Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ 116 клинических наблюдений ГДК из острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой желудка. Пациенты мужского пола составили 75 человек (64,7%), женщины – 41 человек (35,3%). Соотношение мужчин и женщин 1,82:1. Возраст больных варьировал от 40 до 87 лет (средний возраст $61,4 \pm 16,5$ лет), более 50 % были пожилого и преклонного возраста. С целью выполнения исследования был подсчитан индекс коморбидности (ИК) Charlson, по шкалам Глазго, MODS 2. Баллы суммируются для получения общего количество от 0 до 24. Результаты. Пациенты имели различные причины критического состояния, очень важным является установление его степени тяжести и сравнение тяжести состояния с целью прогнозирования наступления осложнений. Сравнив ИК Charlson за 2 периода (поступление и перевод в общесоматическое отделение) достоверной разницы также не получено, хотя отмечена тенденция к снижению риска наступления летального исхода. ИК Чарлстона при заболеваниях дыхательной системы колебался от $4,44 \pm 0,99$ (при поступлении) и до $4,2 \pm 1,3$ – при переводе из ОРИТ; при термических повреждениях от $3,7 \pm 0,85$ до $2,75 \pm 1,04$ ($P^* > 0,05$) соответственно, после операций на органах грудной клетки от $4 \pm 1,2$ до $3,6 \pm 1,7$ ($P^* > 0,05$), при сочетанной и множественной травме – от $4,05 \pm 1,05$ до $3,15 \pm 1,26$ ($P^* > 0,05$). Это диктует необходимость продолжения интенсивной терапии в условиях общесоматического стационара, круглосуточного и тщательного врачебного наблюдения. Приемственность терапии позволяет снизить риск неблагоприятного исхода. Прогноз летальности был неодинаков при различной степени ГДК. Так, при легкой степени достоверной разницы между группами пациентов не получено, что свидетельствует об отсутствии значимого негативного влияния кровотечения слабой интенсивности на течение основного заболевания и вероятность наступления летальности. Такая же динамика отмечена в группах пациентов со средней степенью кровотечения. Если у пациентов с заболеваниями дыхательной системы, термической

травмой, расширенными операциями разницы в группах с легким и среднетяжелым кровотоком не получено, то при сочетанной и множественной травме отмечается достоверное возрастание ИК. Группа пациентов с тяжелым ГДК имела достоверно значимое возрастание ИК и вероятности летальности при наличии заболеваний легких, термической травмы. У пациентов с сочетанной и множественной травмой усугубление ГДК уже недостоверно влияло на прогноз заболевания. При оценке тяжести состояния по шкале Глазго у пациентов с заболеваниями дыхательной системы 14–15 баллов отмечены у 7 (19%) пациентов, 11 баллов – у 6 (17%) больных, и 6 баллов – у 14 (39%), 4 балла – у 9 (25%) больных. У пациентов с ожоговой травмой 12 баллов были 24 (50%) случаях, 9 баллов – у 16 (33%), 5 баллов – у 7 (15%), 3 балла – у 1 (2%) больного. После операций на грудной клетке ясное сознание (15 баллов) было у 2 (10,5%) больных, 13 баллов – у 6 (32%), 9 баллов – у 2 (10,5%), баллов – у 5 (26%), 3 балла – у 4 (21%). Среди пациентов с сочетанной травмой 12 баллов имели 6 (30%) больных, 9 баллов – 10 (50%), 5–6 баллов – 2 (10%), 3–4 балла – 2 (10%) больных. Вероятность летального исхода и эффективность проводимой терапии особенно при коморбидной патологии имеют ключевое значение. Естественно, присоединение ГДК существенно должно ухудшать прогноз. В связи с этим нами прослежена зависимость индекса MODS от характера нозологии и тяжести кровотечения. Установлено, что разницы в тяжести органной дисфункции в различных группах нозологий при ГДК легкой степени не выявлено. При ГДК средней и тяжелой тяжести достоверные отличия получены у пациентов с дыхательной недостаточностью; между остальными группами достоверных различий не получено. Сравнивая группы пациентов с легкой, средней и тяжелой степенью при всех нозологиях получены достоверные отличия, что говорит о существенном влиянии ГДК на прогноз коморбидной патологии. Это особенность нашла отражение в частоте исходов заболеваний при различных степенях тяжести кровотечений. Рецидивы ГДК отмечены у 2 (2,4 %) больных, хирургические методы остановки использованы у 13 (13,7 %) пациентов. Заключение. Таким образом, шкалы коморбидности и MODS 2 показали, что при ГДК легкой и средней степени прогноз для жизни был наиболее благоприятным и показатели прогноза летальности были минимальны. При кровотечениях тяжелой степени значительно увеличивался риск развития летальности и показатели смертности достигали почти 100%. Таким образом, чтобы повлиять на показатели летальности, нужно предотвратить

развитие ГДК при терапии критических состояний в палатах ОРИТ, своевременно проводя медикаментозную профилактику. В настоящее время ингибиторы протонной помпы наиболее эффективно подавляют секрецию соляной кислоты.

722. Использование краткосрочной программы преабилитации в протоколе ERAS в хирургии рака желудка

Павлов Р.В. (1), Новикова А.Д. (1), Бойко Н.С. (1), Черных М.А. (1), Данилин В.Н. (1), Кащенко В.А. (2)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский Государственный Университет, КВМТ им. Н.И. Пирогова, 2) Санкт-Петербургский Государственный Университет, Клиническая больница №122

Актуальность. Большинству больных раком желудка перед операцией требуется проведение неоадьювантной химиотерапии, что неизбежно ослабляет ресурсы организма. Сохранение физиологических резервов является одним из важнейших компонентов лечения пациента с диагнозом рак желудка. Преабилитация представляет собой комплексную мультимодальную подготовку больного, направленную на улучшение функционального состояния. Применение краткосрочной программы преабилитации перед хирургическим лечением рака желудка на сегодняшний день недостаточно изучено. Материалы и методы. В исследование включено 20 больных местнораспространенным раком желудка, нуждающихся в неоадьювантной химиотерапии. Пациентам экспериментальной группы проводилась предоперационная подготовка в соответствии с установленным планом программы преабилитации. Лечение группы сравнения проводилось в полном соответствии с существующими стандартами. Первичной конечной точкой было изменение функционального состояния, которое измерялось с помощью теста 6-минутной ходьбы (6MWT). Результаты 6MT оценивались в конце преабилитационного периода и через 4-8 недель после операции. Результаты. В основную группу вошло 10 пациентов, в группу сравнения – 10. Средний возраст в обеих группах

был сопоставим и составил 64 года в экспериментальной группе и 67 лет в контрольной группе. Среди пациентов экспериментальной группы было 6 были мужчинами, в контрольной - 5. Из-за небольшого размера выборки для оценки результатов использовали критерий Манна-Уитни. У больных, получавших преабилитацию, отмечено достоверное улучшение функциональных показателей по результатам теста 6MWT ($p < 0,05$). Частота послеоперационных осложнений в обеих группах достоверно не различалась. Пациенты основной группы гораздо лучше оценили качество своей жизни к концу 28-го дня послеоперационного наблюдения (QLQ-C29). Учитывая крайне малый размер выборки, провести тщательный статистический анализ не представляется возможным. Обсуждение и выводы. Данное пилотное исследование демонстрирует целесообразность проведения проспективного рандомизированного клинического исследования для оценки положительного влияния разработанной программы преабилитации на функциональное состояние больного в послеоперационном периоде; частота осложнений и период восстановительного лечения в стационаре. Рекомендации: На сегодняшний день, несмотря на проведение только пилотного исследования, в нашей клинике мы начали проведение преабилитации у пациентов, которые проходят комплексное лечение по поводу рака желудка.

723. Коррекция передней брюшной стенки у пациентов с вентральной грыжей

Шорнина А.С., Тимербулатов М.В., Ибрагимов Д.Р.

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность. В настоящее время, согласно мировой практике, эстетическая составляющая неотъемлемая часть жизни современного человека. При сравнении показателей за десятилетие, отмечается значительное увеличение количества оперативных вмешательств в пластической хирургии. Как показывает клиническая практика, нередко, женщина после периода беременности и

родов, сталкивается с рядом эстетических проблем в области передней брюшной стенки и наличием вентральных грыж. Актуальность проблемы обусловлена в отсутствие единого алгоритма решения комбинации данных патологий, наличием ряда осложнений, как при изолированных хирургических методиках, так и сочетанных. Цель. Достижение качественного лечебного эффекта и оптимальной эстетической составляющей у пациентов с деформацией передней брюшной стенки и вентральными грыжами. Материал и метод. В исследование включены 34 женщины (средний возраст составил $35,6 \pm 7,0$) с деформацией передней брюшной стенки (диастаз прямых мышц живота, избыточные жировые отложения, дряблость и избыток кожи) и вентральными грыжами. В анамнезе - одни или несколько родов; у 20 пациенток - ожирение 2-3 степени. На стационарном лечении в отделение пластической хирургии находились в период с 2020 по 2021г. Во всех случаях критериями оценки качества лечения были выбраны: длительность операций, сроки удаления дренажей, наличие осложнений (серома, краевой некроз раны, некроз пупка, грубый послеоперационный рубец, рецидив грыжи), период нетрудоспособности, степень удовлетворенности результатом. Результаты. Абдоминопластика с липосакцией, грыжесечением, пластикой сетчатым протезом была выполнена в 4 случаях и длительность оперативного вмешательства составила 200 ± 15 мин; абдоминопластика с грыжесечением, пластикой сетчатым протезом - в 3 случаях, 145 ± 10 мин; абдоминопластика с липосакцией, пластикой пупочной грыжи - в 5 случаях, 180 ± 15 мин; абдоминопластика, пластика пупочной грыжи - в 3 случаях, 130 ± 10 мин; абдоминопластика с липосакцией - в 11 случаях, 170 ± 15 мин; абдоминопластика - в 8 случаях, 120 ± 10 мин. Выполнялась классическая абдоминопластика с горизонтальным рубцом и переносом пупка. Масса удаляемого кожно-жирового лоскута варьировалась от 120 до 2700 г. Объем липосакции составлял от 800 до 2100 мл. В среднем, размер грыжевого дефекта варьировался от $6,5 * 12,3 \pm 3,7$ см по срединной линии выше пупка, $1,6 \pm 0,7$ см в области пупка. Необходимость применения сетчатого имплантата определялась размером грыжевого дефекта, состоянием апоневротического слоя, возрастом пациента. Время пребывания в клинике 2 суток. Дренажи удалялись на $3,8 \pm 0,9$ сут в зависимости от количества серозно-геморрагического отделяемого (оптимальный показатель не более 40 мл в сут). Осложнения были отмечены при выполнении абдоминопластики с

липосакцией и коррекцией пупочной грыжи - некроз пупка в 1 случае; при выполнении абдоминопластики с липосакцией - краевой некроз в 1 случае. Нетрудоспособность пациентов - 10 сут. Согласно опросу пациентов, полученное лечение значительно улучшило качество и уровень жизни (положительная психо-эмоциональная составляющая, увеличение физической активности, более высокая социальная адаптация). Выводы. 1. При выполнении симультанной герниоабдоминопластики, время наркоза и оперативного вмешательства увеличивалось незначительно (в среднем на $23,3 \pm 7$ мин). Это связано с тем, что отслойка передней брюшной стенки открывает удобный доступ для работы в области грыжевого дефекта, наложению сетки. 2. Срок пребывания в клинике, удаления дренажей, дальнейший реабилитационный период при сочетанном хирургическом вмешательстве не изменился. Влияние на экономическую и социальную стороны данного вопроса значимы, так как это сокращение медицинских затрат, времени нетрудоспособности пациента. В результате двойного эффекта от операции (восстановление функциональности и эстетики передней брюшной стенки) отмечается значительное улучшение качества жизни пациента. 3. Вышеназванные осложнения не были связаны с симультанностью оперативного вмешательства.

724. Геморрой и COVID-19. Взгляд колопроктолога

Цицкарава А.З., Измайлова Р.Я., Демин А.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Актуальность. За период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, или COVID-19, специалисты разного профиля столкнулись с последствиями данного заболевания. Геморрагические или тромботические осложнения были обнаружены у многих пациентов ввиду особенности патогенеза COVID-19, его влияния на системный гемостаз, а также необходимость лечения антитромботическими препаратами.

Учитывая возможность поражения вирусом кишечного эпителия, наличие разнообразной клинической картины со стороны желудочно-кишечного тракта, увеличилась обращаемость пациентов к врачам-колопроктологам. Данный факт послужил отправной точкой для начала исследования влияния новой коронавирусной инфекции на состояние слизистой прямой кишки и проявлений геморроидальной болезни. Материалы и методы. За последние полтора года отобраны 22 пациента, обратившихся к колопроктологу НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова после перенесенной новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Наиболее частым поводом для обращения стало выделение крови из прямой кишки после дефекации — либо впервые, либо увеличение ее интенсивности при наличии подобных эпизодов ранее. Часть пациентов предъявляли жалобы на боль и дискомфорт в перианальной области. Все пациенты были обследованы амбулаторно. Помимо объективного и ректального осмотра, всем пациентам проводилась аноскопия, а также ректороманоскопия или фиброколоноскопия (в зависимости от анамнеза и возраста пациентов). Пациенты получали местную и системную консервативную терапию, наблюдались в динамике на протяжении 6 месяцев после первичной консультации. Результаты. Средний возраст пациентов составил 34,05 года. На фоне COVID-19 у 55% пациентов отмечено поражение легких КТ-1, у 27% — КТ-2, у 14% — КТ-3, у 5% — КТ-4. 26% пациентов проходили лечение в условиях инфекционного стационара. Больше половины пациентов (59%) получали антикоагулянтную терапию на протяжении всего курса лечения (суммарно от 3 до 7 недель). В момент лечения COVID-19 или в течение 1-2 месяцев после него пациенты стали отмечать появление дискомфорта/боли в перианальной области или в момент дефекации. Несмотря на проводимую антитромботическую терапию, у 86% пациентов обнаружен тромбоз наружных (и внутренних — у 9%) геморроидальных узлов. Эпизоды ректального кровотечения (различной интенсивности) на основании анамнестических данных зафиксированы у 77%. По данным инструментальных и эндоскопических методов обследования у 94% отмечено усиление сосудистого рисунка в ниже- и средне-ампулярном отделах прямой кишки, у части из которых также впервые описаны участки слизистой с мальформацией сосудов (в сравнении с предыдущими результатами). Таким образом, несмотря на молодой возраст, отсутствие

сопутствующей патологии, острое течение геморроя (различной степени) определялось у 96% пациентов. Обсуждение. Учитывая проведенный анализ группы амбулаторных пациентов с острым геморроем и новой коронавирусной инфекцией в анамнезе, можно сделать вывод о наличии воздействия вируса SARS-CoV-2 на слизистую желудочно-кишечного тракта, в частности прямой кишки, и на возникновение или прогрессирование геморроидальной болезни у пациентов любого возраста, вне зависимости от тяжести течения инфекции. Безусловно, данная выборка пациентов имеет требует дополнительного изучения, динамического наблюдения, а также увеличения численности для доказательства предполагаемой гипотезы. Выводы и рекомендации. На основании патогенеза COVID-19, применяемой антикоагулянтной терапии в лечении заболевания, а также проведенного исследования, в симптомокомплекс постковидного синдрома может быть включены геморрой (острый и обострение хронического), а также рецидивирующие ректальные кровотечения. Пациенты с данными клиническими проявления требуют амбулаторного наблюдения у колопроктолога.

725. Роль концепции реанимации и интенсивной терапии при травме и методов эндоваскулярной реанимации в лечении тяжело пострадавших мирного времени

Почтарник А.А. (1), Рева В.А. (1,2), Щеголев А.В. (1), Самохвалов И.М. (1)

Санкт-Петербург

- 1) Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
- 2) Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

Актуальность. Основу лечения пострадавших с политравмой и нестабильной гемодинамикой (шоком) составляет быстрая и качественная догоспитальная помощь, а также раннее применение концепции реанимации и интенсивной терапии при травмах (РИТТ), обозначаемой в англоязычной литературе как damage control resuscitation. При этом реализация этой тактики в полном объеме все еще остается недоступна в

нашей системе здравоохранения. Цель исследования – оценить эффективность применения РИТТ у пострадавших с наиболее тяжелыми травмами, которым в ходе лечения выполняли реанимационную эндоваскулярную баллонную окклюзию аорты (РЭБОА). Материал и методы. Выполнен сравнительный ретроспективный анализ международного регистра пострадавших, которым в период с 2013 по 2020 гг. при поступлении в травмоцентр была выполнена РЭБОА (ABO-Trauma Registry). Из регистра выделено две группы пациентов: отечественная выборка (n=24) и зарубежная выборка (n=241), представленная многочисленными странами со всего мира. Для устранения статистической ошибки проведен псевдорандомизированный (propensity score matched) анализ в соотношении 1:1 (24:24). В исследование вошли пострадавшие в крайне тяжелом, терминальном состоянии с нестабильными показателями гемодинамики (систолическое АД менее 90 мм рт.ст.) на момент доставки, системной гипоперфузией и признаками продолжающегося полостного кровотечения. Результаты. По полу, возрасту, наличию фоновых заболеваний, механизму и тяжести травмы группы достоверно не отличались. Пострадавшие обеих групп имели крайне тяжелые (>25 баллов) повреждения по индексу ISS. РЭБОА в обеих группах выполняли в среднем через 22 мин от момента поступления и в большинстве случаев (65-75%) – выполняли окклюзию на уровне нисходящей грудной аорты, что приводило к подъему АД на 40-50 мм рт.ст и позволяло тем самым временно стабилизировать гемодинамику на время выполнения операции и начала гемотрансфузии. Наиболее существенные различия в группах были выявлены при исследовании подхода к РИТТ. Выявлены существенные различия между отечественной выборкой и группой сопоставления по объему и характеру проводимой ИТТ в ранний период травмы. Общий объем ИТТ за сутки был достоверно выше в зарубежной выборке (отечественная выборка – 1300 (400–2500) мл, зарубежная – 3600 (0–6000) мл, $p=0,001$), причем за счет переливания компонентов крови: эритроцитной взвеси и тромбоконцентрата ($p<0,05$). Коллоиды не применяли в зарубежной группе ($p<0,001$). Как эритроцитной взвеси (отечественная выборка – 0 (0–300) мл, зарубежная – 1800 (0–3488) мл, $p<0,0001$), так и свежезамороженной плазмы ($p=0,063$) нашим пострадавшим до РЭБОА было введено значительно меньше. После РЭБОА в зарубежной выборке было введено вдвое больше эритроцитной взвеси (отечественная выборка – 1500 (600–2400) мл, зарубежная – 2475 (1013–5288)

мл, $p=0,045$) и втрое больше свежезамороженной плазмы ($p=0,258$), при одинаковом объеме кристаллоидов ($p=0,875$). Практически полная недоступность тромбоконцентрата в остром периоде травмы в отечественной практике отчетливо выявляется по соотношению между группами и значимости различий как до (отечественная выборка – 0 (0-0) мл, зарубежная – 0 (0–1200) мл, $p=0,009$), так и после выполнения РЭБОА (отечественная выборка – 0 (0–0) мл, зарубежная – 300 (0–1800) мл, $p=0,001$). Раннее введение достаточного объема компонентов крови способствовало увеличению выживаемости в зарубежной выборке до 50% ($p=0,002$). Выводы. Метод РЭБОА позволяет временно стабилизировать гемодинамику, но несмотря на свою эффективность, является лишь одним из факторов на правильном пути ранней остановки внутреннего кровотечения, восполнения кровопотери и устранения жизнеугрожающих нарушений. 30-дневная выживаемость после РЭБОА напрямую связана с методами восполнения кровопотери. Избыточное введение инфузионных растворов делает РЭБОА неэффективной в плане отдаленной выживаемости (17%). При раннем введении достаточного объема компонентов крови, наоборот, выживаемость возрастает до 50%.

726. Структура больных с синдромом механической желтухи

Краснослободцев А.М., Антропов И.В., Пушкин С.А.

Самара

Самарская городская клиническая больница им.
Н.И. Пирогова №1

Лечение пациентов с механической желтухой остается актуальной проблемой современной хирургии. Целью исследования является изучение структуры больных с синдромом механической желтухи. В Самарской городской клинической больнице №1 им. Н.И. Пирогова в 2018-2020 годах находились на лечении по поводу экстренной хирургической патологии 11010 больных; из них – 239 с синдромом механической желтухи (2,2%). Среди них было – 154 женщины и 85 мужчин. Средний возраст составил $67,2 \pm 15,8$ лет. 42

пациента (17,6%) поступили в сроки менее 24 часов от начала заболевания, 70 пациентов (29,3%) – через 24–72 часа от начала заболевания и 127 пациентов (53,1%) позднее 72 часов от начала заболевания. Основными причинами развития синдрома механической желтухи в исследуемой группе больных были: у 108 пациентов (45,2%) – холедохолитиаз; у 69 (28,9%) – злокачественные опухоли гепато-панкреато-дуоденальной системы (рак фатерова сосочка, головки поджелудочной железы, желчного пузыря, общего желчного протока; новообразования печени, метастазы в печень); у 62 (25,9%) – доброкачественные заболевания поджелудочной железы и желчевыводящих протоков (стриктуры фатерова сосочка и общего желчного протока, хронический индуративный или псевдотуморозный панкреатиты, острый панкреатит со сдавлением терминального отдела холедоха, синдром Мириizzi), рубцовые и воспалительные сужения желчевыводящих путей (травматические повреждения во время операций на желчных путях, склерозирующий холангит). 155 пациентов были прооперированы (42 больным (27,1%) выполнялись открытые операции, а 113 пациентам (72,9%) – проведены эндоскопические операции), 84 – лечились консервативно; консервативное лечение у всех пациентов было одинаковым и включало инфузионную, спазмолитическую и антибактериальную терапию. На основании проведенного нами исследования можно прийти к заключению, что основной причиной развития синдрома механической желтухи служит холедохолитиаз (45,2%), второе место по частоте занимают злокачественные опухоли гепато-панкреато-билиарной системы (28,9%), реже встречаются – доброкачественные заболевания поджелудочной железы и желчевыводящих протоков, рубцовые и воспалительные сужения желчевыводящих протоков (25,9%), причем большинству больных применяли эндоскопические методы оперативного лечения (72,9%).

727. Пероральная антибиотикопрофилактика перед лапароскопической передней резекцией прямой кишки

*Иванов Ю.В., Смирнов А.В., Злобин А.И.,
Станкевич В.Р., Винокуров А.В., Данилина Е.С.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Внутрипросветная и внутрикишечная микрофлора кишечника вырабатывает бактериальные коллагеназы, которые могут препятствовать процессу заживления колоректального анастомоза. В последние годы появились данные, что оптимальный состав микрофлоры достигается при подготовке пациента к операции путем сочетания механической очистки кишечника (МОК) и приема пероральных антибактериальных препаратов. Цель исследования. Оценить эффективность комбинации механической очистки кишечника (МОК) с пероральным приемом антибактериальных препаратов при подготовке пациента к лапароскопической передней резекции прямой кишки в профилактике послеоперационных осложнений. Пациенты и методы исследования. Проведено наблюдательное ретроспективное сплошное исследование. В 2017-2021 годах в ФНКЦ ФМБА России выполнено 62 лапароскопических передних резекций прямой кишки с тотальной или субтотальной мезоректумэктомией по поводу рака прямой кишки и рака ректосигмоидного соединения. 33 пациента были подготовлены к операции только в объеме МОК (1 группа). У 30 пациентов перед операцией помимо МОК были назначены пероральные антибактериальные препараты (2 группа). Группы полностью сопоставимы по исследуемым параметрам: демографическим характеристикам, наличию сопутствующих заболеваний, локализации опухоли (расстояние до ануса), проведенной неоадьювантной терапии и др.. Механическую очистку кишечника проводили с применением слабительных средств на основе макрогола в соответствии с их инструкцией. Пероральная антибактериальная профилактика включала прием ципрофлоксацина 500 мг + метронидазола 2 г в 19-00 и 22-00. При низком расположении колоректального анастомоза (менее 8 см от наружного края анального канала), а также приотягчающих факторах его формирования или наличия сопутствующих заболеваний, увеличивающих риск его несостоятельности, дополнительно накладывали превентивную

разгрузочную двухствольную трансверзостому. В 1 группе разгрузочная стома выведена у 12 больных (36%), а во 2 группе – у 11 (36,7%). Результаты. Общий уровень послеоперационных осложнений составил 6,6% (2 из 30 пациентов) в группе комбинированной подготовки к операции и 15,15% (5 из 33 пациентов) - в группе применения только МОК. Несостоятельности анастомоза в группе комбинированной подготовки не было, в то время как при использовании только МОК несостоятельность анастомоза отмечена у 2 больных. Заключение. Использование комбинации приема пероральных антибактериальных препаратов в сочетании с МОК позволяет добиться минимальной частоты развития осложнений после лапароскопической передней резекции прямой кишки.

728. Оптимизация хирургического подхода в посмертного донорства органов человека для трансплантации в Московской области в период пандемии коронавирусной инфекции

*Бельских Л.В., Мещерин С.С., Ахмедьянов А.Р.,
Константинов В.К., Щербин С.В., Семенова А.М.,
Куртак Н.С., Банкеев Д.А.*

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Актуальность. Московская область занимает второе место по числу доноров на миллион населения и органов, полученных от одного донора, среди прочих регионов России, уступая только Москве. Количество медицинских организаций в субъекте, имеющих лицензию на изъятие, хранение донорских органов человека в целях трансплантации (пересадки) составляет 35, и это наибольшее число во всей стране. Материал и методы. Непростая логистика перемещений хирургических бригад, осуществляющих координацию донорского процесса, большие расстояния между донорскими базами, затруднения движения на автодорогах, безусловно, являются вызовом для успешной реализации программы. Хирургический Центр координации

органоного донорства и трансплантации (ЦКД) внедрил «концепцию активного подхода» специалистов донорской службы к работе с потенциальными донорами, системы внешней и внутренней трансплантационной координации в медицинских организациях и методику оценки результативности работы медицинских организаций на основе индикаторных показателей, куда, среди прочих, вошли число сообщений о потенциальных донорах и число эффективных доноров органов. Полученные результаты. Результатом работы за 2021 год стало получение ЦКД сообщений о 307 пациентах, находящихся в крайне тяжелом состоянии с неблагоприятным прогнозом на выживание на фоне полного комплекса проводимой интенсивной терапии. Из них 36 (26%) стали эффективными донорами. Получен и трансплантирован 131 орган, из которых сердце - 28 (21%), печень – 28 (21%), почки – 75 (68%). Все операции по посмертному изъятию органов выполнены у умерших пациентов, получивших отрицательный результат ПЦР-теста к коронавирусной инфекции. Обсуждение. На фоне общей позитивной тенденции развития трансплантологической помощи и мобилизации посмертного донорского ресурса в Российской Федерации показатели Московской области демонстрируют не только сохранение своих позиций, но и обнадеживающий рост показателей. Выводы и рекомендации. Однако, с целью дальнейшего повышения эффективности работы, требуется продолжать клиническую и научную работу в данном направлении, в том числе – с применением систем нормотермической консервации донорских органов.

729. Опыт пластического закрытия длительно существующих гнойных ран при костно - деструктивных повреждениях ребер и грудины.

*Владимиров И.В., Чипура А.О., Хлебников А.Б.,
Мацкевич В.А.*

Красноярск

КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого

Актуальность. Пластика обширных дефектов мягких тканей передней поверхности грудной клетки в

условиях гнойного воспаления является сложной задачей. Это обусловлено целым рядом причин. Среди которых можно выделить - малый объем мягких тканей, высокую степень мобильности покровных тканей и относительно поверхностное расположение костных тканей данной анатомической области. Материалы и методы. Исследование проведено в период с 2017 г. по 2022 г. на базе кафедры госпитальной хирургии им. профессора А.М. Дыхно и курсом ПО, КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого. Под нашим наблюдением на лечении находилось 16 пациентов с глубокими ранами грудной клетки, все лица трудоспособного возраста, без выраженной сопутствующей патологии, женщины 43,75%, мужчины 56,25 %. Из них 25% пациентов с остеомиелитом грудины после стернотомии, 31,25 % пациенток после радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы и курса лучевой терапии, 43,75 % пациентов с глубокими термическими ожогами ребер и грудины. Во всех указанных случаях дном раны являлись костные ткани. У 37,5% пациентов возраст ран составлял более 6 месяцев. В 31,5 % раневой процесс осложнился формированием мягкотканых карманов окружающих тканей без тенденции к адгезии стенок кармана. В 56,25% случаев окружающие ткани были рубцово изменены, грубая контракция ран наблюдалась у 25% пациентов. В микробиологическом пейзаже присутствовали преимущественно грамм положительные микроорганизмы, ассоциации микроорганизмов наблюдались у 31,25% пациентов. Площадь ран колебалась от 27 см кв. до 160 см кв. Предоперационная подготовка включала коррекцию уровня общего белка, приемлемым минимумом считали уровень 60 г/л и уровня гемоглобина не менее 100 г/л. Операцию по восстановлению кожного покрова проводили после купирования острого гнойного воспаления, очищения раны. Профилактику высыхания костных тканей проводили, используя жирорастворимые мази или гидроколлоидные раневые покрытия, для стимуляции грануляционного роста применяли серебросодержащие мази. Операцией выбора для закрытия раны области рукоятки грудины с одномоментной остеонекрэктомией служила пластика встречными кожно – жировыми торако - абдоминальными лоскутами с транспозицией сосково - ареолярного комплекса на медиальных питающих ножках 43,75%. Пластика ран реберной поверхности верхней трети передней поверхности грудной клетки осуществлялась мостовидным (12,5%) или скользящим языковидным торакальным (31,25%) кожно - жировыми

лоскутами. Свободная пересадка кожи проводилась в 12,5% случаев. Количество повторных операций составило 7,5%. Полученные результаты. Причиной повторных операций служила деградация аутодермотрансплантатов - 1 случай. Кожные покровы были восстановлены у всех курируемых пациентов, вошедших в исследование. Выводы, обсуждение полученных результатов. Оперативное лечение пациентов с обширными, застарелыми ранами с обнажением ребер и грудины требует предоперационной подготовки, направленной на коррекцию уровня общего белка крови и гемоглобина, исключения остеомиелита. При обнажении костных структур грудной клетки в ране необходимо формировать влажно – воздушную среду с достаточными антисептическими свойствами. Использование методов свободной пересадки кожи оправдано при ранах грудной клетки площадью более 100 см кв., однако этот метод пластики требует длительной подготовки раны, направленной на формирование грануляционного роста, при этом желательно применять аутодермотрансплантаты толщиной 0,2–0,4 мм. Методы пластики ран грудной клетки лоскутами на питающих ножках не требуют микрохирургической техники, значительно быстрее и проще в исполнении, дают хорошие функциональные результаты, могут быть применены с успехом при площади раны менее 100 см кв.

730. Особенности типовой анатомии шеи для оперирующих эндохирургов

*Малеев Ю.В. (1), Ромащенко П.Н. (2),
Фомин Н.Ф. (2), Голованов Д.Н. (1),
Криволапов Д.С. (2), Вшивцев Д.О. (2)*

1) Воронеж, 2) Санкт-Петербург.

1) Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский базовый медицинский колледж», 2) ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФО

Актуальность. Хирургическое лечение тиреоидных больных в России со времен Н.И. Пирогова за последние два столетия несомненно успешно,

самобытно и в настоящее время высокотехнологично. Однако специфические ранние послеоперационные осложнения (парез мышц гортани из-за повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН), гипопаратиреоз) и неспецифические интраоперационные (кровотечение, раневая инфекция) имеют место быть и в настоящее время. Цель. Систематизация и классификация новых выявленных данных по типовой анатомии шеи с проведением клинко-анатомических параллелей, как топографо-анатомическая основа для оперирующих хирургов. Материал и методы исследования. Топографо-анатомический блок исследований (n = 488): секция, препарирование, пластинация, морфометрия, антропометрия. Результаты и их обсуждение. 1. Пирамидальная доля (ПД) встретилась одинаково часто у лиц обоего пола - в 35% наблюдений. ПД ? дополнительный фактор риска повреждения верхнего гортанного нерва (ВерГН), а также возникновения интра- и послеоперационных кровотечений. Ориентир для обнаружения ПД - нижний край щитовидного хряща (ЩХ). 2. Многообразие вариантов форм ЩЖ обуславливает и высокую вариабельность ее васкуляризации и иннервации. 3. Рассыпной тип ветвления верхней щитовидной артерии (ВЩА) встретился в 70,0% наблюдений, а магистральный – в 30,0%. Топография нижней щитовидной артерии (НЩА) и ее ветвей, являясь эволюционно моложе, более вариабельна, чем ВЩА. Поэтому выделение ВГН и перевязка НЩА ? наиболее сложный этап в эндохирургии. В 27% наблюдений в кровоснабжении ЩЖ принимают участие дополнительные ветви, отходящие от артерий глотки, пищевода и близлежащих мышц. Хорошая ориентация в топографии сосудов ЩЖ позволяет хирургу минимизировать кровопотерю и избежать образования послеоперационной гематомы. 4. Ретрощитовидные отростки (РЩО) ЩЖ встречаются в 49% случаев, расположены вертикально (высота ? больше, чем ширина, а ширина ? больше толщины). РЩО ЩЖ, располагаясь как сбоку, так и позади трахеи, глотки, пищевода, являются дополнительным фактором риска для интраоперационной травмы ЩА, ВерГН, ВГН и ОЩЖ. При обнаружении РЩО у одной доли ЩЖ, необходимо тщательно осмотреть противоположную в контрлатеральной позиции с целью исключения возможности рецидива заболевания. 5. ОЩЖ, расположенные на уровне верхней трети долей ЩЖ, имеют преимущественно продолговатую форму (эллипсоида), а ниже – округлую, что следует учитывать при дифференциации их от лимфоузлов, комочков жира

и добавочных долек ЩЖ. ОЩЖ кровоснабжаются ветвями НЩА (75,5%), ВЩА (18,4%) и лишь в 6,1% – ветвями артерий гортани, трахеи или пищевода. ОЩЖ, находящиеся на одном горизонтальном уровне, имеют идентичную форму и располагаются на одинаковом удалении от срединной линии. Чем ниже находятся ОЩЖ, тем их расположение от срединной линии латеральнее, а к кожным покровам шеи – ближе. Топографо-анатомические ориентиры при интраоперационной визуализации ОЩЖ: нижний рог ЩХ, тиреотимическая связка, НЩА, радиус 2,0 см от места пересечения НЩА с ВГН, бугорок Цукеркандля (БЦ), связка Берри. Очень важны типовые особенности формы, размера, цвета, топографии ОЩЖ по отношению к высоте доли ЩЖ, срединной линии шеи и глубине залегания. Топография нижних ОЩЖ более вариабельна, нежели верхних, которые достаточно константно находятся у места впадения ВГН в гортань. 6. При выделении шейной части ВГН рекомендуется использовать ориентиры: НЩА, БЦ, трахеопищеводная борозда (ТПБ), связка Берри, ОЩЖ, нижний край ЩХ. Однако основным ориентиром является ТПБ, а дополнительным – БЦ. Выводы. Выявленные новые типовые особенности формы, строения и топографии ЩЖ (наличие или отсутствие ПД, РЩО, БЦ), ее кровоснабжения; основные, константные и дополнительные топографо-анатомические ориентиры при визуализации ОЩЖ и ВГН; понятие зон риска оперативного действия; особенности билатерального симметричного и/или асимметричного строения анатомических образований шеи следует использовать при операциях и в ходе обучения и повышения мастерства эндохирургов.

731. Результаты экзартикуляций и ампутаций пальцев стоп на фоне СДС в амбулаторных условиях

Лукин П.С., Заривчацкий М.Ф., Кравцова Т.Ю.

Пермь

ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера

Актуальность. Одной из причин, приводящей к инвалидизации пациентов, является осложнение

сахарного диабета (СД) - синдром диабетической стопы (СДС). Данное осложнение СД, с которым встречается каждый хирург, составляет 25% среди больных СД и является показанием к выполнению 40–60% ампутаций нижних конечностей нетравматического характера. Лечение СДС является комплексным и проходит в несколько этапов с привлечением врачей разных специальностей, включая подиатров, эндокринологов, ангиохирургов, хирургов гнойных отделений больниц и амбулаторных хирургов. Пандемия новой коронавирусной инфекции заставила пересмотреть многие подходы, в том числе и оперативные, в лечении хирургических заболеваний. Целью нашего исследования явилась изучение возможности проведения ампутаций и экзартикуляций пальцев стоп на фоне СДС в амбулаторных условиях. Материалы и методы. Под нашим наблюдением в ГБУЗ Пермского края «Городская поликлиника № 2» находилась 17 пациентов с СДС на фоне компенсированного инсулиннепотребного СД 2 типа. Трофические изменения и тактику их лечения определяли согласно классификации PEDIS. Язвенные дефекты соответствовали P2 E – площадь раневой поверхности составила до 5 см² (в пределах одного пальца стопы) D3 I2-3 S1. Некротическое поражение было на уровне дистальных и средних фаланг 3-5 пальцев стоп. Рентгенологически подтверждалось наличие диабетической остеоартропатии, остеопороза и остеомиелита. Визуально локально на границе линии демаркации определялись отек и гиперемия мягких тканей. Под местной анестезией раствором Лидокаина 2% - от 4,0 до 6,0 мл, отступая от линии демаркации 1,0 см, 10-ти пациентам выполнена ампутация пальцев стопы с резекции дистальной головки плюсневой кости, 7-ми пациентам выполнены экзартикуляции на уровне плюсне-фалангового сустава. В послеоперационный период проводилась антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия. Рана не ушивалась. Гемостаз достигался перевязкой или прижатием сосудов. Перевязки проводились мазью Офломелид в ранний послеоперационный ежедневно до 10 - 15 дней. Специальную разгрузку (ортезы, стельки, опорные трости и костыли) конечности принципиально не назначали, если пациент ранее не использовал ортопедические изделия. Сосудистую терапию начинали со дня операции, первоначально применяя внутримышечные инъекции №10 с целью возможности проведения их в домашних условиях. Курс продолжали таблетированными формами с обязательным назначением и параллельным приемом венотоников до 2 месяцев.

Лекарственные препараты применяли те, курсы которых регулярно ранее проходили пациенты. Результаты исследования. Первоначально оценили этиологию развития некротического поражения пальцев стоп. В летний период наиболее характерными были травмы полученные на дачных участках, в зимний — отморожения. На фоне компенсации СД с достижением целевых показателей гликированного гемоглобина грануляции появлялись на $7,4 \pm 1,2$ сутки лечения. Эпителизация раны происходила на $17,4 \pm 3,7$ сутки у пациентов, которым выполнены экзартикуляции. Средние сроки лечения пациентов, у которых выполнены ампутации пальцев, составили $25,7 \pm 2,4$ суток. Осложнений и прогрессирования развития некроза не отмечено в обеих группах пациентов. Обсуждение и выводы. Анализируя этиологические факторы развития СДС, можно сказать о необходимости проведения школ профилактики развития и лечения СДС для пациентов. При выборе оперативного лечения, с учетом данного исследования, мы рекомендовали бы выполнение у пациентов с СД экзартикуляций пальцев стопы. Это объясняется оставлением более «физиологичной» культи в виде дистальной головки плюсневой кости. Такой подход исключает «травматизацию» грануляций в ранний послеоперационный период, упрощает проведение манипуляции в амбулаторных условиях, исключает оставление костных отломков в мягких тканях при формировании культи после резекции дистальной головки плюсневой кости, которые могут быть травмирующим фактором. Главным фактом за экзартикуляции остается более быстрое заживление ран. Экзартикуляция пальцев стопы на фоне СДС в амбулаторных условиях возможна и является методом выбора при профилактике развития более «высоких» некротических осложнений. При вовлечении в процесс проксимальных фаланг пальцев методом выбора остается ампутация с резекцией дистальной головки плюсневой кости.

732. Значение видеокапсульной эндоскопии в диагностике заболеваний тонкой кишки

Крушельницкий В.С. (1,2), Кортиева А.Т. (1), Габриэль С.А. (1,2), Дурлештер В.М. (1,2), Дынько В.Ю. (1,2), Гучетль А.Я. (1,2), Тлехурай Р.М. (1,2)

Краснодар

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая Клиническая больница №2» ГБУЗ «ККБ№2», 2) Кубанский Государственный Медицинский Университет (КубГМУ)

Актуальность темы. Долгое время рентгенологическое исследование с сульфатом бария было единственным методом обследования тонкой кишки достоверно определяющим наличие опухолевых поражений и опухолевых стенозов тонкой кишки, доброкачественных стриктур и «скрытых» кровотечений (эффективность составила 5%). Частой причиной латентных кровотечений может быть наличие сосудистой патологии (артериовенозная мальформация, ангиодисплазия) плоский дефект слизистой оболочки тонкой кишки. При возникновении у пациентов эпизодов кровотечений чувствительность метода снижается, так как нет возможности детального осмотра слизистой оболочки тонкой кишки. В 2001 г. активно внедряется в мир диагностических методов видеокапсульное исследование, при помощи которого получаем высококачественное изображение слизистой оболочки глубоких отделов тонкой кишки. Неинвазивность исследования является одним из важных достоинств, отсутствие лучевой нагрузки, легкая переносимость пациентами и минимальное количество противопоказаний. К недостаткам методики следует отнести невозможность забора материала для патогистологического исследования и достаточно высокую стоимость. Материалы и методы. В отделении эндоскопии ГБУЗ «ККБ№2» г. Краснодар за период с 2013 по 2021 гг. ретроспективно был проведен анализ историй болезни 110 пациентов. Мужчин было 62 (56,3%), женщин 48 (43,6%). Возраст пациентов варьировал от 29 до 60 лет. При возникновении рубцовых стриктур (осложнение Болезни Крона) есть риск «задержки» видеокапсулы в глубоких отделах тонкой кишки. Сотрудниками отделения было разработано и внедрено в практику «Устройство для коррекции местонахождения видеокапсулы в тонкой кишке» (приоритет по заявке на патент на

изобретение № 2021102034 от 28.12.2020 г.). Целью данного изобретения являлась разработка устройства, позволяющего при необходимости быстро и надежно фиксировать видеокапсулу и перемещать ее по просвету кишечника. Полученные результаты. При видеокапсульном исследовании мы выявили патологию у 85 (77,2%) пациентов, и исключили у 25 (22,7%). После выявления патологического очага пациентам назначалась баллонно-ассистированная энтероскопия с целью взятия биопсии и определения дальнейшей тактики лечения. Выявленные находки: GIST тощей кишки-12, GIST-подвздошной кишки-10, Субкомпенсированная рубцовая стриктура тощей кишки с безоаром-1, Множественные полипы тощей и подвздошной кишки (с-м. Пейтца-Егерса)-29, опухоль подвздошной кишки - 33. В ряде случаев (GIST тощей кишки и подвздошной кишок) выполнено точное определение расстояния от образований до связки Трейтца и баугиниевой заслонки и выполнены лапароскопические резекции тонкой кишки. В остальных случаях тактика ведения включала в себя эндоскопические методы лечения. Выводы. Пациенты с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения нуждаются в назначении видеокапсульного исследования, если при проведении диагностической эзофагогастродуоденоскопии и видеоколоноскопии не выявлен источник кровотечения. Видеокапсульная эндоскопия позволяет получить недоступные ранее данные о глубоких отделах тонкой кишки и вывести эндоскопическую диагностику на новый, качественный уровень.

733. Анализ ранних результатов различных методов открытой задней сепарационной пластики у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами W2 срединной локализации

*Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2),
Андряшкин А.В. (1,2), Глаголев Н.С. (1,3),
Мамадумаров В.А. (2), Буренков Я.А. (1),
Калинина А.А. (1), Лобан К.М. (1,2)*

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
- 2) ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, 3) ГКБ 29 им. Н.Э.Баумана ДЗМ

Актуальность. На сегодняшний день проблема лечения послеоперационных вентральных грыж по-прежнему актуальна. Нет единого безопасного подхода в лечении пациентов с данной патологией. Что касается грыж больших размеров, то целесообразным является применение методов задней сепарационной пластики. В 2008 г. А.М. Carbonell предложил вариант сепарационной пластики с диссекцией в пространстве между внутренней косой и поперечной мышцами живота. Несмотря на то, что по данным автора методики имелись положительные результаты и минимальное количество рецидивов - методика не нашла активного развития среди хирургов, однако публикаций являющихся основой для этого не найдено. В 2012 году Y.W. Novitsky описал новый вариант задней сепарационной пластики с освобождением поперечной мышцы живота (TAR). В основу данной методики легли особенности строения передней брюшной стенки и иннервации прямой мышцы живота. На сегодняшний день существует множество исследований, позволяющих утверждать, что TAR-пластика является безопасным и эффективным методом лечения больших послеоперационных грыж. В то же время нет ни одного исследования, сравнивающего вышеупомянутые варианты герниопластики. Материалы и методы: Исследование представляет собой ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в период с 2017 по 2019 гг включительно на базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ. В первую группу были включены 34 пациента, перенесших TAR-пластику. Во вторую группу включены 28 пациентов, перенесших заднюю сепарационную пластику по методике А.М. Carbonell. Критерием включения являлись пациенты с послеоперационными вентральными

грыжами срединной локализации и диаметром грыжевых ворот от 5 до 10 см (W2 по классификации Европейского герниологического общества (European Hernia Society)). Соотношение женщин и мужчин в первой группе было 56% и 44% соответственно, во второй группе 57% и 43%. Средний возраст в группе TAR составил 59±10 лет, в группе Carbonell - 61±10 лет. Критериями исключения являлись: грыжи иной локализации (например, боковые), односторонний вариант задней сепарационной пластики и симультанные операции. Результаты: Обе группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела и диаметру грыжевого дефекта. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при выполнении TAR-пластики составила 190±55 минут, при выполнении сепарационной пластики по методике А.М. Carbonell 159±40 минут ($p=0.016$). Статистически значимая разница в пользу второй группы отмечена по количеству койко-дней (7±1 и 5±1, $p < 0.001$) и длительности стояния дренажей (3.5±1.5 суток и 5.2±1.6 суток, $p=0.003$). После выполнения TAR-пластики больные чаще наблюдались в ОПИТ в раннем послеоперационном периоде по сравнению со второй группой (56% и 21%). Среди осложнений в первой группе по классификации Clavien-Dindo: I тип - 29%, II - 6%, III - 9%, IV - 3%. Во второй группе (Carbonell) - I тип - 32%, III - 4%, V - 4%. Обсуждение. Чуть ли не ежедневно появляются новые виды проведения операций, что зачастую связано с техническим прогрессом (новые инструменты, нити и пр.). Несмотря на это проведение анализа результатов лечения этих сложных пациентов не всегда проводится. Скорость появления новых методик превышает скорость их анализа. Несмотря на то, что в настоящем исследовании непосредственных результатов отмечены положительные результаты задней сепарационной пластики по методу А.М. Carbonell, с точки зрения анатомии тако вариант оперативного вмешательства имеет ряд недостатков. При выполнении мобилизации между внутренней косой и поперечной мышцами нельзя избежать пересечения конечных ветвей торакоабдоминальных нервов (ThVII - ThXXII) иннервирующих прямые мышцы живота и проходящих в пространстве между внутренней косой и поперечной мышцами живота. Так же имеется недостаточное количество исследований по отдаленным результатам TAR-пластики с визуализацией анатомии передней брюшной стенки. Выводы. Непосредственные результаты различных вариантов открытой задней сепарационной пластики таковы, что задняя сепарационная пластика по методике А.М. Carbonell

имеет ряд преимуществ по сравнению с TAR-пластикой при срединных грыжах W2 по скорости проведения операции, времени пребывания в отделении реанимации. Что касается группы в которой проводилась TAR-пластика - были лучшие результаты по срокам пребывания в стационаре, длительности стояния дренажей. Что касается ранних осложнений, то статистически значимых различий среди групп выявлено не было. Представленные методики открытых методов задней сепарационной пластики являются эффективными в раннем послеоперационном периоде и способствуют закрытию фасциальных дефектов после проведения грыжесечения. Тем не менее для оценки преимуществ одной методики над другой необходимо проведение исследований отдаленных результатов и качества жизни пациентов.

734. Опыт лечения пациентов с свежим повреждением желчных протоков

Мовсисян М.О. Новожилов А.В.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Ятрогенное повреждение желчных протоков остается одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем хирургии. Тенденции к снижению количества повреждений нет. Травма билиарного дерева приводит к тяжелым последствиям для пациента, вплоть до глубокой инвалидизации и летального исхода. Для медицинского учреждения это осложнение приводит к серьезным репутационным, экономическим и юридическим последствиям. Наиболее часто повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) происходит при холецистэктомии (0,06-3,5%), лапароскопическом доступе (0,3-3%) и классической холецистэктомии (0,1-1%). Цель. Впервые изучить количество случаев повреждений желчных протоков в области, выявить причины и факторы, на основании которых предложены возможные варианты профилактики. Материалы и методы. Проведено ретроспективное поперечное исследование с пополнением базы

данных. В исследование включены пациенты с повреждением внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде, находившиеся на лечении в ИОКБ в период с 2016-2021 гг. Больные с признаками повреждения ВЖП в позднем послеоперационном периоде в базу данных не включались. Данные представлены в виде медианы с 25%-75% квартилям. Оценка значимости различий определена с помощью критерия U (Манна-Уитни) и критерия Хи-квадрат. Статистическую значимость различий считали установленной при уровне $p < 0,05$. Всего в исследование включен 21 пациент, по полу преобладали женщины (76%, 16), в возрасте от 21 до 58 лет. Результаты. У большинства пациентов (62%, 13) холецистэктомия выполнялась по поводу острого калькулезного холецистита. В структуре первичных операций преобладали холецистэктомии из лапароскопического доступа (28%, 6), большая часть из которых (5 случаев) закончилась конверсией. Большинство пациентов – 12 (57%), поступило в нашу клинику с наружным желчным свищом, с клиникой механической желтухи госпитализировано 5 (24%) пациентов, 3 были доставлены с яркой клиникой желчного перитонита. В одном случае у пациента развилась острая печеночная недостаточность вследствие комбинированной травмы внепеченочного желчного протока и правой печеночной артерии. Подавляющему числу пациентов (16, 76%) выполнялась гепатикоеюностомия на отключенной по Ру-петле тонкой кишки с наружно-внутренним дренажом по Фелькеру (рис), при этом в двух случаях формировался анастомоз с каждым из долевого протоков, путем создания общей площадки по Гальперину. Послеоперационные осложнения развились у 4 (19%) пациентов. Летальность была в одном случае, что составило 5%. Заключение. Учитывая сохраняющуюся актуальность представленной темы важным аспектом является обучение хирургов городских и центральных районных больниц области, с этой целью читаются лекции для клинических ординаторов и практикующих хирургов, проводятся регулярные выездные мастер-классы по лапароскопической холецистэктомии. Предлагается широкое применение «критического взгляда безопасности» В ИОКБ разработан медицинский технологический стандарт (МТС) лапароскопической холецистэктомии, который утвержден приказом главного врача, включающий процедуру «time out» для оценки достижения «критического взгляда безопасности» перед пересечением тубулярных структур гепатодуоденальной связки. По результатам устного

опроса хирургов области, выявлено, что ни в одном из стационаров врачи не предупреждают, либо не разъясняют пациентам вероятность и последствия такого осложнения, как повреждение внепеченочных желчных протоков. В нашей клинике разработана форма добровольного информированного согласия пациента на холецистэктомию, включающая в себя информацию о возможной травме желчных протоков и ее последствиях. Данная форма предложена для внедрения в других лечебных учреждениях области. Оптимальным вариантом реконструкции следует считать формирование билиодигестивного соустья на отключенной по Roux петле тонкой кишки. Любые вмешательства на желчных протоках по поводу их ятрогенного повреждения должны выполняться в специализированных клиниках, оснащенных современными методами диагностики и лечения, а также хирургами, имеющими большой опыт гепатобилиарной хирургии.

735. Тяжелая сочетанная травма и политравма – многопрофильная клиническая патология и актуальная мультидисциплинарная проблема

Завражнов А.А. (1,2), Гуманенко Е.К. (1), Супрун А.Ю. (3), Соловьев И.А. (2), Жаровских О.С. (1,2), Дедов А.В. (1,2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрав России, 2) СПб ГБУЗ «Мариинская больница», 3) ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Актуальность проблемы тяжелых сочетанных травм (ТСТ) и политравм определяется, прежде всего, её многопрофильностью и мультидисциплинарностью, что является причиной многочисленных дискуссий по актуальным вопросам: 1) определение понятий и классификация ТСТ и политравм, 2) методология объективной оценки их тяжести в целом и отдельных повреждений, тяжести состояния пострадавших при поступлении и в динамике травматической болезни (ТБ), 3) стратегия лечения

пострадавших и тактика лечения повреждений отдельных областей тела. Материалом исследования явились клинические характеристики и исходы лечения 336 пострадавших с ТСТ и политравмами, которым оказывалась специализированная реаниматологическая помощь (СРП), экстренная многопрофильная специализированная хирургическая помощь (МСХП) и осуществлялось высокотехнологичное лечение ТБ в травмоцентрах 1-го уровня крупных стационаров Санкт-Петербурга: ГБУЗ «Мариинская больница», ГБУЗ «Елизаветинская больница» и клиника военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 2012 по 2017 гг. Репрезентативный клинико-статистический анализ результатов лечения пострадавших выполнен при использовании системы медико-биологических программ STATISTICA 10.0 for WINDOWS. Результаты исследования. Клиническая характеристика пострадавших по тяжести представляется следующим образом. Среднее количество повреждённых областей тела составило $3,4 \pm 0,1$. Общая тяжесть повреждений составила: по индексу ISS – $24,1 \pm 0,5$; по NISS – $29,3 \pm 0,7$; по шкале ВПХ-П (МТ) – $10,4 \pm 0,5$ баллов. Ведущими повреждениями были: голова – 22,7%; шея – 2,1%; грудь – 17,8%; живот – 10,0%; таз – 11,8%; позвоночник – 5,1%; конечности – 30,5%. Тяжесть состояния пострадавших при поступлении в травмоцентр 1-го уровня составила 29,4 балла по шкале ВПХ-СП, что соответствовало верхней границе субкомпенсации. В клиническом аспекте тяжёлое состояние пострадавших проявлялось в виде острых патологических состояний: травматический шок – 66,8%; травматическая мозговая кома – 18,1%; острая дыхательная недостаточность – 11,8 и острая сердечная недостаточность при ушибе сердца – 3,3%. Причинами тяжёлого состояния пострадавших были как тяжёлые повреждения жизненно важных органов, крупных сосудов, крупных костей, так и их жизнеугрожающие последствия: асфиксия (1,5%), наружное кровотечение (12,1%), внутреннее кровотечение (24,2%), сдавление головного мозга (20,5%), напряжённый пневмоторакс (12,1%), тампонада сердца (0,3%). Все пострадавшие нуждались в мероприятиях СРП: в гемотрансфузиях – 76,7%, в инотропной поддержке кровообращения – 49,8%, в искусственной вентиляции лёгких и респираторной поддержке – 58,9%. Все пострадавшие нуждались в экстренной МСХП и 37,5% - в последующей плановой МСХП. Среди всех оперативных вмешательств удельный вес неотложных операций составил 28,1%, срочных – 19,7%, отсроченных – 31,0%, плановых – 21,2%. В

среднем, одному пострадавшему выполнены 1,8 оперативных вмешательств. Выполнены следующие виды МСХП: нейрохирургическая – 25,6%, челюстно-лицевая – 2,2%, оториноларингологическая – 1,5%, торакоабдоминальная – 27,8%, урологическая – 5,2%, травматологическая – 74,8%. При крайне тяжёлых повреждениях живота в 7 случаях применялась тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХЛ) «Damage control surgery» - 2,1%. У 39 пострадавших с нестабильными множественными переломами костей таза (11,8%), у 17 пострадавших с нестабильными переломами позвоночника (5,1%) и у 167 пострадавших со всеми видами переломов ДТК (50,5%) применялась тактика ЗМХЛ «Damage control orthopedics». В последующие периоды ТБ всем пострадавшим проводилось дорогостоящее лечение ПОД/ПОН, инфекционных осложнений травм, восстановительное лечение, в процессе которого 124 (21,2%) выполнялись высокотехнологичные плановые оперативные вмешательства на всех областях тела. Ближайшие исходы лечения: осложнения ТБ – 30,0%, летальность – 20,2%, средний срок стационарного лечения – $34,6 \pm 1,7$ суток. Заключение. ТСТ и политравма являются многопрофильной клинической патологией, что объясняется, во-первых, самой сущностью этих видов травм – множественностью повреждений областей тела (голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности) и множественностью повреждений органов, костей и тканей в пределах каждой области. Во-вторых, все пострадавшие с ТСТ и политравмами нуждаются в мероприятиях СРП и в экстренной МСХП. В-третьих, в диагностике повреждений и лечении пострадавших с этими видами травм участвуют практически все медицинские специалисты. Поэтому пострадавшие с ТСТ и политравмами должны лечиться только в травмоцентрах 1-го уровня крупных стационаров. ТСТ и политравма являются мультидисциплинарной проблемой, поскольку в исследовании, изучении и преподавании её актуальных вопросов участвуют специалисты разного профиля и прежде всего, хирурги и травматологи.

736. Хирургическая тактика респираторно-пищеводных свищей в ГБУ РД РКБ

*Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М.,
Магомедов С.З., Магомедов А.А., Бабаев М.Р.,
Масуев М.А., Рамазанова Б.М.*

Махачкала

Республиканская клиническая больница, отделение
торакальной хирургии

Лечение больных с респираторно-пищеводными свищами остается одной из сложных проблем в торакальной хирургии несмотря на постепенное улучшение диагностических возможностей и оперативной техники. Сложность эта обусловлена тяжестью клинических проявлений самого свища, возникающими в последующем грозными осложнениями, тяжестью и характером предшествующих заболеваний, травм, и обреченностью больных без хирургического вмешательства. Вместе с тем операции по поводу респираторно-пищеводных свищей часто сопряжена тяжелыми осложнениями и высокой летальностью, которая может достигать до 10-15 %. В отделении торакальной хирургии РКБ г.Махачкала за последние 20 лет нами наблюдались 34 пациента с респираторно-пищеводными свищами. Из них 25 пациентов с трахео-пищеводными свищами, в том числе у 1 пациента рецидивный трахеопищеводный свищ после операции в детском возрасте по поводу врожденного трахео-пищеводного свища, у 7 пациентов свищ развился на фоне распространенного рака трахеи с прорастанием пищевода и распадом; 2 пациента с бронхо-пищеводными свищами, в том числе у 1 на фоне легочных проявлений болезни Бехчета в виде хронического абсцесса нижней доли левого легкого. Этиология приобретенных респираторно-пищеводных свищей разнообразна, основным фактором при наших наблюдениях была механическая травма (25(73,5%) случаев), запущенные опухоли пищевода и трахеи (7 (20,6%) случаев), в редких случаях химический ожог пищевода (1 (2,9%) случай), абсцедирующая пневмония (1(2,9%) случай). Патогенез респираторно-пищеводных свищей определяется в основном этиологией, но ведущими факторами являются воспаление и некроз. Клинические проявления респираторно-пищеводных свищей разнообразны, определяются проявлениями самого свища, заболеваниями, травмами, на фоне чего развился свищ, последующими осложнениями. Основным и постоянным симптомом наличия

свища является поперхивание при приеме жидкости, пищи, сопровождающееся кашлем с мокротой, в которой имеются примеси съеденной пищи, жидкости, крови. Другие проявления респираторно-пищеводных свищей проявляются в той или иной степени и непостоянны. Большую диагностическую ценность представляют эндоскопические и рентгенологические методы исследования по выявлению свища. При этом, учитывая клинические проявления и анамнестические данные, диагноз выставляется без особых затруднений. Эндоскопически свищ был диагностирован у 32 пациентов, при этом выявление устья свища облегчалось введением в пищевод растворов красителей, у 2 пациентов-при МРТ. Компьютерная и магнитно-резонансная томографии помогают в оценке состояния свища, прилежащих органов и тканей, что облегчает в выборе тактики и доступа оперативно-го вмешательства. Определение тактики лечения респираторно-пищеводных свищей является сложной проблемой. Спонтанного заживления свища не наблюдается. Консервативное лечение дает временный эффект, облегчает состояние больного, уменьшает риск тяжелых осложнений. Поэтому в лечении респираторно-пищеводных свищей основным методом является хирургическое вмешательство. Хирургические операции, проводимые по поводу респираторно-пищеводных свищей, делили на паллиативные и радикальные. Паллиативные операции проведены 8 пациентам как подготовительный этап к радикальному хирургическому лечению, 7 - как единственно возможная помощь по поводу распадающихся с прорастанием в пищевод (или наоборот) опухолей трахеи (или пищевода). Радикальные хирургические вмешательства выполнены 19 пациентам. Радикальная операция состоит в разобщении патологического соустья между дыхательными путями и пищеводом. Дефект трахеи, бронхов закрывали однорядным швом через все слои, для лик-видации дефекта пищевода - 2- или 3-рядный шов. Основным моментом хирургической тактики после ушивания дефектов в трахее или бронхе и пищеводе является разобщение линий швов на этих органах. Для этого линию швов на пищеводе укрывают лоскутом париетальной плевры, перикарда на ножке, кивательной или межреберной мышцей, с их подшиванием непосредственно по линии швов или вокруг них, либо производят ротацию пищевода. Оперативными доступами были использованы: цервикотомия слева у 14 пациентов, боковая торакотомия слева у 1 пациента, при этом в последнем случае объем оперативного

вмешательства был расширен нижней лобэктомией легкого, у 2 пациентов объем операции расширен трахеопластикой с установкой Т-образной трубки по поводу рубцово-грануляционной стриктуры шейно-верхнегрудного отдела трахеи, 2 пациентам проведены разобщения свищей с циркулярной резекцией трахеи, ввиду появляющихся после разобщения рубцовых стриктур в зоне разобщенного свища. В ранний послеоперационный период у 1 пациента наблюдался шейный пищеводно-кожный свищ, который закрылся консервативными мероприятиями. Отдаленное послеоперационное состояние хорошее у 15 пациентов, удовлетворительное - у 3, которым по поводу умеренно выраженного стеноза пищевода на уровне ликвидации свища проводились сеансы баллонной дилатации. Полученные результаты лечения больных свидетельствуют о том, что хирургическая тактика при респираторно-пищеводных свищах является методом выбора. В последнее время внедрены циркулярные резекции трахеи в зоне свища с ушиванием дефекта пищевода двухрядным швом, что считаем более приемлемым методом, ввиду наблюдавшихся рубцовых стриктур трахеи после разобщений трахео-пищеводных свищей.

737. Коррекция психосоматических расстройств у пациентов с хирургическими заболеваниями эндокринных органов

Зеленкова-Захарчук Т.А., Рослякова А.А.

Москва

ФГБУ "НМИЦ эндокринологии" Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день во всем мире наблюдается увеличение распространенности психосоматических расстройств среди пациентов с эндокринными заболеваниями, требующими хирургического лечения. Цель. Предложить алгоритм ведения хирургических пациентов с эндокринными заболеваниями и психосоматическими расстройствами в периоперационном периоде. Материалы и методы. Выборочные 146 стационарных пациентов с психосоматическими расстройствами,

госпитализированных для проведения хирургического лечения, консультированы психиатром в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России в период с 2018 по 2021 гг. Эндокринные заболевания у 42 (29%) больных представлены узловым зобом, в том числе, в сочетании с гипотиреозом, в 28 (19%) – тиреотоксикозом, 25 (17%) – гиперпаратиреозом, 22 (15%) - папиллярным раком щитовидной железы, 18 (12%) - гормонально-неактивными опухолями надпочечников, в 11 (8%) - адренокортикальным раком. Психосоматические расстройства представлены в 38% случаев (55 больных) нозогенными реакциями в связи с необходимостью оперативного вмешательства, в 62% (91 больной) - хроническими психогенными и психогенно спровоцированными депрессивными расстройствами, тревожно-депрессивными расстройствами, тревожно-фобическими расстройствами, диссоциативными расстройствами. 93% пациентов с психогенными и психогенно спровоцированными хроническими депрессивными и невротическими расстройствами имели в анамнезе функциональные эндокринные нарушения (гиперкортицизм, гиперальдостеронизм, гипотиреоз, тиреотоксикоз, гиперпаратиреоз), не диагностированные в течение 1.5 лет и более. Все пациенты с адренокортикальным раком имели в анамнезе хронические нелеченные депрессивные расстройства, т.е. нозогенные реакции, обусловленные поздним диагностированием рака, развивались на фоне уже имеющейся психопатологии (психогенно (нозогенно) спровоцированные ухудшения). Длительность хронической психопатологии составила от 2 до 30 лет (в среднем $12 \pm 4,5$ лет). Всем пациентам была назначена психофармакотерапевтическое лечение в минимальных терапевтических дозах. Результаты. Нозогенные тревожно-депрессивные реакции у больных с папиллярным раком щитовидной железы и адренокортикальным раком носили острый характер проявлений тревоги, с фиксацией на негативно окрашенных мыслях, со страхами скорой и неминуемой смерти, повышенной слезливостью, отчаянием, нарушениями сна, и требовали медикаментозной терапии. Важной особенностью введения пациентов с диагнозом адренокортикального рака является невозможность промедления в проведении хирургического вмешательства и, соответственно, необходимость быстрой психокоррекции. Периоперационная помощь таким пациентам включает назначение быстродействующих транквилизаторов (клоназепам, лоразепам, альпразолам) в малых

дозах (1/4 - 1/2 табл по состоянию или парентерального ведения диазепамом, феназепамом 1-2 мл) с целью купирования приступов паники, ночных антидепрессантов (тразодон 50-150 мг на ночь, мirtазапин 15-60 мг на ночь), мягких нейрорептиков (хлорпротиксен 7,5-100 мг на ночь, алимемазин 2,5-40 мг на ночь, флюпентиксол по 0,5-2 мг утром и днем) для уменьшения тревоги и нормализации сна. В постоперационном периоде назначаются современные длительно разгоняющиеся антидепрессанты (эсциталопрам 10-20 мг утром, сертралин 50-300 мг/сут, флувоксамин 50-300 мг/на ночь, дулоксетин 60-120 мг/сут, венлафаксин 75 – 300 мг в день и др) для нормализации настроения, редукции невротической симптоматики, восстановления стрессоустойчивости и адаптационных ресурсов. У всех пациентов, которым проводилась терапия психосоматических расстройств, отмечено купирование симптоматики. Выводы. Улучшение качества медицинской помощи на современном междисциплинарном уровне невозможно без включения консультации психиатра, специализирующегося в общесоматической сети, в алгоритм ведения хирургических пациентов. Очевидно, что без лечения ментальных нарушений в периоперационном периоде не только обостряется хроническая психопатология, но и возникает риск развития соматогенных психозов, требующих более длительного нахождения в реанимационном отделении, удлиняющих период восстановления и негативно сказывающихся на прогнозе онкоэндокринных заболеваний. Для полного восстановления адаптационных ресурсов и стрессоустойчивости необходимо продолжить лечение не менее 1 года.

738. Торакоскопические вмешательства в лечении эхинококкоза легких

*Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Ильясов К.М.,
Магомедов С.З., Бабаев М.Р., Магомедов А.А.,
Масуев М.А., Рамазанова Б.М.*

Махачкала

Республиканская клиническая больница, отделение торакальной хирургии

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении эхинококкоза, определение тактики лечения этой патологии и в XXI веке остается порой трудной задачей при множественном и сочетанном эхинококкозе. Особенно эта задача острее встает перед хирургом именно в неэндемичных по эхинококкозу зонах, где с этой патологией сталкиваются редко, часто проводятся неоправданно большие объемы оперативных вмешательств, резекции органов и т.д. В настоящее время единственным эффективным методом лечения эхинококкоза легких является хирургический. Предложено более 10 способов хирургических вмешательств. Однако нет единой методики удаления паразита и обработки остаточной полости, точных показаний к различным видам операций. Наиболее значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза легких следует считать широкое использование закрытых радикальных методов эхинококкэктомии, часто с применением прецизионной техники и видеоторакоскопии. За последние 30 лет под нашим наблюдением находилось 856 пациентов с эхинококкозом легких, из них мужчин - 475, женщин - 393. Наибольшее число случаев отмечается у лиц молодого и среднего возраста. У 481 пациента был неосложненный эхинококкоз, у 375 - осложненный. Множественный эхинококкоз легких выявлен у 120 пациентов, из них у 78 кисты располагались в одном легком, у 42 в обоих легких. Сочетанный эхинококкоз легкого с поражением печени или других органов отмечен у 86 больных. Характер и методика оперативного вмешательства при эхинококкозе легких зависит от особенностей поражения, размеров и числа кист и сопутствующих осложнений. При эхинококкозе легкого мы предпочтительно отдавали раньше торакотомии, определив заранее рентгенологически точную локализацию кисты. С появлением компьютерной томографии (КТ, МСКТ), магнитно-резонансной томографии, УЗИ-аппаратов экспертного класса, мы больше прибегаем к малым доступам,

прецизионной технике и видеоассистированным (ВАТС) операциям, в связи с отсутствием необходимости тщательной пальпации легкого, печени через диафрагму и т.д. Нами выполнены следующие операции: операция по А.А.Вишневскому - 141, капитонаж по Дельбе- 227, операция Боброва-Спасокукоцкого - 45, различные виды резекции легкого- 72, комбинированные операции - 118, операции с использованием ВАТС - 82, операции по собственной методике (КПВШ) – 33, экстирпация эхинококковой кисты- 14, идеальная эхинококкэктомия- 19, одномоментная операция на легком и печени- 59, одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия торакотомными доступами - 21, ВАТС - 5, продольной стернотомией - 11, дренирование ложа кисты - 9. Удаление эхинококкового пузыря с фиброзной оболочкой также, как резекция легкого, абсолютно гарантирует от возможности загрязнения операционного поля и плевральной полости содержимым кисты. Оно выполняется только при небольших, поверхностно расположенных кистах, так как при больших кистах, особенно в случаях глубокого их залегания, выполнение этой операции чревато большой травмой ткани легкого, осложнениями, связанными с повреждением сосудов и бронхов. Менее травматичной является энуклеация кисты без повреждения кутикулярной оболочки, такая операция также выполняема при небольших кортикально расположенных кистах. При больших кистах удаление кутикулярной оболочки в целом виде удается редко, часто она повреждается, что приводит к загрязнению раны и плевральной полости элементами паразита. Поэтому эти идеальные методы удаления эхинококковых кист широкого применения не нашли. При больших кистах, что чаще наблюдается, целесообразно предварительно опорожнить кисту проколом иглы, соединенным с электроотсосом, дальше широко вскрыв фиброзную капсулу, удалить спавшуюся кутикулярную капсулу (154 случаев). Более ответственным является вопрос касающийся полости фиброзной капсулы. При неосложненном эхинококкозе, в зависимости от показаний мы применяем все известные методы операций, но предпочтение отдаем капитонажу полости фиброзной капсулы разными способами, он оправдан по своим отдаленным результатам, которые бывают наилучшими. В последние 15 лет мы используем собственную методику капитонажа вертикальными перекрестными швами. При некоторых формах эхинококкоза показаны различные виды резекции легкого. Основным показанием к таким операциям являются необратимые склеротические изменения в

легочной ткани вокруг пузыря, которые развились в результате длительного ателектаза или воспалительного процесса при наличии огромных эхинококковых кист (32 случая). Показанием для краевой резекции легких вместе с паразитом является наличие эхинококковой кисты небольших размеров с краевым расположением (39 случаев). У 20 пациентов с двусторонним эхинококкозом легких операцию выполнили в 2 этапа с перерывом в 1-3 месяца, у 11 пациентов – одно-этапно трансстернальным доступом, у 21 пациента с одномоментными боковыми торако-томиями, в том числе у 5 больных с осложненным эхинококкозом, и у 5 пациентов одно-моментные билатеральные эхинококкэктомии с ВАТС. При сочетанном поражении право-го легкого и печени хирургическая тактика определялась местом локализации эхинококковой кисты в печени. При поддиафрагмальном расположении, отмеченном у 54 пациентов, операция выполнена в один этап, в остальных 5 случаях- в 2 этапа. Среди наших пациентов с осложненным эхинококкозом у 171 пациента был прорыв кисты в бронх, у 62- в плевральную полость, и у 142- нагноение. При прорыве эхинококковой кисты в бронх хирургическая тактика была такой же как при неосложненном эхинококкозе и с такими же благоприятными послеоперационными результатами. Прорыв в плевральную полость требует срочного оперативного вмешательства. Операция в этих случаях заканчивается удалением кутикулярной оболочки, ушиванием бронхиальных свищей, ликвидацией остаточной полости (фиброзной капсулы) одним из способов, санацией и дренированием плевральной полости. В случаях когда ложе эхинококковой кисты по течению имеет характер хронического гнойника с выраженными гнойно-воспалительными изменениями, фиброзом и бронхоэктазами в окружающей ткани показана резекция легкого, объем которой зависит от распространенности процесса. При отсутствии вышеуказанных изменений в окружающей легочной ткани хорошие результаты дают методы закрытой, либо полузакрытой эхинококкэктомии. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пневмония в 19 случаях, ателектаз доли или легкого - в 7, подкожная эмфизема - в 11, внутривидеоплевральные кровотечения - в 3, эмпиема плевры - в 12, бронхиальные свищи - в 16, нагноение раны - в 11, с остаточными полостями выписано 16 больных. Рецидив эхинококкоза отмечен у 10 пациентов, из них у 8 первая операция была по поводу осложненного эхинококкоза, у 2 - неосложненного. У 5 пациентов первая операция выполнена по способу

А.А.Вишневского, у остальных была комбинированная. Торакоскопические операции (87 случаев) по времени протекают в 1,5 раза быстрее открытых методов с подобным объемом оперативного вмешательства, осложнений не наблюдалось. Удельный вес торакоскопических операций растет год за годом. Таким образом, малотравматичное оперативное лечение при эхинококкозе легких с применением оригинальных подходов, одномоментных вмешательств при множественных поражениях, малых доступов и видеоассистенции является наиболее целесообразным и высокоэффективным методом лечения. Хирургические методы лечения эхинококкоза совершенствуются, особенно с развитием эндоскопических технологий и робототехники.

739. Влияние кардиоэзофагеальной липомы в формировании грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов после продольной резекции желудка

Ким Д.А. (1,2), Семенов С.А. (1,2), Гмыза С.В. (1,2), Патрушев П.А. (1,2)

Новосибирск

1) ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2) АО МЦ Авиценна ГК Мать и Дитя

Актуальность. Наличие жирового организованного субстрата в гастроэзофагеальном соединении, кардиоэзофагеальная липома (КЭЛ), является универсальным патогенетическим звеном в формировании грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Предполагается, что под влиянием повышенного внутрибрюшного давления и висцерального ожирения происходит увеличение жирового субстрата и его миграция в пищеводное отверстие диафрагмы с последующим появлением условий для скопления кардии в средостение. Кардиоэзофагеальная липома у бариатрических пациентов, вероятно, принимает непосредственное участие в патогенезе формирования ГПОД в послеоперационном периоде. Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ историй болезни пациентов с

ожирением в период с 2016 по 2019 гг, которым выполнялась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости с контрастированием. Критериями включения стали пациенты с диагностированной КЭЛ без ГПОД, которым в последующем выполнена продольная резекция желудка (ПРЖ). Исключены все пациенты, у которых по данным МСКТ отсутствовала кардиоэзофагеальная липома, пациенты с давностью операции менее 1 года, а также пациенты, отказавшиеся от исследования. В дальнейшем проспективном исследовании приняло участие 16 пациентов. Структура группы была следующей: М:Ж=5:11, средний возраст 45 лет (диапазон от 24 до 56 лет), исходный ИМТ $44,2 \pm 6,8$ кг/м². Пациенты, включенные в исследование, прошли анкетирование с использованием опросников GERD-HRQL и BAROS. Мультиспиральная компьютерная томография была выполнена всем пациентам. Измерение площади висцерального жира осуществляли стандартным методом: на поперечном изображении на уровне середины межпозвонкового диска L4-5. В зоне интереса жировая ткань определялась в окне плотностью от -160 HU до -50 HU. Полученные результаты и обсуждение. Определенный интерес был в исследовании изменений кардиоэзофагеальной липомы после снижения массы тела, а также ее возможное участие в формировании ГПОД. Период послеоперационного наблюдения в среднем составил $18 \pm 6,4$ месяцев (диапазон 12-38 месяцев), при этом снижение избыточной массы тела (% EWL), в среднем, составило $73 \pm 4,6$ % через 1 год (16 пациентов), $78 \pm 6,4$ % через 2 года (8 пациентов), $74 \pm 9,2$ % через 3 года (4 пациента). По системе BAROS (первый компонент) все пациенты отмечали «хороший» и «отличный» результаты. До бариатрической операции средняя площадь внутреннего висцерального жира у пациентов составила см² 314 ± 112 , средняя площадь КЭЛ $14 \pm 4,8$ см². При контрольной МСКТ брюшной полости с контрастированием подсчет площади жира показал, что вместе со снижением ИМТ значительно снижается не только площадь внутреннего висцерального жира, но и площадь кардиоэзофагеальной липомы. Средняя площадь внутреннего висцерального жира составила $121 \pm 23,78$ см², а средняя площадь КЭЛ $5,95 \pm 1,25$ см². При анализе КТ-снимков у 11 из 16 пациентов (68,75 %) диагностирована ГПОД, которая до операции не визуализировалась. У этих пациентов диагноз также подтвержден рутинными исследованиями (ФЭГДС и рентгеноскопия желудка с контрастным веществом). Из 11 пациентов девять

имели характерную клиническую картину и проходили периодические курсы консервативной терапии у гастроэнтеролога. В целом общая сумма баллов у всех 11 пациентов по опроснику GERD-HRQL составила $33,6 \pm 8,14$ с акцентом на симптомы, касающиеся изжоги (сумма баллов по изжоге $26,26 \pm 4,51$). Выводы. Кардиоэзофагеальная липома является важным патогенетическим звеном в формировании грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов после продольной резекции желудка. При наличии кардиоэзофагеальной липомы шунтирующие бариатрические операции, вероятно, более предпочтительны.

740. Диагностические возможности периперационного ведения пациентов с хроническим парапроктитом

Цицкарава А.З., Бугаев С.С., Демин А.Н., Путилова И.В., Измайлова Р.Я.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Актуальность. Свищевая форма хронического парапроктита является сложным заболеванием как в диагностике и определении точного вида и расположения свищевого хода, так и в выборе радикального и эффективного метода хирургического лечения. Рецидивы ректальных свищей при хроническом парапроктите варьируют по различным данным от 3 до 45% в зависимости от проведенной операции. Таким образом, проблема выбора наиболее объективного диагностического метода и как следствие - оптимального хирургического вмешательства остается актуальной для хирургов и колопроктологов. Материалы и методы. С 2019 года в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова проводится проспективное исследование по диагностике и хирургическому лечению пациентов со сложными ректальными свищами после ранее перенесенного острого парапроктита. В настоящее время в группу наблюдения вошли 28 пациентов. Средний возраст пациентов составляет 46,4 лет. В

соответствие с Российскими клиническими рекомендациями, всем пациентам изначально проводится осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование свищевого хода и проба с красителем, а также аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия (при необходимости), сфинктероманометрия. При подозрении на наличие проникновения свищевого хода через волокна наружного сфинктера прямой кишки - пациентам выполняется УЗИ и МРТ органов малого таза и мягких тканей перианальной области. Как альтернативный метод диагностики проводилась КТ зоны прямой кишки и перианальной области с дополнительным контрастированием с целью прицельной визуализации расположения свищевого хода и его отношения к сфинктерному аппарату прямой кишки. Результаты. По итогам вышеуказанных методов диагностики больше половины обследуемых пациентов (81%) имели транссфинктерное расположение свищевого хода, 13% - интрасфинктерные свищи и 6% - экстрасфинктерные. На основании анализа данных, полученных в ходе МРТ и КТ, построена 3D-модель свищевого хода и получена четкая визуализация воспалительного процесса при наличии инфильтратов или гнойных полостей. В результате выбор хирургического вмешательства зависел от степени сложности свища, а также анатомического расположения сфинктерного аппарата и процента его поражения. В зависимости от вида свища выполнялись следующие хирургические вмешательства: иссечение свища в просвет прямой кишки, лазерная термооблитерация свищевого хода, операция LIFT, иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки, этапное комплексное лечение (с проведением дренирующего сетона, лазерной облитерации и иссечения свищевого хода). Обсуждение. Учитывая большой выбор хирургических вариантов лечения ректальных свищей при хроническом парапроктите, большое значение имеет правильная диагностика и верификация воспалительного процесса на этапе предоперационной подготовки. Современные способы обследований, включая УЗИ, МРТ, а также КТ позволяют наиболее точно объективизировать анатомическое расположение свищевого хода и индивидуальные особенности пациента с целью выбора оптимального метода оперативного вмешательства. Выводы и рекомендации. Пациенты со свищевой формой хронического парапроктита требуют полноценной диагностики на дооперационном этапе. Применение МРТ и КТ в периперационном периоде позволяют улучшить

визуализацию воспалительных изменений, сформировать четкий план операции и отслеживать динамику и эффективность используемого метода лечения в периоперационном периоде.

741. Заболеваемость паховой грыжей после радикальных операций забрюшинных органов малого таза

Опул Д.М. (1), Попов С.В. (1), Орлов И.Н. (1), Осипов А.В. (2), Демко А.Е. (2), Иванов А.С. (1), Мурадов Г.Г. (1), Плисс М.М. (1), Осипенков А.Р. (1)

Санкт-Петербург

1) СПбГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки,
2) ГБУ "Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. Паховая грыжа является специфическим послеоперационным осложнением радикальных операций забрюшинных органов малого таза. В исследовании изучается вопрос о частоте возникновения паховой грыжи после различных вмешательств по поводу заболеваний предстательной железы, мочевого пузыря и эректильной дисфункции. Рассматриваются различные хирургические методы профилактики развития паховой грыжи после радикальной простатэктомии, вопросы о необходимости симультанных операций при наличии паховых грыж. Также оценивается разница возникновения паховых грыж после классических методов оперативного вмешательства и лапароскопических методик. Материалы и методы. В ходе исследования, мы включили все оригинальные статьи об исследованиях, предоставляющих данные на заболеваемость паховой грыжей у пациентов, перенесших радикальные операции по поводу локализованных форм злокачественных новообразований предстательной железы и мочевого пузыря, а также проследили результаты лечения на базе урологического отделения СПбГБУЗ Клинической больницы Святителя Луки. Были изучены оригинальные статьи PubMed и EMBASE. Оценка риска систематических смещений проводилась с использованием шкалы Ньюкасла-Оттавы. Результаты. Было изучено 54 оригинальных статьи, в которых описаны результаты лечения 101

687 пациентов. По данным исследований, частота возникновения паховой грыжи составила 13.7% (95%, 12.08±15.4) после открытой позадилонной радикальной простатэктомии; 7,5% (95%, 5,28±9,8) после лапароскопической радикальной простатэктомии и 7,9% (95%, 5,08±10,9) после роботизированной лапароскопической радикальной простатэктомии. В исследованиях, сравнивающих частоту возникновения паховой грыжи после открытой простатэктомии по сравнению с отсутствием лечения, частота случаев возникновения паховых грыж показали значительно более высокую заболеваемость после лапароскопических и роботизированных радикальных простатэктомий по сравнению с контрольной группой (не получавшим лечения или лечившимся консервативными методами лечения). Большинство исследований интраоперационных методов профилактики паховой грыжи продемонстрировали значительно меньшую заболеваемость паховой грыжей в контрольной группе. Паховые грыжи, развившиеся после радикальной простатэктомии, были в основном косыми. Выводы. Выявлена высокая частота возникновения паховой грыжи после радикальной простатэктомии, и грыжи были преимущественно косые. Самая высокая частота возникновения паховой грыжи отмечена после открытой радикальной простатэктомии, затем лапароскопических и роботизированных радикальных простатэктомий. Не было существенной разницы между группами, использующими лапароскопическую и роботизированную методы лечения. Частота возникновения паховой грыжи была значительно выше после открытой радикальной простатэктомии, чем в контрольных группах. Были выявлены перспективные способы хирургических методов профилактики для уменьшения послеоперационной заболеваемости паховой грыжей.

742. Комбинированная оценка жизнеспособности кишки методами лазерной доплеровской флоуметрии и лазерной флуоресцентной спектроскопии

*Трушин А.А., Курсенко Р.В., Зайцев Д.А.,
Вервекин И.В., Беляев М.А., Захаренко А.А.*

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский Государственный
Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Частота несостоятельности межкишечных анастомозов составляет 1-19% [ESCCG 2017]. Визуальные критерии жизнеспособности кишки не обладают высокой чувствительностью и специфичностью [Urbanavicius et al 2011]. Перспективным представляется способ комбинированной оценки микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и окислительного метаболизма способом лазерной флуоресцентной спектроскопии (ЛФС) [Шинкин М.В. с соавт., 2018]. В экспериментальных исследованиях продемонстрировано преимущество оценки жизнеспособности кишки по динамике показателей ЛДФ и ЛФС в жизнеспособном и исследуемом участках кишки в сравнении с известными допустимыми отклонениями [Захаренко А.А. с соавт., 2021]. Материалы и методы. Для оценки клинической эффективности комбинированной оценки жизнеспособности кишки с помощью ЛДФ кровотока и ЛФС восстановленного никотинамиддинуклеотида (НАДН) у 30 пациентов создана модель ишемии правого фланга кишки во время рутинной правосторонней гемиколэктомии по поводу рака толстой кишки. Через 5 минут после мобилизации отдела подвздошной и ободочной кишки оценивали визуальные параметры ее жизнеспособности: розовый цвет, наличие перистальтики, пульсация сосудов брыжейки. Эти параметры оценивали в области немобилизованных жизнеспособных подвздошной и поперечной ободочной кишки, на уровне демаркации кровотока и в области визуальных ишемических изменений в зоне мобилизации. Одновременно в аналогичных участках производилась запись параметров ЛДФ и ЛФС на аппарате «ЛАЗМА-Д» (ООО НПП «ЛАЗМА» Москва). Относительно участка визуальной демаркации кровотока на стенке кишки определяли пороговые для жизнеспособности значения ЛДФ и ЛФС по абсолютным значениям и динамике изменения по сравнению с явно жизнеспособным участком кишки

вне зоны мобилизации. Оценка равномерности значений проведена по критерию Колмогорова – Смирнова. Отличия значений ЛДФ и ЛФС на разных участках ишемии кишки оценивались по критерию Вилкоксона. Статистический анализ проводили в программе «Microsoft Office Excel». Результаты. Средние значения микроциркуляции (перфузионные единицы (п.е.), и амплитуды флуоресценции кофермента НАДН (относительные единицы (о.е.)), по данным ЛДФ и ЛФС составили в области жизнеспособного участка тонкой и толстой кишки: 28,1 п.е., 1,1 о.е. и 30,5 п.е., 1,3 о.е., соответственно; в области демаркации: 24,4 п.е., 1,8 о.е. и 22,9 п.е., 1,9 о.е.; в области ишемии: 14,5 п.е., 2,7 о.е., и 15,3 п.е., 2,6 о.е., соответственно. Для участков жизнеспособных отделов кишки определялась значимая вариабельность абсолютных значений ЛДФ и ЛФС у каждого пациента (25,8-32,4 п.е. для ЛДФ и 0,7-1,6 о.е. для ЛФС), что не позволяло выделить среднее значение для достоверного определения жизнеспособности кишечной стенки. Разница значений ЛДФ и ЛФС между жизнеспособным участком и областью демаркации в тонкой и толстой кишке составила 5,1 п.е., -0,7 о.е. и 5,7 п.е., -0,6 о.е., соответственно. Значения разниц ЛДФ и ЛФС у каждого пациента отличались равномерностью и незначимой вариабельностью, что позволяет применить их для определения жизнеспособности кишки. Чувствительность, специфичность, диагностическая ценность регистрации жизнеспособности кишки при этом составили: 85,6%, 68,9%, 75,8%, соответственно. Обсуждение. Меньшая вариабельность параметров ЛДФ и ЛФС по их разнице между жизнеспособным участком кишечника и участком с пограничными ишемическими изменениями возможна за счет нивелирования оптических помех от константных флуоресцирующих компонентов тканей и устранения индивидуальной изменчивости микроциркуляции и окислительного метаболизма у каждого конкретного организма. Оптимальные показатели чувствительности, специфичности и диагностической ценности оценки жизнеспособности по динамике значений комбинации ЛДФ и НАДН-флуоресценции между жизнеспособным и исследуемым участком кишки определяют перспективность данной методики для применения как дополнительного инструментального критерия в интраоперационной диагностике. Выводы. Комбинированная оценка жизнеспособности кишки ЛДФ кровотока и ЛФС коферментов окислительного метаболизма - объективная методика с потенциалом внедрения в хирургическую практику. Абсолютные параметры

микроциркуляции и окислительного метаболизма значимо переменчивы. Инструментальная оценка жизнеспособности по динамике значений ЛДФ и ЛФС между неизменным и исследуемым участками кишки является персонализированной и может применяться в дополнение к стандартным визуальным критериям.

743. Первый опыт использования ICG при 80 колоректальных резекциях по поводу рака толстой кишки

Павлов Р.В., Бойко Н.С., Новикова А.Д., Черных М.А., Данилин В.Н.

Санкт-Петербург

Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета

Актуальность. На сегодняшний день хирургический подход является основным в лечении колоректального рака. Несостоятельность толстокишечного анастомоза - одно из самых опасных осложнений колоректальных резекций, так как не только может нести опасные для жизни последствия, но и оказывать негативное влияние на отдаленные онкологические результаты лечения пациента. Соблюдение онкологических стандартов наряду с органосохраняющими тенденциями требуют повышенного внимания к вопросу кровоснабжения зоны анастомоза. Интраоперационное использование флуоресцентной визуализации является одним из наиболее эффективных методов определения достаточной перфузии кишки, что позволяет снизить риск несостоятельности в послеоперационном периоде. Материалы и методы. На базе нашей клиники было проведено проспективное когортное клиническое исследование для оценки эффективности интраоперационного использования индоцианина зеленого (ICG) в предотвращении несостоятельности толстокишечных анастомозов. В исследование было включено 180 пациентов, которым была выполнена колоректальная резекция с формированием анастомоза по поводу рака ободочной кишки. В экспериментальную и

контрольную группы было включено по 80 человек. Пациентам экспериментальной группы после формирования анастомоза производился контроль перфузии с использованием ICG в ближнем инфракрасном спектре светового излучения. У пациентов контрольной группы оценка кровоснабжения производилась иными способами (визуально, острым способом). Частота несостоятельности анастомозов оценивалась на 14 сутки после операции. Результаты. Частота несостоятельности анастомоза суммарно составила 5%(n=9). В группе с использованием ICG несостоятельности толстокишечного анастомоза не наблюдалось. В экспериментальной группе интраоперационно у 7 пациентов было обнаружено подозрение на недостаточное кровоснабжение в зоне анастомоза. Всем 7-и пациентам была выполнена резекция анастомоза под контролем ICG. Во всех случаях возникновения несостоятельности принимались меры в соответствии с текущими рекомендациями. Выводы и обсуждения: Визуализация с использованием ICG в ближнем инфракрасном спектре светового излучения является перспективным методом интраоперационного определения риска возникновения несостоятельности анастомоза. Однако для более точной оценки необходимо проведение рандомизированного клинического исследования с большей выборкой. Рекомендации. Нам представляется крайне эффективным интраоперационное использование ICG для оценки сниженной перфузии в зоне анастомоза для снижения риска развития несостоятельности толстокишечного анастомоза.

744. Профилактика флелотромбозов после комбинированной флелэктомии в условиях дневного хирургического стационара

Безуглый А.В., Бутыло И.И., Караиванов Н.С.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

В клинике амбулаторно-поликлинической помощи (дневной хирургический стационар) проанализированы результаты хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью нижних

конечностей после комбинированной флебэктомии (кроссэктомия+ЭВЛК+минифлебэктомия) за 10 лет (2010-2020 гг.). Цель исследования: оценить количество послеоперационных флеботромбозов и определить основные мероприятия по их профилактике. За этот период в нашей клинике прошли обследование, наблюдались и получали лечение 1300 пациентов, страдающих различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей. Минимальный период наблюдения в послеоперационном периоде составил 12 месяцев. У всех пациентов варикозная болезнь являлась первичным заболеванием с наличием патологического вено-венозного рефлюкса в поверхностные вены НК. У 71,2% больных патологический процесс локализовался в системе большой подкожной вены, у 13,5% - в системе малой подкожной вены и у 15,3% выявлено сочетанное одностороннее поражение большой подкожной вены и малой подкожной вены. Всем пациентам была выполнена кроссэктомия с ЭВЛК стволовых подкожных вен и минифлебэктомия варикозно измененных притоков. В послеоперационном периоде антикоагулянтная терапия в виде подкожного введения НМГ в профилактических дозах выполнялась пациентам: с ожирением 2 и выше степени (124 пациента); с флеботромбозом в анамнезе (73 пациента). Контрольная группа составила 1300 пациентов (ДХС г. Санкт-Петербурга) с аналогичными формами ВБВ нижних конечностей без выполнения кроссэктомии во время операции (ЭВЛК+минифлебэктомия). В послеоперационном периоде антикоагулянтная терапия у пациентов контрольной группы не проводилась. В исследуемой группе осложнение в виде флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей после операции было у 3 пациентов (переходная группа по ожирению 1-2 ст.). В контрольной группе осложнение в виде флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей после операции выявлено у 17 пациентов (из них приустевой флеботромбоз у 13). Нами разработаны следующие рекомендации по профилактике флеботромбозов у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в послеоперационном периоде: 1. Антикоагулянтная терапия в виде подкожного введения НМГ в профилактических дозах в течении 3-7 дней после операции у пациентов с высоким риском развития флеботромбоза (ожирение 2 и выше степени; флеботромбозом в анамнезе; длительность операции более 90 минут). 2. Ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде (не позже чем через 60 минут) с систематическим ношением эластического компрессионного

трикотажа 2 класса компрессии на обе нижние конечности не менее 30 суток. 3. Обязательное выполнение кроссэктомии при декомпенсированных формах варикозной болезни и в группах риска по флеботромбозу.

745. Анализ осложнений у пациентов с воротной и внутрипеченочной холангиокарциномой при двухэтапных методах резекции: модифицированная ALPPS и портовенозная эмболизация

Куликова Н.Д., Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г.

Москва

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Введение. Портовенозная эмболизация (ПВЭ) и ALPPS являются методами гипертрофии будущего остатка печени и профилактики послеоперационной печеночной недостаточности. Данные международного регистра ALPPS показывают снижение общего количества осложнений при применении метода ALPPS для пациентов с опухолью Клацкина и внутрипеченочной холангиокарциномой, однако, количество осложнений остается выше, чем у пациентов с небилиарными опухолями. Материалы и методы. В исследовании сравниваются пациенты с воротной и внутрипеченочной холангиокарциномами, разделенные на группы – чрескожная RALPPS и ПВЭ. Группа RALPPS: 13 пациентов, средний возраст пациентов 58,8 лет (39-74), 7 женщин и 6 мужчин. Средний ИМТ 26,2 (21,8–33,28), объем ремнанта до первого этапа 33% (26-41). Группа ПВЭ: 13 пациентов, средний возраст пациентов 60 лет (от 41 до 76 лет), 6 женщин и 7 мужчин. Средний ИМТ 24,2 (28,8–29,39), объем ремнанта до первого этапа 34% (28,7-43). Пациентам выполнена двухэтапная правосторонняя гемигепатэктомия. После первого этапа осложнений не наблюдалось. Результаты. Группа RALPPS промежуток между этапами 23,3 дня (12-53), объем ремнанта перед вторым этапом 42,4% (28–50,7). Средний прирост ремнанта 2,1 %/день (0,31–5,7), ПОПН класса А наблюдалась у 1 пациента (7,7%), тяжелые осложнения II этапа - 5

пациентов (38,4%): IIIb – 3, V – 2 пациента (1 – применялась классическая ALPPS, 1 – перфорация полого органа при дренировании жидкостного скопления). Группа ПВЭ промежутков между этапами 29,1 дня (9-56), объем ремнанта перед вторым этапом 44,2% (38 – 48,8). Средний прирост ремнанта 1,12 %/день (0,64 – 1,17), ПОПН наблюдалась у 4 пациентов (30,7%), 2 – класса А, 2 класса В, тяжелые осложнения II этапа - 1 пациент (7,7%) – IIIb. Проанализированы данные пациентов, у которых наблюдалась печеночная недостаточность: средний возраст 58,6 лет (41-72), 3 мужчины, 2 женщины, пациенты имели сахарный диабет (2 из 5) и 1 пациент ранее получал химиотерапию. Средний ИМТ 24,7 (21,8–28), дни между этапами 38 (22 - 56), объем будущего остатка печени перед II этапом 41,8% (38–44,9). Средний прирост ремнанта 0,69 %/день (0,31-1,12), что значительно ниже общей группы. Заключение. Пациенты, перенесшие двухэтапное лечение с ПВЭ имели большее количество печеночной недостаточности после второго этапа, а пациенты перенесшие модифицированную ALPPS чаще имели осложнения, однако, большинство осложнений не превышали IIIb по Clavien-Dindo. Таким образом, оба метода безопасны и эффективны для получения гипертрофии ремнанта. Для уточнения показаний для каждого из метода необходим больший объем исследования.

746. Аутофлюоресценция околощитовидных желез: первый опыт использования в клинике при операциях на щитовидной железе

Макарьин В.А. (1), Слепцов И.В. (1), Черников Р.А. (1), Семенов А.А. (1), Новокшонов К.Ю. (1), Карелина Ю.В. (1), Бузанаков Д.М. (1), Успенская А.А. (1), Тимофеева Н.И. (1), Горская Н.А. (1), Алексеева С.А. (1), Чинчук И.К. (1), Малюгов Ю.Н. (1), Федоров

Санкт-Петербург

1) КВМТ им. Н.И. Пирогова СПбГУ, Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии, 2) Медицинский факультет СПбГУ, 3) Научный парк, РЦ ОЛМИВ (ресурсный центр Оптические и лазерные методы исследования вещества) СПбГУ

Актуальность. Гипопаратиреоз занимает первое место в структуре послеоперационных осложнений при операциях на щитовидной железе и может достигать от 30 до 67 % случаев у прооперированных пациентов. Такой разброс по встречаемости специфических осложнений обусловлен несколькими факторами: опытом оперирующего хирурга, объемом операции, количеством случайно удаленных околощитовидных желез, повторная или первичная операция на шее, загрудинное расположение зоба, наличие аутоиммунного заболевания. Высокая встречаемость послеоперационного гипопаратиреоза, даже в специализированных центрах требует, разработки новых методов визуализации и контроля функции околощитовидных желез. Один из возможных методов визуализации околощитовидных желез является аутофлюоресценция. Материалы и методы. На базе отделения эндокринной хирургии Клиники высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова Санкт-Петербургского университета (Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии) совместно ресурсным центром «Оптические и лазерные методы исследования вещества» СПбГУ для измерения спектров аутофлюоресценции околощитовидных желез был создан приборный комплекс в составе: полупроводниковый непрерывный лазер возбуждения с длиной волны 785 нм и мощностью 100 мВт (Sacher), оптоволоконный зонд с отдельными оптическими каналами для излучения лазера возбуждения и сбора света аутофлюоресценции (Thorlabs), спектральный

фильтр с длиной волны отсечки 800 нм для подавления рассеянного лазерного излучения (Thorlabs), спектрометр с Пельтье-охлаждаемым ПЗС-фотодетектором и спектральной шириной одновременно регистрируемого спектра около 60 нм. Управление комплексом и регистрация спектров аутофлуоресценции выполнялись с помощью персонального компьютера и оригинального программного обеспечения, численная обработка данных осуществлялась на базе пакета программ Origin. Измерения выполнялись in-vivo в условиях естественного освещения в операционной. Полученные результаты. Первичная апробация метода для 6 пациентов показала отношение сигнала аутофлуоресценции околотитовидной железы к сигналу щитовидной железы в пределах 1,5 - 6. Данные результаты получены для случаев уверенного определения хирургом области снятия спектров как околотитовидная либо щитовидная железа. Обсуждение. Собранный прибор для аутофлуоресценции околотитовидных желез позволяет визуализировать ткань в сравнении с окружающими тканями. Выводы. Аутофлуоресценция околотитовидных желез может быть использована для визуализации в операционной ране, последующее исследование в направлении анализа функции околотитовидных желез также требуется.

747. Опыт трансплантации печени при не-ГЦК опухолях

*Поршенников И.А., Павлик В.Н., Быков А.Ю.,
Коробейникова М.А., Юшина Е.Г., Щёкина Е.Е.,
Саакян Г.С., Кондратьев И.С.*

Новосибирск

ГБУЗ НСО "Государственная Новосибирская
областная клиническая больница"

Введение. Ортотопическая трансплантация печени (ОТП) – признанный и в настоящее время рутинный метод лечения хронических диффузных заболеваний печени. Одно из нередких показаний к ОТП – гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), другие злокачественные процессы весьма редко являются поводом для ОТП ввиду их редкости и/или

противоречивого отношения трансплантологического сообщества, хотя в последнее время появляется все больше публикаций об использовании ОТП при не-ГЦК опухолях. Материалы и методы. В период с 2010 года по январь 2022 года в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» выполнено 328 ОТП 315 реципиентам (11 выполнены ретрансплантации, 1 – две ретрансплантации) в возрасте от 4 месяцев до 69 лет (средний возраст 41±17,2 лет, медиана 44 года). В качестве трансплантатов в 209 случаях была использована целая печень, в 119 случаях – фрагменты печени (112 получено от прижизненных доноров, 7 – от посмертных доноров). У 42 (13,3%) реципиентов ОТП выполнена по поводу злокачественных новообразований, которые у 30 (9,5%) являлись ГЦК (у 5 ГЦК в «нормальной», т.е. нецирротической печени), а у 10 (3,2%) были иными опухолями: в 5 (1,6%) случаях – метастазы колоректального рака, в 2 (0,6%) – эпителиоидной гемангиоэндотелиомой, в 2 (0,6%) – перихилиарной холангиокарциномой, в 1 (0,3%) – метастазами нейроэндокринной опухоли, в 1 (0,3%) – раком терминального отдела общего желчного протока на фоне первичного склерозирующего холангита. Описание случаев и результаты. Метастазы колоректального рака. У всех пациентов первичная опухоль была умереннодифференцированная, в 4 случаях метастатический процесс был синхронным, в 1 – метахронным. В 3 случаях ОТП предшествовали удалению первичной опухоли и системное лечение, в 2 случаях удаление первичной опухоли было выполнено одновременно с ОТП. 2 реципиента соответствовали Oslo Score 2, 1 реципиент – Oslo Score 3, 2 реципиента – Oslo Score 4. Все реципиенты в посттрансплантационном периоде получали адъювантную терапию. Время до прогрессирования, follow-up и актуальный статус реципиентов: случай № 1 – 6 месяцев, 1 год 4 месяца, умерла; случай №2 – 7 месяцев, 3 года 7 месяцев, умерла; случай №3 – 7 месяцев, 1 года 2 месяца, умерла; случай №4 – 1 год 4 месяца, 1 год 11 месяцев, жива; случай №5 – 2 месяца, 3 месяца, жива. Эпителиоидная гемангиоэндотелиома. ОТП выполнена 2 реципиентам. В первом случае ОТП была комбинирована с экстирпацией матки с придатками и тазовой перитонеумэктомией. Оба пациента живы в настоящее время, время наблюдения за ними составляет 9 лет 5 месяцев и 5 лет 8 месяцев. В обоих случаях имела место прогрессия в виде появления метастазов в позвонках с длительным стабильным течением. Перихилиарная холангиокарцинома. У всех пациентов опухоль была IV типа по Bismuth-Corlette, в обоих случаях ОТП была выполнена без

неoadъювантного лечения, в посттрансплантационном периоде они не получали адъювантную терапию. Время до прогрессирования в 1 случае составило 36 месяцев, смерть реципиента через 3 года 4 месяца после ОТП. Второй реципиент жив после ОТП 3 года 5 месяцев без прогрессирования. Метастазы нейроэндокринной опухоли. ОТП выполнена пациентке 34 лет с метастазами нейроэндокринной опухоли брыжейки тонкой кишки G1, которая в 19-летнем возрасте подверглась эксплоративной лапаротомии, диагноз был установлен в 25 летнем возрасте, с этого времени она получала терапию синтетическими аналогами соматостатина. ОТП выполнена в связи с выраженным карциноидным синдромом и элевацией онкомаркеров, во время нее была удалена первичная опухоль. Время наблюдения за пациенткой составляет 11 месяцев. Рак терминального отдела общего желчного протока был установлен интраоперационно у пациента 45 лет, которому выполнялась ОТП по поводу первичного склерозирующего холангита. ОТП была комбинирована в панкреатодуоденальной резекцией. Пациент в посттрансплантационном периоде получил 1 курс адъювантной химиотерапии, лечение прервано по причине неприемлемой токсичности, в настоящее время пациент жив 10 месяцев после ОТП, время до прогрессирования составило 8 месяцев. Выводы. ОТП является противоречивой лечебной опцией при нестандартных показаниях из разряда злокачественных опухолей и может быть рассмотрено у избранных пациентов при строгой селекции.

748. Проблема ранней диагностики болезни Крона тонкой кишки.

Тимербулатов М.В., Гришина Е.Е., Аутова Л.Р.

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ

Актуальность. В последнее время отмечается тенденция к росту пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, в том числе с болезнью Крона. По-видимому, задержка в постановке диагноза в несколько лет - распространенное

явление для болезни Крона. Зачастую первые проявления болезни ошибочно принимают за кишечную инфекцию, функциональное расстройство кишечника, анальные трещины. Это трагичное обстоятельство, так как развитие осложнений напрямую зависит от длительности заболевания. Задержка диагностики более 12 месяцев может привести к отсутствию терапевтического окна для вмешательства до возникновения осложнений заболевания. По данным зарубежных авторов примерно 20-30% пациентов с болезнью Крона уже имеют осложнения заболевания (стриктуру, абсцесс и/или свищ) на момент постановки диагноза. Существуют публикации, согласно которым раннее начало биологической терапии может существенно повлиять на течение заболевания и предотвратить необходимость хирургического лечения. Таким образом, современная концепция раннего эффективного лечения направлена на то, чтобы избежать осложнений и последующего хирургического вмешательства. Более того, современным подходом необходимо считать выделение доклинической фазы развития заболевания, которая определяет период времени от появления первых иммунных нарушений до развития явных симптомов заболевания, и она может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет. В среднем период постановки диагноза растягивается на несколько месяцев, для европейских стран, и на 1-2 года для стран Азии. Поздняя диагностика заболевания чаще всего является достоверным предиктором развития осложненного течения болезни Крона и необходимостью хирургического лечения. Без сомнения, на задержку диагностики существенное влияние оказывает локализация воспалительных изменений. По крайней мере, у 50% пациентов с болезнью Крона имеет место поражение проксимального отдела тонкой кишки, изолированное поражение тонкой кишки встречается в 30% случаев. Изолированное поражение тонкой кишки является фактором риска развития осложнения и хирургического лечения. В такой ситуации задержка в постановке диагноза обусловлена отсутствием специфических симптомов, широкого разнообразия типов и интенсивности заболевания, отсутствием доступных методов ранней идентификации поражения слизистой оболочки тонкой кишки: высокой стоимостью капсульной энтероскопии, отсутствия широкого распространения двухбаллонной энтероскопии и сложностью манипуляции с необходимостью седации. Лучевые методы неэффективны для ранней диагностики, их

чувствительность по различным данным составляет от 5-40%, они могут быть использованы у пациентов с тяжелой формой болезни Крона для исследования осложнений, таких как стриктуры и свищи. А между тем, интересно заметить, что по данным зарубежных исследований поражение тощей кишки связано с более высоким риском образования стриктур и необходимостью экстренного хирургического лечения по сравнению с болезнью Крона других локализаций. Капсульная энтероскопия обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике болезни Крона, входит в клинические рекомендации США, Японии, Европы по диагностике и лечению болезни Крона. Интересно заметить, что именно эндоскопическая оценка слизистой оболочки тонкой кишки может помочь зафиксировать доклиническую стадию развития болезни Крона. К сожалению, данный вид обследования не является широкодоступным для населения нашей страны в виду высокой стоимости эндокапсул. Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с болезнью Крона тонкой кишки. Материалы и методы. Путем ретроспективного анализа архивного материала 4 крупных стационаров города изучены случаи экстренной госпитализации пациентов с болезнью Крона тонкой кишки, структура проведенных операций, связь задержки в диагностике с фактом оперативного лечения. Для определения наличия связи между временем от появления первых симптомов до постановки диагноза применен логистический регрессионный анализ в программе Statistica 10,0. Результаты. С 2015 по 2019 годы в экстренном порядке госпитализировано 136 пациентов с болезнью Крона тонкой кишки, из них 109 пациентов оперировано, умерло 8, диагноз впервые установлен во время экстренной операции у 92 пациентов. Структура проведенных операций: резекция тощей кишки – 6 (5,5%), резекция подвздошной кишки - 44 (39,4%), илеоцекальная резекция – 32 (26,6%), субтотальная колэктомия – 4 (3,7%), илеостомия – 18 (15,6%), колостомия – 5 (4,6%). Среднее время от появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза составило 9,3 мес (min 1- max 25)±5,1. Логистический регрессионный анализ показал статистически значимую зависимость исхода заболевания от длительности постановки диагноза: OR (95% CI) - 0,66 (0,54-0,8); p=0,000047; хи-квадрат = 16,5. Выводы. Длительность диагностического поиска у пациентов с болезнью Крона тонкой кишки является очевидным предиктором развития осложнений и экстренного оперативного лечения.

749. Исследование воспалительного ответа и повреждения сердечной мышцы при кардиорафии узловым швом ранений сердца с применением современного шовного материала у лабораторных свиней через 1 неделю

Цеймах Е.А., Бобров И.П., Ручейкин Н.Ю., Ручейкина В.И., Волженин Д.В., Соколов В.А., Михайлов А.С., Дергунов Д.В.

Барнаул

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Заживление ран сердца протекает с формированием соединительнотканного рубца. Характер рубца зависит от течения раневого процесса, морфологических изменений в ране, шовного материала. Распространенность рубца в раннем и отдаленном периодах приводит к ишемии и падению сократительной способности миокарда. Цель. Изучить степень воспалительного ответа сердечной мышцы у лабораторных свиней при кардиорафии проникающей травмы сердца с применением различного современного шовного материала в эксперименте через 1 неделю. Материалы и методы. 30 вислобрюхих свиней, 5 групп в зависимости от вида шовного материала (USP 3/0): капрон, пролен, викрил, лавсан, PDS. Материалом исследования послужили образцы сердечной мышцы, где наносилось и ушивалось повреждение. Для гистологического исследования образцы сердца фиксировали в 10% формалине в течение 24-48 часов, затем материал парафинизировали по общепринятой схеме. Срезы толщиной 5-7 мкм изготавливали на роторном микротоме, окрашивали гематоксилином и эозином. Результаты. При наложении узлового шва всеми видами шовного материала через 1 неделю после операции в области операционной раны в эпикарде желудочка и предсердия сердца определялись явления активного продуктивного воспаления с образованием того или иного количества крупных «гигантских клеток инородных тел», которые фагоцитировали жировые массы из разрушенных жировых клеток. В миокарде формировалась нежная молодая богатая полнокровными сосудами соединительная ткань. Миокардиоциты находились в состоянии умеренно выраженной вакуольной дистрофии. В предсердии находили аналогичные изменения. При

применении пролена шовный материал окружали лимфоциты и юные фибробласты с крупными ядрами, среди которых располагались продольно расположенные тонкие коллагеновые волокна и значительное количество нейтрофилов. В предсердии гистологические изменения были аналогичны изменениям в желудочке. При применении лавсана в области операционной раны в миокарде были видны очаговые обширные гематомы с высоким содержанием фибрина с признаками организации, периваскулярные инфильтраты и умеренный интерстициальный отек. Миокардиоциты находились в состоянии умеренной вакуольной дистрофии. В предсердии находили идентичные изменения, но отложения фибрина в миокарде были более значительны. При использовании викрила в области раны желудочка обнаруживались изменения, аналогичные предыдущим. В миокарде была видна нежная молодая соединительная ткань, богатая полнокровными сосудами и активными фибробластами с крупными ядрами. Миокардиоциты были в состоянии слабо выраженной вакуольной дистрофии и слабо выраженного интерстициального отека. В предсердии при использовании узлового шва находили такие же гистологические изменения, как и в желудочке. Шовный материал окружали волокна коллагена, среди которых располагались лимфоциты, плазматические клетки, тучные клетки, зрелые фиброциты и множественные «гигантские клетки инородных тел», которые фагоцитировали шовный материал. Встречались единичные нейтрофилы. Отмечалось активное разрастание соединительной ткани и сосудов внутрь пучков шовного материала. В предсердии гистологические изменения аналогичны. При использовании PDS после операции обнаруживались также крупные «гигантские клетки инородных тел», шовный материал удавалось выявить не во всех случаях, но постоянно находили хорошо сформированные фиброзные капсулы. В миокарде определялась молодая соединительная ткань с большим количеством сосудов, фибробластов и тучных клеток, был виден слабый интерстициальный отек, кардиомиоциты находились в состоянии слабой вакуольной дистрофии. В предсердии гистологические изменения аналогичные. Выводы. Таким образом, ушивание ран сердца нитями из нерассасывающегося материала капрона, пролена, лавсана сопровождается воспалительными изменениями в стенке сердца. Заживление раны сердца рассасывающимся шовным материалом нитями викрил, PDS протекает без выраженных

воспалительных изменений, что обуславливает формирование нежного рубца.

750. Риск развития паховой грыжи у больных со злокачественными новообразованиями предстательной железы: мета-анализ

Опул Д.М. (1), Попов С.В. (1), Орлов И.Н. (1), Осипов А.В. (2), Демко А.Е. (2), Иванов А.С. (1), Мурадов Г.Г. (1), Плисс М.М. (1), Осипенков А.Р. (1)

Санкт-Петербург

- 1) СПбГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки,
- 2) ГБУ "Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. Рак простаты - самая распространенная форма рака у мужчин. Наиболее частые осложнения после радикальной простатэктомии - это недержание мочи и импотенция. Однако паховая грыжа - еще одно признанное осложнение радикальной простатэктомии.[BR] Материалы и методы. При исследовании 92 пациентов, паховая грыжа развилась у 11 (12%) в течение 6 месяцев после операции. Это было подтверждено в нескольких последующих исследованиях, показывающие заболеваемость от 6,1% до 22,0%. После лапароскопической радикальной простатэктомии общая заболеваемость паховой грыжей составила 7,5% (99 из 1332). После робот-ассистированной лапароскопической радикальной простатэктомии общая заболеваемость составила 7,9% (1468 из 13018). Также найдены статьи, в которых проводились исследования с контрольной группой, в которые входили пациенты не получившие хирургическое лечение, но вместо этого прошли лучевую терапию, трансуретральную резекцию простаты, биопсию простаты или прошло длительное ожидание до лечения. Данный мета-анализ выявил общую оценку заболеваемости паховой грыжей после радикальной простатэктомии 11,7% (2867 из 22734). В контрольных группах заболеваемость составила 3,3% (5212 из 121408).[BR] В одном исследовании сравнивали открытую радикальную и робот-ассистированную лапароскопическую радикальную простатэктомию.[BR] В исследовании Каплана-

Мейера, 48-месячная заболеваемость паховой грыжи составил 12,2% после открытой радикальной простатэктомии, 5,8% после роботизированной радикальной простатэктомии и 4,4% в контрольной группе.[BR] В другом исследовании сравнивали лапароскопическую и роботизированную радикальную простатэктомию с контрольной группой пациентов, перенесших трансуретральную резекцию опухоли мочевого пузыря. Частота развития паховой грыжи после лапароскопической операции составила 5,3%, 4,2% после роботизированной и 0,5% в контрольной группе.[BR] Также при исследовании было выявлено, что при профилактике формирования паховых грыж преимущество при выполнении рассечения влагалищного отростка брюшины и ушивании дистальнее брюшины.[BR] По данным исследования общая заболеваемость паховой грыжей составила 6,1% (60 из 647). У пациентов, получавших метод пересечения влагалищного отростка общая частота возникновения паховых грыж составила 1,1% (12 из 876).[BR] В другом исследовании общая частота развития паховой грыжи составила у 24,8% пациентов в группе без профилактики, в 18,5% при изоляции семенного канатика и ни в одном случае в группе использующем иссечение влагалищного отростка.[BR] Определить время от выполнения радикального оперативного вмешательства до диагностики или пластики паховой грыжи невозможно из-за высокой степени неоднородности данных, представленных в исследованиях. Однако обнаружено, что большинство паховых грыж развиваются в течение первых 2-3 лет после радикального лечения, в основном грыжи являются косыми.[BR] Выводы. По данным литературы выявлена высокая частота развития формирования паховой грыжи у больных после радикальных вмешательств по поводу локализованных форм злокачественных новообразований предстательной железы. Необходимо создание критериев определяющих риск развития появления и проведение профилактики формирования паховой грыжи у больных с локализованными формами рака предстательной железы. Также определение необходимости проведения симультанных оперативных вмешательств у больных имеющих паховую грыжу.

751.Эндоваскулярное и хирургическое лечение критической ишемии конечностей при COVID-19

Меджидов Р.Т. Джанаев М.З.

Махачкала

ГБУ РД ГКБ г. Махачкала

Введение. Один из грозных осложнений ковид 19 является тромбоз, следствие – критическая ишемия как верхних так и нижних конечностей. Нами в настоящее время накоплен определенный опыт в лечении данных осложнений. Однако вопросы в хирургическом лечении, ведение пациентов в послеоперационном периоде и реабилитации не изучен и является весьма актуальным. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического и эндоваскулярного лечения критической ишемии вызванные коронавирусной инфекцией COVID-19. Материалы и методы. За 2 года работы ковидного госпиталя г.Махачкала оказана помощь 78 пациентам с тромбозами периферических магистральных артерий. Пациентов со всей республики привозили в головной центр ковид 19. Пациентам оказывалась по показаниям эндоваскулярная и хирургическая помощь в экстренном и отсроченном порядке. Возраст варьировал от 46 лет до 87 лет. Мужчин было 56(71.8%), женщин 22 (28.2%). У 47(60.3%) пациентов сахарный диабет 2 типа, у 35(44,9%) гипертоническая болезнь, у 29(37.2%) ишемическая болезнь сердца. Новая коронавирусная инфекция была идентифицирована в 63(80,8) случаях. Объем поражения легких в варианте КТ 1(до 25% поражения) в 20(25,6%) случаях, КТ 2 (25-50% поражения) – 19(24.4%) случаях, КТ 3 (50-75% поражения) – 22(28.2%) случаях, КТ4(75-100% поражения) – 17(21.9%) случаях. Мы распределили случаи критической ишемии по уровню проксимального уровня тромбоза. Тромбоз на уровне аорты – 2(2,56%)случая, тромбоз и атеротромбоз на уровне общей подвздошной артерии(ОПА) в 3(3,85%) случаях, тромбоз и атеротромбоз на уровне наружной подвздошной артерии(НПА) в 15(19,2%)случаях, на уровне общей бедренной артерии(ОБА) в 5(6,4%) случаях, тромбоз на уровне поверхностной бедренной артерии(ПБА) в 14(17,5%) случаях, тромбоз на уровне глубокой бедренной артерии(ГБА) в 3(3,9%)случае, на уровне подколенной артерии (ПКА) в 10(12,8%) случаях, на уровне передней большеберцовой артерии(ПББА), задней большеберцовой артерии(ЗББА), малоберцовой артерии(МБА) в 16(20,5%) случаях, тромбоз на уровне плечевой артерии в 8(10,3%)

случаях, на уровне подключичной артерии в 1(1,3%)случае. Тромбоз шунта в послеоперационном периоде в 1(1,3%)случае. У 78 пациентов выявлено 107 тромботических осложнений. Заключение. Пациенты с критической ишемией нижних конечностей имеют высокий процент вероятности ретромбозов на фоне COVID-19. Ретроградная тромбэктомия из периферических артерий нижних и верхних конечностей отличаются худшими результатами в послеоперационном периоде и осложнениями в виде ретромбозов в сравнении с антеградными тромбэктомиями из периферических артерий. Гибридный подход к лечению критической ишемии, тромбэктомия в сочетании со стентированием приносит желаемый результат и меньше вероятности послеоперационных осложнений в виде ретромбозов.

752. Результаты лечения трансфинктерных свищей с использованием миниинвазивного хирургического вмешательства

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Абдуллаев Ш.А., Джанмурзаев У.И., Абдулмажидов Х.М.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современной колопроктологии являются свищи прямой кишки. Среди всех пациентов проктологического отделения они составляют от 15 до 20%. Консервативные методы лечения свищей дает кратковременный эффект и только оперативные методы лечения в большинстве случаев приводит к излечению от этого недуга. Наиболее часто применяемые хирургические вмешательства – лигатурный метод, иссечение свища в просвет прямой кишки и другие позволяют добиться хороших непосредственных результатов, однако они сопровождается в отдаленном периоде риском развития недостаточности анального сфинктера, достигающей в 50% случаев. Целью данного исследования является улучшение результатов лечения пациентов с трансфинктерными свищами с использованием

миниинвазивного метода хирургического лечения и местного применения спленодимексида для промывания свищевого хода в послеоперационном периоде. Материал и методы. Основная группа включила в себя 25 больных с трансфинктерными свищами, которые были оперированы по разработанной малоинвазивной, сфинктеросохраняющей методике (патент на изобретение № 2715681 от 02.03.2020 г.). В послеоперационном периоде санацию раны производили раствором спленодимексида по разработанной методике (патент на изобретение № 2313352 от 27.12.2007 г.). В контрольную группу вошли 20 пациента, оперированных традиционными методами. В послеоперационном периоде санацию раны производили традиционными антисептиками. В основной группе среди пациентов - 17 мужчин (68 %) и 8 женщин (32 %). Средний возраст мужчин составил 40,3±3,2 года, женщин - 40,1±2,3 года. Пациенты в контрольной группе распределились следующим образом: мужчин 14 (70%), женщин -6 (30%). Средний возраст мужчин этой группы составил 38,2±4,1, женщин 40,1±6,4. Характер, локализацию свища и наличие гнойных затеков определяли с помощью трансректального ультразвукового исследования. Результаты. Оценивая состояние сфинктера прямой кишки у пациентов контрольной группы следует отметить, что в раннем послеоперационном периоде на 5-15 сутки у 4-х пациентов отмечены эпизоды частичного недержания газов. Несмотря на применение различных методов лечения, направленных на стимуляцию сфинктеров, у 2-х больных сохранялись признаки инконтиненции. Во второй, основной группе, ранее послеоперационное осложнение отмечено у 1 пациента в виде тромбоза наружных геморроидальных узлов, который удалось купировать в первые же дни после операции и добиться заживления операционной раны без осложнений, избежав развития рецидива свища. Сроки заживления послеоперационной раны у пациентов основной группы составила 18 ± 3 дней и в контрольной группе 26±4 дней. В отдаленном периоде через 2 года наблюдения в контрольной группе выявлены у 4 (20%) рецидив заболевания, среди которых у 4 пациентов сформировался трансфинктерный свищ с внутренним свищевым отверстием на месте ранее существовавшего. В основной группе у 1 (4%) пациента установлен рецидив заболевания с формированием трансфинктерного свища. Выводы: 1. Разработанный способ лечения свищей прямой кишки малотравматичен по отношению к сфинктеру прямой кишки, сопровождается малым

количеством рецидивов и не сопровождается появлением инконтиненции в послеоперационном периоде.

753.Троакарные грыжи после бариатрической хирургии

Гадаев Ш.Ш., Соловьева М.О., Слепцов И.В., Черников Р.А., Реброва Д.В., Абдулатипова А.М.

Санкт-Петербург

СПбГУ КВМТ им. Н.И. Пирогова

Введение.Ряд крупных исследований продемонстрировали высокую частоту бессимптомных троакарных грыж у пациентов после бариатрических операций. Частота не была статистически значимой в группах с различными способами закрытия ран и без закрытия. Различные методы ушивания дефекта апоневроза, направленные на снижение риска развития троакарных грыж, часто ассоциированы с болевым синдромом. Цель. Анализ частоты троакарных грыж в раннем послеоперационном периоде и оценка уровня послеоперационного болевого синдрома в зависимости от способа закрытия троакарных ран. Материалы и методы. В анализ включены пациенты после лапароскопического гастрощунтирования с одним анастомозом (ЛМЖШ) и лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ). У всех пациентов во время операции было установлено 4 троакара: 2 – 10 мм, 2 – 12 мм. Пациенты были разделены по группам в зависимости от способа ушивания дефекта апоневроза и проведенной операции: 1 группа – троакарная рана 12 мм в левом подреберье, через которую извлекается резецированная часть желудка после ЛПРЖ, ушивалась с помощью иглы Берси, во 2 группе троакарная рана 12 мм в левом подреберье, через которую извлекается резецированная часть желудка после ЛПРЖ, не ушивалась, 3 группа – троакарная рана после ЛМЖШ ушивалась лапароскопически. Во всех случаях выполнялась инфильтрация троакарной раны 10 раствора ропивакаина 0,375%. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) средним медицинским персоналом. Болевой синдром был разделен по степеням

тяжести в зависимости от баллов по ВАШ: 1 – 6 баллов – умеренный болевой синдром, 7 – 10 баллов – интенсивный болевой синдром. Оценка проводилась через 3 и 24 часа после операции. В сформированных группах проведено сравнение частоты симптомных троакарных грыж, а также проведена оценка уровня болевого синдрома в послеоперационном периоде. Результаты. Всего в анализ было включено 250 пациентов, 130 была проведена ЛПРЖ и 120 – ЛМЖШ. В зависимости от способа ушивания апоневроза разделение пациентов по группам было следующее: 1 группа – 65 пациентов (26%), 2 группа – 65 пациентов (26%), 3 группа – 120 пациентов (48%). Ни в одной группе пациентов не было случаев возникновения симптоматических грыж. В 1 группе в первые часы после операции 25(38,5%) пациентов отмечали интенсивный болевой синдром, 35(33,8%) пациентов умеренный болевой синдром. В первые сутки после операции 10(15,4%) пациентов отмечали интенсивный болевой синдром, 55(84,6%) пациентов умеренный болевой синдром. Во 2 группе в первые часы после операции 9(13,8%) пациентов отмечали интенсивный болевой синдром, 50(76,9%) пациентов отмечали умеренный болевой синдром, 6 (9,2%) пациентов отмечали отсутствие болевого синдрома. В первые сутки после операции 4(6,2%) пациентов отмечали интенсивный болевой синдром, 55(84,6%) пациентов отмечали умеренный болевой синдром, 6(9,2%) пациентов отмечали отсутствие болевого синдрома. В 3 группе в первые часы после операции 107(89,2%) пациентов отмечали умеренный болевой синдром, 11(9,2%) отмечали болевой синдром, 2(1,7%) пациента отмечали отсутствие болевого синдрома. В первые сутки после операции 115(95,8%) пациентов отмечали умеренный болевой синдром, 5(4,2%) пациентов отмечали отсутствие болевого синдрома. Выводы. Результаты нашего анализа демонстрируют отсутствие увеличения частоты троакарных грыж в раннем послеоперационном периоде, вместе с тем отмечается существенная разница в интенсивности болевого синдрома. Ограничениями исследования являются наблюдение за пациентами только в ранний послеоперационный период, ретроспективный анализ данных. Требуются хорошо спланированные проспективные исследования с длительным наблюдением за пациентами для подтверждения гипотезы об отсутствии разницы в частоте троакарных грыж, снижения болевого синдрома при отсутствии ушивания троакарных ран.

754. Прогнозирование эффективности резекции и трансплантации печени при опухоли Клатскина

*Щерба А.Е., Коротков С.В., Кирковский Л.В.,
Штурич И.П., Савченко А.В., Левина Д.И.,
Федорук А.М., Руммо О.О.*

Минск, Республика Беларусь

Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии

Актуальность. Проблема эффективного хирургического лечения хиларной холангиокарциномы связана с аспектами низкой резектабельности (до 30%), периоперационной летальности (2-10%), прогнозированием R0 в проксимальном и радиальном крае отсечения и связанной с ней риском эксплоративной операции и R1 (30-50%), низкой безрецидивной (43% при R0; Me=24 мес) и общей 5-летней выживаемости (20-40%). Несмотря на лучший прогноз (общая 5-летняя выживаемость 59-72%) при соблюдении критериев, трансплантация печени (ТП) осложнена выпадением из протокола из-за проблем выполнимости внутривенного и эндобилиарного стентирования и купирования холангита, противопоказаниями к стереотаксической лучевой терапии, прогрессирования заболевания, усложнением техники операции. Цель. Показать эффективность резекции и трансплантации печени в зависимости от соблюдения и прогнозирования профильных стандартов. Материалы и методы. С 2008 по 2021г. в учреждении выполнены 820 резекций и 875 трансплантаций печени. Резекция печени (РП) по поводу рака Клатскина (рК) выполнена 55 пациентам с медианой возраста 59 [34;77] лет. В протокол ТП включены 12 пациентов. Диагностика проводилась по данным МСКТ, МРТ+МРХПГ; в спорных случаях по данным 18ФДГ-ПЭТ-КТ, РХПГ, биопсии печени, определения IgG4 при исключении IgG4-ассоциированного и других вторичных склерозирующих холангитов. Критериями РП были субъективная экспертная оценка хирурга и специалиста визуализации о достижении R0 по данным МСКТ и МРТ и исключение метастазирования за исключением регионарных лимфоузлов. Критерии ТП соответствуют протоколу Мейо и современным опубликованным данным и включают: нерезектабельность, масс-эффект хиларной опухоли до 3 см, протяженность не ниже пузырного протока, N0, M0 по данным 18ФДГ-ПЭТ-КТ, МСКТ, МРТ и эксплоративной лапаротомии в спорных случаях (n=2). Протокол подготовки к РП

включал устранение желтухи и холангита путем чрескожного дренирования или эндобилиарного стентирования; эмболизацию правой ветви ВВ при малом FLR левой латеральной секции. Протокол подготовки к ТП включал устранение желтухи и холангита путем чрескожного дренирования, эндобилиарного или в/печеночного стентирования; SBRT-лучевую терапию с курсовой дозой 45-60 Гр. Результаты. В группе РП резекция воротной вены выполнена в 24 (43%) случаях. Летальность составила 10% (6/55). Морфологически в 12,7% (7/55) выявлены воспалительные псевдоопухоли маскирующие опухоли Клатскина. В 16% (7/44) выявлен опухолевый рост в крае отсечения, что ретроспективно составляет погранично-резектабельную группу и включает дистальный + проксимальный в 2 случаях, проксимальный и/или радиальный с N1 в 2; проксимальный и/или радиальный с N0 в 3 случаях – потенциальные кандидаты на ТП. В группе ТП троим пациентам операция выполнена без ПЭТ-стадирования и SBRT (жива одна, 11 лет). Из 9 пациентов с ПЭТ-стадированием в 1м случае понадобилась уточняющая эксплоративная операция (подтвержден N1, исключение из протокола), в 1м не выполнена SBRT из-за кардиологических рисков и холангита, у нее же выявлено прогрессирование до M1, в 1м случае не выполнена SBRT, выполнена ТП и подтвержден ПСХ. 5-м пациентам выполнена ТП с соблюдением всех критериев и протокола (живы без рецидива 4, медиана 24 мес). Выводы. Несмотря на современный уровень МРТ и МСКТ-диагностики имеется риск ложноположительной и ложноотрицательной диагностики и ошибки прогнозирования резектабельности проксимального и радиального края отсечения. Выделение трех групп резектабельности (стандартная, пограничная и стандартные показания к ТП) служит объединению целей лечения данной группы пациентов. Подход с более критической оценкой вероятности R0 проксимального и радиального края отсечения позволит перевести пациентов с высоким риском R1 из критериев РП в критерии ТП с улучшением прогноза выживаемости.

755. Флюоресцентная навигационная хирургия рака ободочной кишки с применением индоцианина зеленого

Данилов М.А., Стрельцов Ю.А.

Москва

ГБУЗ Московский Клинический Научно-практический Центр имени А.С. Логинова ДЗМ

Актуальность. Рак толстой кишки занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности. Хирургическое вмешательство рассматривается как основной метод радикального лечения больных раком ободочной кишки. Современный подход к лечению включает повышенное внимание к объему и качеству выполнения лимфаденэктомии, что является технически сложной задачей. Актуальной остается проблема несостоятельности анастомоза (НА), частота развития которой достигает 20%. Цель. Оценить результаты применения индоцианина зеленого (ИЦЗ) для картирования лимфатического русла, оценки качества выполнения лимфаденэктомии и определения адекватности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки. Материалы и методы. Всего выполнено 32 оперативных вмешательства пациентам с установленным диагнозом рак ободочной кишки pT2-4aN0-2M0, стадии II–III, которым была выполнена резекция толстой кишки с лимфаденэктомией ДЗ с одномоментным реконструктивным этапом операции с применением ИЦЗ. Средний возраст пациентов составил $63,6 \pm 11,58$ лет. Применялась лапароскопическая инфракрасная система Olympus Visera Elite II. ИЦЗ применялся для картирования лимфатического русла и регионарных лимфатических узлов (ЛУ) посредством визуализации флюоресценции в ходе лапароскопии в режиме ближнего инфракрасного спектра. Введение ИЦЗ проводилось двумя способами: эндоскопическая инъекция ИЦЗ в концентрации 2,5 мг/мл в объеме 0,5 мл в подслизистый слой толстой кишки в 2-х точках просвета кишки дистальнее и/или проксимальнее опухоли на расстоянии 2 см видимой границы опухоли накануне операции или в ходе интраоперационной колоноскопии; лапароскопическая субсерозная инъекция ИЦЗ аналогичного объема и концентрации в идентичных точках. При раке левой половины ободочной кишки дополнительно применялось внутривенное введение 5 мл 2,5 мг/мл раствора ИЦЗ накануне резекции пораженного участка толстой кишки.

Послеоперационное ведение пациентов осуществлялось по принятой в клинике методике (с применением модифицированной шкалы несостоятельности анастомозов DULK). Оценка флюоресценции ЛУ проводилась интраоперационно, на свежем препарате с маркировкой групп ЛУ, а также после рутинного патоморфологического исследования, путем оценки флюоресценции ИЦЗ в парафиновых блоках. Результаты. Среднее количество обнаруженных ЛУ $24,4 \pm 10,23$ (от 12 до 52). Метастатическое поражение ЛУ имело место в 14 случаях, обнаружено от 1 до 18 метастатически пораженных ЛУ. Отмечено 3 случая безуспешного введения ИЦЗ. Отсутствие флюоресценции при введении ИЦЗ в подслизистый слой, что может быть обусловлено «обструкцией» ЛУ при их метастатическом поражении. 2 случая попадания ИЦЗ в брюшную полость при субсерозном введении, резко препятствующее последующей оценке лимфатического русла. В 3 случаях после выполнения этапа мобилизации/лимфаденэктомии в области операции обнаружен незамеченный в режиме белого света ЛУ третьего порядка (без метастатического поражения при патоморфологическом исследовании). Оценка кровоснабжения кишки проводилась после лигирования питающих сосудов. В двух случаях после оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишки была изменена запланированная область пересечения кишки. Случаев НА отмечено не было. Во всех случаях хирурги оценивали выполненную операцию как «отличную» или «хорошую». Побочных явлений, связанных с введением ИЦЗ, зарегистрировано не было. Результаты нашего наблюдения говорят о том, что применение ИЦЗ является безопасным и удобным дополнительным методом визуализации в хирургии рака ободочной кишки, который может быть полезен для обеспечения качественной лимфаденэктомии, и потенциального снижения частоты развития НА. Заключение. Накопленный мировой опыт применения ИЦЗ, а также результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что применение ИЦЗ — это безопасный и легко воспроизводимый способ в лечении рака ободочной кишки. Потенциальная польза применения ИЦЗ, обуславливает практическую необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

756. Стратегия полного объёма многопрофильной специализированной хирургической помощи в остром периоде травматической болезни – новая стратегия лечения тяжёлых сочетанных травм и политравм

Гуманенко Е.К. (1), Завражнов А.А. (1,2),
Хромов А.А. (1), Жаровских О.С. (1,2),
Дедов А.В. (1,2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрав России, 2) СПб ГБУЗ «Мариинская больница»

Актуальность проблемы. Стратегия полного объёма многопрофильной специализированной хирургической помощи в остром периоде травматической болезни (ТБ) разработана на кафедре и апробирована в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМедА) для лечения пострадавших с тяжёлыми сочетанными травмами (ТСТ) и политравмами. Широкое внедрение стратегии в практику военно-полевой хирургии произошло во время медицинского обеспечения контртеррористических операций на Северном Кавказе 1999-2002 гг. С учётом высокой эффективности этой стратегии при оказании неотложной многопрофильной специализированной хирургической помощи (МСХП) раненым в условиях современного вооружённого конфликта представляется актуальным изложение опыта её использования при оказании медицинской помощи пострадавшим с ТСТ и политравмами в крупном мегаполисе. Материалом и методы исследования. Для решения задач исследования были сформированы два массива клинических наблюдений, включающие 636 пострадавших с ТСТ и политравмами, проходивших лечение в одних и тех же крупных стационарах Санкт-Петербурга, в разное время. Первый – контрольный, включающий 223 пострадавших, проходивших лечение до внедрения травмоцентров 1-го уровня и новой системы экстренной МСХП пострадавшим с ТСТ и политравмами (2007-2011 гг.). Второй массив был основным, включающим 413 пострадавших, проходивших лечение во время и после внедрения травмоцентров 1-го уровня и новой системы МСХП пострадавшим с ТСТ и политравмами (2012-2017 гг.). Пострадавшим этого массива оказание МСХП осуществлялось по новой стратегии полного объёма

МСХП в остром периоде ТБ. Тяжесть повреждений оценивалась объективно по шкале AIS (версии 98), индексам ISS, NISS и по шкале ВПХ-П (МТ), тяжесть состояния – по шкале ВПХ-СП. Отдалённые результаты лечения переломов длинных трубчатых костей (ДТК) оценивались по шкале Neer-Grantham-Shelton. Сравнительный клинико-статистический анализ результатов лечения пострадавших выполнен при использовании системы медико-биологических программ STATISTICA 10.0 for WINDOWS. Результаты исследования. Целью новой стратегии было выполнение в I (остром) периоде ТБ, то есть в течение 12 часов после травмы, не только неотложных и срочных оперативных вмешательств, но и отсроченных для предупреждения массивной антигенемии и эндотоксемии из очагов повреждений (переломов ДТК и др.), прогрессирования системного воспалительного ответа, эндотоксикоза, формирования полиорганной дисфункции/недостаточности. Неотложные оперативные вмешательства выполнены 131 пострадавшему из 413, что составило 31,7%. Неотложные оперативные вмешательства в I периоде ТБ были направлены на спасение жизни пострадавших. Они выполнялись по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения – 67,6% и устранения нарушений дыхания – 32,4%. Срочные оперативные вмешательства выполнены 181 пострадавшему из 413, что составило 43,8%. Срочные оперативные вмешательства в I периоде ТБ выполнялись с целью предупреждения опасных для жизни осложнений: дислокации головного мозга при его сдавлении – 7,1%; острых дыхательных расстройств при закрытом пневмотораксе и среднем гемотораксе – 38,9%; перитонита и абдоминального сепсиса при повреждении полых органов брюшной полости – 25,4%; анаэробной инфекции при внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря и прямой кишки, повреждениях уретры – 6,3%; обширных повреждениях мягких тканей туловища и конечностей – 15,2%. Отсроченные оперативные вмешательства выполнены всем 413 пострадавшим. Для предупреждения системных висцеральных и генерализованных инфекционных осложнений (ИО) выполнялась жесткая хирургическая фиксация переломов таза и ДТК аппаратами внешней фиксации – 77,9%. С целью предупреждения грубых системных функциональных дефектов выполнялись операции на позвоночнике и спинном мозге – 1,5%. Кроме того, задачей отсроченных операций было предупреждение местных ИО, имеющих высокую вероятность генерализации – она решалась путём фиксации переломов челюстей (2,2%), ПХО обширных ран и отслоек мягких тканей с первичной

кожной пластикой – 1,6%. В 14,5% случаев выполнялись малотравматичные отсроченные операции - ПХО или ушивание рвано-ушибленных ран для предупреждения местных ИО. Последовательное выполнение неотложных, срочных и отсроченных оперативных вмешательств произведено 12,7% пострадавших, неотложных и срочных – 9,5%, неотложных и отсроченных – 24,6%, срочных и отсроченных – 15,9%, нескольких отсроченных – 37,3%. Ближайшие исходы лечения: летальность – 16,0%, частота развития осложнений – 31,0%, продолжительность стационарного лечения – 25,5±2,4 суток. Отдалённые результаты лечения переломов ДТК: хорошие – 81,0%, удовлетворительные – 19,0%, неудовлетворительные – 0. Заключение. Применение стратегии полного объёма МСХП в остром периоде ТБ способствовало достоверному улучшению ближайших исходов лечения пострадавших (летальность снизилась на 8,7%, частота развития осложнений – на 12,5%, продолжительность стационарного лечения – на 10,4 суток) и отдалённых результатов лечения переломов ДТК (количество хороших результатов увеличилось на 36,1%, количество удовлетворительных результатов уменьшилось на 18,8%, неудовлетворительных результатов лечения отсутствовали).

757. Оценка безопасности и эффективности циторедуктивных вмешательств у больных осложнёнными диссеминированными опухолями брюшной полости и малого таза

Нгуен В.Т. (1), Просветов В.А. (2), Сузов Д.А. (1), Бабков О.В (2), Балюра О.В. (1), Дымников Д.А (1), Демко А.Е. (2)

Санкт-петербург

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

Актуальность. Одним из наиболее частых последствий диссеминации злокачественных опухолей брюшной полости и малого таза является перитонеальный канцероматоз. Развитие

жизнеугрожающих осложнений у больных, получающих комбинированную терапию в специализированных учреждениях, автоматически переводит этих пациентов в сферу интересов неотложной хирургии, реализующейся в многопрофильных стационарах, как правило, в виде симптоматических оперативных вмешательств. В связи с этим значительная часть больных теряет перспективы проведения дальнейшего системного лечения. В этой связи особую актуальность приобретает вопрос возможности применения циторедуктивной технологии не только с целью устранения жизнеугрожающих осложнений, но и для создания предпосылок к дальнейшей высокоэффективной системной противоопухолевой терапии. Цель. Оценить возможность применения циторедуктивной технологии в хирургическом лечении пациентов с осложнёнными диссеминированными формами злокачественных новообразований органов брюшной полости и малого таза. Материалы и методы. Проведён анализ хирургического лечения 80 пациентов, оперированных в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» и на её клинической базе в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Результаты. Средний возраст пациентов составил 57,1±13,1 лет (от 20 до 81 года), женщин – 72 (90,0%), мужчин – 8 (10,0%). Локализация первичной опухоли была следующей: яичник - 35 (43,75%), толстая кишка - 24 (30,0%), матка - 11 (13,75%), органы забрюшинного пространства - 3 (3,75%), желудок – 2 (2,25%), меланома нижней конечности - 2 (2,25), саркома почки – 1 (1,13%), червеобразный отросток - 1 (1,13%), тонкая кишка - 1 (1,13%). В структуре осложнений диссеминированных форм злокачественных новообразований преобладали некроз (абсцесс, сепсис, свищи, кровотечение) – 46 (57,5%), острая кишечная непроходимость – 10 (12,5%), напряжённый асцит – 24 (30,0%). Медиана баллов индекса коморбидности Charlson составила 8,0 (6,8; 9,0). ECOG 1 – n=39 (48,75%), ECOG 2 – n=31 (38,75%), ECOG 3 – n=10 (12,25%), Индекс ASA III-IV составил 80% (n=64). Средний индекс PCI составил 11,6 (от 2 до 36). Средняя длительность предоперационного периода – 8,6±6,1 сутки. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 289,8±89,8 минуты. Среднее время пребывания пациента в отделении реанимации - 7,5 суток. Структура оперативных вмешательств была представлена следующими операциями: субтотальная перитонеумэктомия (n=43), эвисцерация малого таза - (n=15), экстирпация матки с придатками - (n=11), оментэктомия - (n=9), резекция толстой кишки – (n=21), спленэктомия –

(n=12), тонкая кишка - (n=9), мочевого пузыря - (n=11), холецистэктомия - (n=7), диафрагма - (n=8), яичника - (n=4), хвоста поджелудочной железы - (n=2), влагалище - (n=2), двенадцатиперстная кишка - (n=1). У 47 пациентов циторедуктивная хирургия была дополнена внутрибрюшной гипертермической химиоперфузией и фотодинамической терапии в 8 случаях. Частота достижения СС0 - n= 51(63,75%), СС1- n= 5(6,25%), СС2 - n= (11,25%), СС3 - n= 3(3,75%). Средняя длительность послеоперационного периода составила 30,8±12,4 суток. Частота послеоперационных осложнений составила 78,73% (n=63) пациента: I-II степени по Clavien Dindo - 55,5% (n=35), III-V степени по Clavien-Dindo - 44,44% (n=28), Послеоперационная летальность составила 11,15% (n=9). Обсуждение. Очевидно, что послеоперационные осложнения и летальность после циторедуктивной операции возникает с частотой, которая варьирует от 25 до 70% и от 3,5 до 13% соответственно, по различным авторам. В ходе данного исследования нам удалось показать, что послеоперационный период у пациентов после циторедуктивной операции в большинстве случаев протекает относительно благоприятно. Выводы. Таким образом, применение циторедуктивных оперативных вмешательств в многопрофильном стационаре скорой помощи у больных осложнёнными диссеминированными формами злокачественных опухолей органов брюшной полости и малого таза безопасно, эффективно и сопровождается приемлемыми непосредственными результатами. Практические рекомендации. Целесообразно рассматривать возможность применения циторедуктивных технологий в рамках хирургического лечения больных осложнёнными диссеминированными опухолями брюшной полости и малого таза.

758. Иммуносупрессивная терапия при трансплантации печени по поводу гепатоцеллюлярного рака в отдалённом периоде после операции

Коротков С.В., Гордей Е.В., Комяк Н.Н., Фролова М.А., Ефимов Д.Ю., Штурич И.П., Щерба А.Е., Руммо О.О.

Минск, Республика Беларусь

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. В настоящее время трансплантация печени (ТП) является окончательным радикальным методом выбора лечения пациентов с нерезектабельным гепатоцеллюлярным раком (ГЦР). Одним из факторов, влияющих на онкологическую выживаемость и рецидив ГЦР наряду с особенностью морфологии и распространённостью опухолевого процесса, является иммуносупрессивная терапия. Rodriguez-Per?lvarez M. et al. (2013) было продемонстрировано, что гипериммуносупрессия ассоциирована с частотой рецидива ГЦР. Целью работы явилось определение особенностей поддерживающей иммуносупрессивной терапии у пациентов после трансплантации печени, выполненной по поводу гепатоцеллюлярного рака, в отдалённом периоде после операции. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов, перенесших трансплантацию печени на базе Минского НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии. Определяющим критерием включения в анализ явился срок после трансплантации печени свыше 1 года. Результаты. С 3 апреля 2008 года по январь 2021 года было выполнено 775 трансплантаций печени. ТП по поводу ГЦР была проведена 113 пациентам (14,6 %). Рецидив ГЦР развился у 15% (17 пациентов). Общая выживаемость за период наблюдения составила 75%, медиана безрецидивной выживаемости - 31 месяц [2;150]. Иммуносупрессивная терапия у пациентов (n=96) без рецидива ГЦР в отдалённом периоде после ТП (1 год и более) заключалась: монотерапия Такролимусом у 54% пациентов (концентрация Тас 4,4 (3,2;5,8) нг/мл); двухкомпонентная терапия Такролимусом и Сертиканом - 22 % (концентрация Тас 3,95 (2,8;5,4) нг/мл, дозировка Серт - 1,5 (0,75;3) мг/сутки), Такролимусом и ММФ - 8% (концентрация Тас 5,25 (4,5;5,8) нг/мл, дозировка ММФ - 750 (500;1500) мг/сутки), Такролимусом и медролом - 2% (концентрация Тас 4,1 нг/мл, дозировка медролола - 2

мг/сутки) и Сертиканом и ММФ – 8% (дозировка Серт 2,25 (1,5;3,0) мг/мл, дозировка ММФ – 1000 мг/сутки). Трёхкомпонентная схема проводилась в двух режимах: Такролимус + Сертикан + ММФ у 4% реципиентов (концентрация Тас 4,2 (3,3;5,1) нг/мл, Серт 2,25 (1,5;3,0) мг/сутки, дозировка ММФ – 1000 мг/сутки) и Такролимус + ММФ + ГКС у 2% реципиентов (концентрация Тас 5,8 нг/мл, дозировка ММФ – 2000 мг/сутки, медрол – 12 мг/сутки). У пациентов (n=17) с рецидивом ГЦР до развития прогрессирования опухолевого процесса иммуносупрессия проводилась в следующих режимах: монотерапия Такролимусом у 41% пациентов (концентрация Тас 4,1 (3,1;5,9) нг/мл); двухкомпонентная терапия Такролимусом и Сертиканом – 41 % (концентрация Тас 3,8 (2,5;5,1) нг/мл, дозировка Серт – 1,5 (0,75;3) мг/сутки); трёхкомпонентная схема была применена у 18% пациентов в режиме Такролимус + Сертикан + медрол (концентрация Тас 4,2 (2,8;6,1) нг/мл, Серт 2,25 (1,5;3,0) мг/сутки, дозировка медрол – 4 мг/сутки). Частота хирургических, инфекционных и иммунологических осложнений в группах была одинакова. Выводы. Режимы иммуносупрессивной терапии в группах были приблизительно одинаковы. Более частое назначение Сертикана как ингибитора передачи пролиферативного сигнала группе пациентов с рецидивом ГЦР связано с исходным большим объёмом опухолевой массы.

759. Анализ результатов лапароскопически-ассистированных восстановительных операций у пациентов с колостомой и илеостомой

*Мугатасимов И.Г., Бузов С.А., Шапкина В.А.,
Кузнецов Д.И., Аксенов Е.Ю., Хакимов Р.К.,
Волков И.И. Осипова А.Л.*

Новокузнецк

ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая
больница № 1 имени Г.П. Курбатова»

Актуальность. Лапароскопические восстановительные операции у пациентов с колостомой не нашли широкого применения в хирургической практике, хотя имеют все преимущества малоинвазивных вмешательств. До настоящего времени не определено, какие

стомированные пациенты оптимально подходят для выполнения лапароскопической реверсии. Цель - провести ретроспективный анализ группы пациентов из 125 человек, которым выполнены лапароскопические реконструктивно-восстановительные вмешательства, а так же определение «идеального» пациента для данной методики. Материал и методы. С 2015 по 2021 гг. лапароскопически-ассистированные вмешательства выполнены у 125 пациентов с одно- или двухствольными колостомами и одноствольными илеостомами. Медиана возраста составила 58 (интервал 23-80) лет, женщин 70 (55,7%), мужчин 55 (44,3%). Медиана индекса массы тела составила 25,9 (интервал - 19,9-33,6) кг\м. По классификации ASA пациенты распределились следующим образом: I класс- 51, II класс- 70, III класс – 4 пациента. Интервал между формированием колостомы и проведением восстановительной операции составил 4,8 (интервал 1,1-8,2) месяцев. В 96 (77%) случаях одно-или двухствольная колостома сформирована по поводу осложненной дивертикулярной болезни (перфорация дивертикула – 83, кровотечение – 5, внутренние свищи (сигмо-вагинальный, сигмомочепузырный) – 8. Противопоказанием для проведения малоинвазивных восстановительных операций являлись следующие факторы: общие противопоказания для проведения пневмоперитонеума, большие вентральные грыжи по срединному рубцу (размер грыжевых ворот более 5 см). В 20 (16,1%) случаях колостома сформирована по поводу осложненных злокачественных опухолей ободочной и прямой кишки. В четырех случаях колостома сформирована по поводу заворота сигмовидной кишки, в трех случаях по поводу ишемического колита, в двух случаях колостома сформирована по поводу осложненной болезни Крона. По объему первичной операции пациенты с колостомой распределились следующим образом: операция Гартмана – 22 (18%), резекция сигмовидной кишки – 72 (57,6%), в том числе лапароскопическая резекция сигмовидной кишки – 13 (9,8%), левосторонняя обструктивная гемиколэктомия – 10 (8,2%), резекция поперечно-ободочной кишки – 2 (1,6%). Операционный доступ в брюшную полость при онкологической патологии (20 пациентов) выполнен по Hasson по старому послеоперационному срединному рубцу в 16 случаях, по Hasson в правой мезогастральной области в 4 случаях. При доброкачественных заболеваниях у 105 пациентов операционный доступ выполнялся через колостому с установкой в рану Dexturs, проведения локального адгезиолизиса, резекции стомированного участка и

установки головки сшивающего аппарата в приводящую ободочную кишку. В 43 (34%) случаях выполнена лапароскопическая резекция дистальной культи сигмовидной кишки по поводу дивертикулита в культе или рака в культе сигмовидной кишки. В большинстве случаев (97 пациентов, 77,6%) для формирования анастомоза выполнена мобилизация селезеночного угла с низведением, что проводилось медио-латеральным или латеро-медиальным способом с лигированием нижней брыжеечной артерии по показаниям, рассечение желудочно-ободочной связки выполнено в 8 случаях, в одном случае дополнительно выполнена мобилизация печеночного угла. Циркулярный аппаратный анастомоз сформирован в 75 случаях (при резекции культи сигмовидной кишки (43 пациента) «конец в конец», в остальных случаях «конец в бок» на переднюю стенку культи сигмовидной кишки), линейный аппаратный анастомоз «бок в бок» в 27 случаях. В 6 случаях выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с участком сигмопексии, сформированной при перфоративном дивертикулите. Восстановительные операции проведены у 5 пациентов с одностольной илеостомой. Все пациенты после правосторонней гемиколэктомии (осложненный рак правой половины 3 случая, ишемический колит и болезнь Крона по одному случаю). Результаты. Из 125 пациентов конверсии выполнены у 6 (4,8%). В трех случаях из них ранее выполнена обструктивная левосторонняя гемиколэктомия (3 случая - спаечный процесс, один случай - травма селезенки, один случай - невозможность провести низведение селезеночного изгиба, один случай - прогрессирования рака). Время операции от 60 до 310 (Me 140) минут. В 16 (12,8%) случаях выполнены симультанные операции, хотя мы не являемся сторонниками проведения симультанных операций при восстановительных операциях. Одна смерть (0,8%) с осложнением в послеоперационном периоде – перфорации тонкой кишки (повреждение энергией) с развитием послеоперационного перитонита, сепсиса. Послеоперационные осложнения по классификации возникло у 23 (18,4%). «Большие» хирургические осложнения (Clavien-Dindo III-IV) возникли у 9 человек (7,2%). Реоперации выполнены у 9 (7,2%) пациентов (повреждение тонкой кишки, гематома малого таза, подозрение на внутрибрюшной абсцесс). Среднее пребывание составило 6,8 (интервал 5-21) дней. Отдаленные результаты (через 1 год) прослежены у 98 пациентов. Стриктура толстокишечного анастомоза выявлена в трех случаях, грыжа в области ранее сформированной колостомы в 10 случаях.

Восстановительная операция у пациентов с одностольной илеостомой проводилась по тому же принципу. Время операции составило от 60 до 230 минут. Осложнений и летальности не отмечено. В двух случаях сформирован интракорпоральный степлерный анастомоз (линейный сшивающий аппарат), в двух случаях экстракорпоральный из доступа, где была илеостома, в одном случае интракорпоральный непрерывным швом. Выводы. Лапароскопически-ассистированные восстановительные операции на ободочной кишке у пациентов с колостомой безопасны и показывают приемлемые результаты. «Идеальный пациент» - без сопутствующей (или маловыраженной) патологии, после резекции сигмовидной кишки, без вентральной грыжи. Показанием для данного вида вмешательства считаем отсутствие общих противопоказаний для лапароскопии (сопутствующая патология, ASA не более 3), отсутствие или небольшие (не более 5 см) послеоперационные вентральные грыжи по срединному рубцу, а также объем резекции ободочной кишки в анамнезе не более левосторонней гемиколэктомии. Малоинвазивные восстановительные операции у пациентов с одностольной илеостомой требуют дальнейшего набора материала и анализа.

760. Опыт работы отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара с urgentными хирургическими больными

Завражнов А.А., Боско О.Ю., Соловьев И.А., Митичкин М.С., Холкина А.А.

Санкт-Петербург

СПБ ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Рост числа госпитализированных urgentных пациентов на фоне сокращения числа больничных коек диктует необходимость интенсификации использования коечного фонда. Материалы и методы. Стационарное отделение скорой медицинской помощи (СтОСМП) Мариинской больницы организовано в марте 2018 г. В связи с ростом входящего потока пациентов, потребностью в сокращении длительности диагностического процесса и лечения пациентов,

поступающих по экстренным показаниям, 15.04.2021 организовано стационарное отделение скорой помощи краткосрочного пребывания (СтОСМП-КП). Одновременно с этим количество коек досуточного и краткосрочного пребывания было увеличено с 17 до 35 (3,4% от коечного фонда). Специалисты прошли профессиональную переподготовку по скорой медицинской помощи. Задачи СтОСМП остались прежние: прием, сортировка входящего потока пациентов, диагностика, совмещенная с оказанием экстренной медицинской помощи, проведение жизнеспасующих операций в хирургическом протившоковом операционном блоке, изоляция инфекционных и социально опасных пациентов. Функциями СтОСМП-КП являются диагностика и лечение пациентов «зеленого», иногда «желтого» сортировочных потоков с ожидаемым временем госпитализации до 3-х суток. Хирургические больные, поступающие в СтОСМП-КП, разделены на 2 группы: 1 - с установленным диагнозом, требующие экстренного хирургического вмешательства; 2 - подлежащие динамическому наблюдению или консервативному лечению. Пациенты первой группы на этапе сортировки в СтОСМП закрепляются за соответствующим хирургическим отделением, в СтОСМП-КП им проводится краткосрочная предоперационная подготовка, затем они транспортируются в операционную, откуда по окончании операции доставляются в профильное хирургическое отделение или ОРИТ. Пациенты второй группы при поступлении в СтОСМП-КП продолжают диагностический процесс, им проводится динамическое наблюдение, консервативная терапия. При установке диагноза, не требующего срочной операции и при достижении положительной динамики - больной выписывается из стационара. Особую группу в СтОСМП-КП составляют больные, поступающие с анемическим синдромом. У них выявляется причина анемии, по показаниям проводятся гемотрансфузии. Полученные результаты. За период 15.04. – 31.12.2021 (260 дней) в СтОСМП по экстренным показаниям обратились 57846 человек, в среднем 223 пациента в сутки. После сентября поток возрос до 260 в сутки. Госпитализированы 40499 (70%), из них в СтОСМП-КП 13622 (33,6%). Среди всех госпитализированных 60% составили пациенты хирургического профиля, в СтОСМП-КП - 65,2%. В хирургические отделения были госпитализированы 6242 пациента, 90,5% (5647) – по экстренным показаниям. 1353 (30%) urgentных хирургических пациентов в процессе лечения прошли через СтОСМП-КП. Предоперационная подготовка

проведена у 550 пациентов, 701 обследованы, лечились и выписаны на койках краткосрочного пребывания, 102 после обследования и динамического наблюдения переведены из СтОСМП-КП в хирургические отделения для дальнейшего лечения. После включения во внутриабольничную маршрутизацию экстренных хирургических больных СтОСМП-КП хирургическая активность возросла с 55,7 (2019 г) до 65,1, средний койко – день снизился с 7,0 до 5,6. За названный период в СтОСМП-КП было пролечено 745 пациентов с анемией, проведены 682 гемотрансфузии. У 30 пациентов выявлено желудочно – кишечное кровотечение, у 250 анемия была проявлением паранеопластического синдрома, 465 имели хроническую железодефицитную или В12-фолиеводефицитную анемию. По результатам обследования 21 пациент переведен в хирургические, 18 - в терапевтические отделения стационара. В связи с впервые установленным онкологическим процессом 52 направлены в ЦАОП Мариинской больницы. После верификации диагноза и стадирования процесса 28 из них были направлены на плановое оперативное лечение. Выводы. Выделение СтОСМП-КП из состава СтОСМП с увеличением количества коек досуточного и краткосрочного пребывания позволило обеспечить рациональное заполнение и разгрузку хирургических отделений стационара и сокращение сроков лечения пациентов с urgentной хирургической патологией.

761.Периоперационное ведение больных раком пищевода. Нерешенные вопросы

Багненко С.Ф. (1), Дворецкий С.Ю. (1,2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», 2) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»

Актуальность. Рак пищевода (РП) остается тяжелейшим онкологическим заболеванием. В течение 1-го года с момента установления диагноза погибает до 65-80% больных, а 5-летняя выживаемость больных РП не превышает 10-15%. Причинами фатального характера заболевания, по-

прежнему являются трудности выявления ранних форм РП. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 973-х пациентов РП. В 72,9% случаев РП болели мужчины и только 27,1% - женщины. Средний возраст больных - 62,1±1,5 года. По гистологической структуре преобладали плоскоклеточные формы РП – 849 (87,3%) случаев. Аденокарцинома пищевода была у 97 (9,9%) пациентов. У половины больных (50,1%) при первичном обследовании была установлена клиническая III стадия заболевания (7-TNM, 2009). Полученные результаты и обсуждение. Учитывая трудности, связанные с точной диагностикой распространенности процесса, протяженность опухоли, как наиболее простая ее характеристика, может быть одним из факторов, определяющих прогноз РП. При патоморфологическом исследовании было установлено, что при протяженности опухоли >5см, глубина инвазии в 65,8% случаев достигала категории p T3-4 с поражением всех слоев стенки пищевода. Протяженность опухоли пищевода также влияла и на отдаленные результаты лечения. У больных с протяженностью опухоли < 5см медиана общей выживаемости (МОВ) составила 72 мес. При протяженности опухоли > 5см МОВ - составляла всего 16 мес. (p=0,001). Помимо стадии заболевания, протяженность опухоли пищевода также являлась фактором прогноза отдаленных результатов. МОВ у больных с протяженностью опухоли < 5см, совпадала с МОВ больных I-II ст. заболеваний (75 мес. vs 81 мес.; p>0,05). Для больных с протяженностью опухоли >5см, МОВ была сопоставима с МОВ у больных с патоморфологической III ст. заболевания РП (20 мес. vs 17 мес.; p>0,05). Полученные результаты позволяют использовать показатель протяженности опухоли в комплексной диагностике стадии заболевания и выборе оптимального метода лечения. Неудовлетворительные результаты только хирургического метода побуждают к использованию комплексного подхода при лечении РП. Наиболее эффективным неоадьювантным режимом было использование комбинации дистанционной лучевой терапии и химиотерапии. Количество больных с полным лечебным патоморфозом опухоли после проведенного комплексного лечения составило 29,9%. Проведенный анализ показал, что из 422 пациентов, у кого был использован хирургический метод лечения РП (самостоятельно или в составе комплексного лечения), послеоперационные осложнения возникли у 209(49,5%) пац. и в 52(12,3%) случаях закончились летальным исходом. Из 209 пац., у кого возникли осложнения после

операции, в 115(55%) случаях они носили множественный характер (2 и более). Все осложнения были разделены на «хирургические» - 136 (65%) пац. и «нехирургические» - 73 (35%) пациента. Нарушения микроциркуляции желудочного стебля (НМЖС) возникли у 63(14,9%) пац. Они проявлялись несостоятельностью анастомоза или швов желудочного стебля, а также перфорацией или некрозом желудочного стебля. В структуре послеоперационных «хирургических» осложнений НМЖС были доминирующими и составляли 46% от всех осложнений. Выводы. Таким образом, несмотря на достижения в области медицинских технологий, а также разработки и внедрения минимально инвазивной оперативной техники, хирургия РП по-прежнему остается агрессивным методом лечения. В настоящее время только комплексный мультимодальный подход с использованием современных методов диагностики и лечения позволит достичь значимого прогресса в борьбе с РП. Некоторые компоненты программ ускоренного выздоровления (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery), такие как предоперационная подготовка, использование минимально инвазивных технологий и ранняя мобилизация пациентов после операции, также успешно реализуются в хирургии РП. Однако обнадеживающие результаты, связанные с использованием программ ERAS в хирургии РП, требуют доказательного подтверждения в хорошо спланированных исследованиях.

762. Диагностическая информативность ПЭТ-КТ с 11С-метионином при визуализации аденом у больных первичным гиперпаратиреозом

*Погосян К. А. (1), Каронова Т.Л. (1),
Яневская Л. Г. (1), Рыжкова Д.В. (1), Цой У.А. (1),
Гринева Е.Н. (1)*

Санкт-Петербург

Национальный медицинский исследовательский
центр им. В.А. Алмазова

Актуальность. Визуализация аденом при первичном гиперпаратиреозе (ПГПТ) является важным компонентом предоперационной подготовки, улучшающим прогнозы и исходы заболевания. К

наиболее распространенным методикам визуализации ОЩЖ относятся ультразвуковое исследование (УЗИ), сцинтиграфия ОЩЖ с Tc-99m-технетрилом и компьютерная томография (КТ). В последнее время подчеркивается возможность использования ПЭТ-КТ с 11С-метионином для диагностики ПГПТ, применение которого может позволить ускорить диагностику заболевания. Цель. Оценить информативность ПЭТ-КТ с 11С-метионином и традиционных методов топической диагностики аденом ОЩЖ. Материалы и методы. Проанализированы данные 68 пациентов с подтвержденным ПГПТ в период с 2016 по 2021 гг. В рамках топической диагностики ПГПТ всем пациентам было выполнено УЗИ (n=68), сцинтиграфия (n=45) и/или КТ (n=50). В 2019-2021 гг. 22 пациентам было выполнено ПЭТ-КТ с 11С-метионином в качестве дополнительного диагностического метода. Всем пациентам была проведена паратиреоидэктомия. Результаты визуализирующих методов сопоставлялся с результатами гистологического исследования. Результаты. Среди пациентов с ПГПТ было 63 женщины (92%) и пятеро мужчин (8%), медиана возраста составила 58,7 (51,0; 68,0) лет. Клинически ПГПТ проявлялся в виде костных поражений – остеопороз (35/68), в том числе с клиническими переломами (17/68); висцеральных поражений – преимущественное поражение почек (35/68) (нефрокальциноз, нефролитиаз), патология ЖКТ (52/68). У 68 пациентов было удалено 74 образования ОЩЖ. У 62 (84%) больных была удалена одиночная аденома. Множественные (парные) аденомы были выявлены в 2 случаях. Гиперплазия двух ОЩЖ была обнаружена у 4 больных. Среди всех удаленных аденом 16 – были эктопированы. При сравнении данных визуализирующих методов и гистологии, были получены следующие значения чувствительности и специфичности: ПЭТ-КТ с 11С-метионином – 96% и 94%; КТ – 88% и 73%; сцинтиграфии – 81% и 79% и УЗИ – 71% и 70%, соответственно. Сравнительный анализ показателей эффективной лучевой нагрузки радиологических методов топической диагностики ПГПТ показал, что при ПЭТ-КТ с 11С-метионином данный параметр соответствует значению 14,1 мЗв, что в два раза меньше, чем суммарная эффективная лучевая нагрузка КТ и субтракционной сцинтиграфии – 16 мЗв, и 13,44 мЗв, соответственно. Обсуждения и выводы. ПЭТ-КТ с 11С-метионином продемонстрировала более высокую чувствительность и специфичность по сравнению с традиционными методами топической диагностики ПГПТ. Преимуществом ПЭТ/КТ с 11С-метионином по отношению к КТ и сцинтиграфии может быть

получение информации об анатомии и функциональной активности во время проведения одного исследования. Дополнительно, использование ПЭТ-КТ с 11С-метионином позволяет вместо двух стандартных последовательно выполняющихся исследований проводить одно, что может способствовать уменьшению времени диагностического поиска и дозы лучевой нагрузки.

763. Реконструктивные операции в брахиоцефальном бассейне и когнитивные нарушения

Забазнов К.Г., Емельянов В.А., Масленников С.В., Ковалева Н.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель. Профилактика и лечение когнитивных нарушений у пациентов с атеросклеротическим поражением артерий брахиоцефального бассейна. Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (БЦА) является фактором риска развития как острых так и хронических нарушений мозгового кровообращения. Атеросклеротическое поражение БЦА может быть маркера интракраниального атеросклероза, что приводит к нарушению микроциркуляции на уровне мелких сосудов головного мозга и приводит к развитию когнитивных нарушений различной степени выраженности. В связи с этим представляется важным наличие понятия легких и умеренных когнитивных нарушений. Вторичная профилактика их развития хирургическим путем включает два метода: каротидную эндартерэктомию и стентирование сонных артерий. Однако не всегда ясно в какой степени гемодинамика мозга претерпевает изменения после проведения таких операций и как это отражается на уровне когнитивных нарушений. Материал и методы. Проведен анализ результатов 22 реконструктивных операций на внутренних сонных артериях. 14 больным была выполнена каротидная эндартерэктомия и 8 стентирование сонных артерий. Состояние когнитивной сферы у всех больных оценивалось до и после хирургического

лечения по краткой шкале психического статуса (Mini - Mental State Examination [MMSE]). Показаниями к ревааскуляризации головного мозга в наших условиях являлись: каротидная недостаточность (транзиторные ишемические атаки или нарушение мозгового кровообращения с неврологическим дефицитом) при стенозе сонных артерий более 75% (независимо от морфологической структуры атеросклеротической бляшки); каротидная недостаточность в сочетании с эмбологенной поверхностью атеросклеротических бляшек при стенозе от 50% до 75%; а также критический стеноз ВСА: наличие протяженной атеросклеротической бляшки ВСА (более 2 см). Результаты и обсуждение. Гемодинамику мозга оценивали до и через 2 недели после хирургического лечения по данным транскраниальной доплерографии (ТКДГ) с определением цереброваскулярной реактивности сосудов головного мозга обоих полушарий. Сравнивали значения линейной скорости кровотока (ЛСК), индекса циркулярного сопротивления (IR) и коэффициента прироста скорости кровотока (K^2V) по СМА на стороне реконструкции и на контрлатеральной стороне. Согласно полученным данным у пациентов после лечения, наблюдалось достоверное увеличение скорости кровотока по средней мозговой артерии на стороне реконструкции. На контрлатеральной стороне увеличение показателей скорости кровотока по средней мозговой артерии имело менее выраженный характер. Анализ результатов нейропсихологического исследования до и после хирургического лечения выявил улучшение памяти в тесте на запоминание 10 слов на 1,4 балла ($7,1 \pm 1,6$ и $8,5 \pm 1,3$), в тесте рисования часов на 1,2 баллов ($8,5 \pm 1,1$ и $9,7 \pm 0,5$). Улучшение когнитивных функций согласно батарее лобной дисфункции составило 0,8 баллов, по шкале MMSE 2,2 балла. Таким образом, исследование гемодинамики мозга после реконструкции БЦА наглядно показали положительный эффект операции и значительное улучшение мозговой гемодинамики как на стороне реконструкции, так и на контрлатеральной стороне. Результаты нейропсихологического тестирования убедительно демонстрируют улучшение состояния когнитивных функций после проведения реконструктивных операций у больных с когнитивными нарушениями.

764. Особенности диагностики и хирургической тактики при остром аппендиците у беременных

*Папышева О.В. (1), Войновский А.Е. (1,2),
Семененко И.А. (1,2), Орлов Б.Б. (1),
Джамалудинова А.Д. (2), Давыдов А.И. (1,2),
Степанченко А.П. (1), Соколов А.А. (1)*

Москва

1) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ», 2) ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава
России

Актуальность. Самым частым хирургическим заболеванием во время беременности является острый аппендицит. Трудности клинической диагностики острого аппендицита во время беременности вызваны тем, что симптомы, свойственные острому аппендициту, могут быть обусловлены течением самой беременности либо маскироваться другими заболеваниями. Дополнительные трудности создают смещение аппендикса маткой, в связи с чем боли будут локализоваться в правой боковой области или в правом подреберье, а также увеличение расстояния между висцеральной и париетальной брюшиной, из-за чего снижается способность передней брюшной стенки к локализации мышечного напряжения. Цель работы. усовершенствование диагностического алгоритма у пациенток с острым аппендицитом во время беременности, выбор метода оперативного вмешательства. Материалы и метод. Нами был проведен ретроспективный анализ за период с 2019 по 2021 год. Проанализировано 172 пациентки 17 - 39 лет в сроках гестации от 5 до 36 недель, поступившие в наш стационар с подозрением на острый аппендицит. Одним из важнейшим фактором в решении вопроса о необходимости оперативного вмешательства является полноценная диагностика с установкой верного диагноза. Изучены результаты инструментальных методов исследования - УЗИ и МРТ, с оценкой их специфичности и чувствительности в диагностике данного заболевания. Проанализированы методы оперативного вмешательства в связи со сроками гестации. Результаты. По результатам суммарного подсчета в ГКБ им. С.С. Юдина за период с 2019 по 2021 год было прооперировано 69 пациенток с диагнозом острый аппендицит во время беременности. Из них открытым доступом прооперировано 32 (46,3%) пациентки, лапароскопическим - 37 (53,7%). Выбор метода оперативного вмешательства отталкивался от срока

гестации: в сроки до 26-27 недель выполнялась лапароскопическая аппендэктомия, в более поздние сроки – открытая операция. Из всех прооперированных пациенток (69) УЗИ проведено 66 (95,6%). МРТ было проведено 45 пациенткам (65,2%). Информативность УЗИ составила 24,6% (17 случаев), тогда как у МРТ этот показатель был значительно выше и составил 73,3% (33 случая). Заключение. Внедрение МРТ в сочетании с ультразвукографией в качестве «Золотого стандарта» в диагностике острого аппендицита у беременных в большинстве случаев помогает своевременно и безопасно установить диагноз острого аппендицита. Выполнение лапароскопической аппендэктомии возможно в I-II триместрах беременности, однако в настоящее время отсутствуют четкие рекомендации, выбор метода операции требует индивидуального подхода и дальнейшего изучения данной проблемы.

765. Лечение запущенных форм ахалазии кардии

Аллахвердян А.С., Анипченко А.Н., Анипченко Н.Н.

Москва

Больница Центросоюза РФГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Ахалазия кардии (АК) - одно из наиболее распространенных заболеваний пищевода, на долю которого приходится от 3,1% до 20,0% всех случаев. Известно, что органосохраняющие операции редко обеспечивают положительный эффект у пациентов с запущенными стадиями АК в условиях рубцово-склеротических изменений кардии и выраженной дилатации пищевода с его S-образным искривлением и полной утратой двигательной активности, особенно у пациентов, уже перенесших неудачные кардиопластические операции. Цель исследования. Сравнить эффективность применения кардиодилатации, лапароскопической эзофагокардиомиотомии с фундопликацией и резекции/экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой в лечении запущенных форм АК. Материал и методы. За 15-летний период наблюдения (2003-2018 гг.) в отделении

торакальной хирургии МОНИКИ находилось на лечении 320 пациентов с АК, из них 55,5% (176/320) - больные с запущенными формами АК (III-IVст.). Курсами кардиодилатации началось лечение у 124 (38,8%) пациентов. Из них у 98 (79,0%) больных было отмечено прогрессирование заболевания. В связи с этим в 83,7% случаев была выполнена лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с фундопликацией, 15 пациентам – резекция/экстирпация пищевода с эзофагопластикой. В 1% случаев лечение удалось продолжить консервативно (курсы кардиодилатации). Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с фундопликацией на сегодняшний день является «золотым стандартом» в лечении АК и была выполнена 219 (68,4%) пациентам. В объеме резекции/экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой были прооперированы 55 (17,1%) больных. Следует отметить, что период наблюдения начался в 2003 году, когда резекционные операции на пищеводе при АК еще выполнялись «открытыми» доступами. Последние несколько лет все операции по поводу запущенных форм АК нами выполнялись только видеозендоскопически. Этим объясняется тот факт, что только 24 (43,6%) больным резекция/экстирпация пищевода была проведена лапаро-торакоскопическим доступом. Результаты. Осложнения после кардиодилатации наблюдались у 11 (8,9%) пациентов (аспирационная пневмония, перфорация пищевода, кровотечение из зоны кардии). При выполнении лапароскопической эзофагокардиомиотомии с фундопликацией интраоперационные осложнения (повреждение слизистой оболочки пищевода, кровотечение) развились у 10 (3,6%) больных, но были своевременно (во время операции) диагностированы и устранены без последствий для здоровья пациентов. После резекции/экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой осложнения развились в 7 (12,7%) случаях. Для оценки отдаленных результатов лечения проведен анализ частоты развития стенозов в области анастомоза/кардии, хронических пневмоний, рецидивов дисфагии. Наиболее эффективной операцией оказалась эзофагокардиомиотомия с фундопликацией: положительный результат у 176 (94,1%) пациентов; незначительное количество рецидивов АК. Это оперативное вмешательство также оказалось высокоэффективно при лечении прогрессирования заболевания после курсов кардиодилатации. Кардиодилатация, как метод лечения, оказалась эффективной у 24 (19,7%) пациентов. Положительные отдаленные результаты лечения в случаях резекции/экстирпация пищевода

были в 25 (92,6%) случаях, что сопоставимо с эффективностью лапароскопической эзофагокардиомиотомии с фундопликацией. Выводы. Лапароскопическую эзофагокардиомиотомию с фундопликацией можно считать «золотым стандартом» лечения пациентов с запущенными формами АК. Резекцию/экстирпацию пищевода целесообразно выполнять при хронической легочной аспирации и развитии рубцового пептического эзофагита.

766. Опыт оперативных вмешательств при неорганных забрюшинных опухолях

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Греков Д.Н. (1,2), Якомаскин В.Н. (2), Сон А. И. (2), Исаев Х.М. (2).

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина»

Введение. По данным отечественной и зарубежной литературы, новообразования забрюшинного пространства (НЗО) составляют 10–15 % среди всех видов опухолей мягких тканей. В связи с этим, накопление и систематизация данных о принципах диагностики и лечения данной патологии, является прерогативой крупных онкологических центров. В лечении новообразований забрюшинного пространства в настоящий момент отдается предпочтение роботическим и лапароскопическим операциям. **Цель.** Сравнить результаты традиционного и малоинвазивного доступов при удалении неорганных забрюшинных опухолей. **Материалы и методы:** ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 43 больных с НЗО в период с 2016 по 2021 гг. в ГКБ им. С.П. Боткина. Из них традиционным доступом оперировано 28 (65,1%), лапароскопическая операция была выполнена у 11 пациентов (25,6%), робот-ассистированная – у 4 пациентов (9,3%). Мужчин было 17 (39,5%), женщин – 24 (61,5). Медиана возраста составила 54,8 года. Показанием к операции являлась местно-распространенная опухоль, не прорастающая в аорту и нижнюю полую вену. Комбинированная операция (при прорастании соседних органов) выполнялась в 9 случаях (2,1%) и

только в традиционном варианте: отмечалось прорастание в мочеточник (в 3 случаях), что обусловило необходимость выполнения резекции мочеточника в 2 случаях и нефрэктомии – в одном случае; при прорастании в хвост поджелудочной железы (удаление неорганной забрюшинной опухоли с резекцией хвоста поджелудочной железы) – в 2 случаях; в 1 случае прорастание в стенку нисходящей ободочной кишки (потребовало выполнения левосторонней гемиколэктомии); в 2 случаях – в мезоколон (резекция мезоколон), в брыжейку тонкой кишки в области илеоцекального перехода (выполнено удаление неорганной забрюшинной опухоли с резекцией слепой и тонкой кишки в области илеоцекального перехода) – 1 случай. При сравнении результатов лечения пациентов с выполненными традиционными и лапароскопическими вмешательствами, пациенты с комбинированными вмешательствами были исключены из исследования. Таким образом, в группу традиционных вмешательств (Группа 1) включено 19 пациентов. Группа малоинвазивных операций (Группа 2) составила 15 пациентов. Группы были сопоставимы по пара-метрам возраста, пола, параметрам ASA, наличия предшествующих операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, индекса массы тела ($P \geq 0,05$). Медиана размера опухоли в группе 1 составила 179,3 мм, в группе 2 – 156,1 мм, однако различие статистически недостоверно. **Результаты исследования.** Медиана длительности операции в группе 1 составила 143,8 мин, в группе 2 – 183,4 мин. В группе 1 количество осложнений по классификации Clavien-Dindo 3-4 было 3 (15,8%), в группе 2 – 2 (13,3%). Медиана длительности послеоперационного койко-дня в группе 1 составила 9,6 дней, в группе 2 – 5,4 дня. Конверсий в группе малоинвазивных операций не было. Статистически достоверное различие между двумя группами выявлено только по параметру длительности послеоперационного койко-дня ($P \geq 0,05$). Летальных исходов в анализируемых группах не было. **Выводы.** С учетом полученных нами данных, лапароскопические и роботические вмешательства являются альтернативой традиционным операциям по удалению злокачественных неорганных забрюшинных опухолей. Критерием выбора миниинвазивного доступа при данной патологии мы считаем отсутствие необходимости проведения мультिवисцеральных резекций. Прогресс в развитии лапароскопической и роботической технологий может обусловить более широкие показания к проведению миниинвазивных операций, однако это требует проведения

рандомизированных исследований.

многоцентровых

767. Хирургическое лечение местнораспространенного рака желудка

*Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2),
Бедин В.В. (1,2), Греков Д.Н. (1,2),
Якомаскин В.Н. (2), Кузьменко А.А. (2)*

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» ДЗМ

Введение. Рак желудка является одной из самых распространенных злокачественных опухолей и ведущей причиной смертности среди онкологических пациентов во всем мире. Главной причиной столь высокого уровня смертности больных с раком желудка является несвоевременная диагностика и соответственно позднее начало лечения. Более 80% пациентов на момент установления диагноза уже имеют метастазы. При этом 90% случаев злокачественных опухолей желудка, выявленных на ранних стадиях, поддаются хирургическому лечению. На сегодняшний день все больший приоритет в лечении таких больных отдается малоинвазивным вмешательствам. Выбор объема и метода хирургического лечения во многом зависит от распространенности процесса. Так, при раннем раке средней и нижней трети тела желудка операцией выбора является лапароскопическая дистальная резекция желудка с лимфодиссекцией D1, в то время как при местно-распространенных формах рака желудка (T2-4aN0-3M0, Ib-IIIc стадии) показана D2 лимфодиссекция, что технически выполнить лапароскопическим доступом сложнее. Цель. Сравнить результаты открытого и лапароскопического доступов в хирургии местнораспространенного рака желудка. Материалы и методы. В период с 2016 по 2021 гг. в ГКБ им. С.П. Боткина выполнено 314 операций при местнораспространенном раке желудка, из них 251 (80%) выполнено открытым, а 63 (20%) лапароскопическим доступом. Мужчин 169 (56%), женщин 145 (44%). Возраст больных варьировал от 29 до 84 лет. Все больным в обязательном порядке

выполняется КТ 3/х зон. Пациенты с опухолью cT3,4 и N+ выполнялась диагностическая лапароскопия с перитонеальными смывами. При выявлении свободных опухолевых клеток и /или канцероматоза, пациенты были отправлены на неоадьювантную полихимиотерапию. Показанием к операции являлся местнораспространенный рак желудка T2-4aN0-3M0, Ib-IIIc стадии. Виды проведенных операций: гастрэктомия (n=215), проксимальная резекция (n=26), дистальная резекция (n=73) желудка. Объем лимфодиссекции во всех случаях был D2. Учитывая местнораспространенный характер процесса в отдельных случаях объем операции был расширен до комбинированной гастрэктомии со спленэктомией (n=16), гастрэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки (n=8), гастрэктомия с дистальной резекцией поджелудочной железы (n=5). Комбинированных вмешательств в группе лапароскопических вмешательств не было. Из 63 операций проведенных лапароскопическим доступом в 8 случаях выполнена конверсия доступа, в связи с распространенностью процесса (n=7), неконтролируемым кровотечением (n=1). Результаты: Длительность операций в группе открытых вмешательств составила от 105 до 345 мин, в группе лапароскопических от 145 до 370 мин. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде ни в одной из наблюдаемых групп не было. Средний послеоперационный койко-день составил 8,6, из них средний койко – день в ОРИТ составил от 1 до 3 суток. Осложнения наблюдались в 16 случаях (5%) всех оперированных больных, при этом 15 из них в группе открытых вмешательств: кровотечение в раннем послеоперационном периоде, что потребовало незамедлительной релапаротомии, гемостаза (n=7), несостоятельность анастомоза (n=8), 4 из которых потребовали лапаротомии, в 3 случаях удалось ограничиться эндоскопическими вмешательствами и консервативной терапией. В группе лапароскопических вмешательств осложнение наблюдалось в одном случае -на 6-е сутки после гастрэктомия D2 на релапароскопии был выявлен некроз желчного пузыря (n=1), в связи с чем была выполнена релапароскопия, холецистэктомия. Среднее количество удаленных собранных лимфатических узлов составило 28 (+5) в группе открытых вмешательств и 23 (+4) в группе лапароскопических вмешательств. Выводы. Лапароскопические операции прочно вошли в стандарт хирургического лечения ранних форма рака желудка. Расширение показаний при местнораспространенном раке требуют дальнейшего изучения и должны выполняться только в высокопоточковых центрах.

768. Хирургическое лечение больных колоректальным раком, осложненным перфорацией

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Бедин В.В. (1,2), Дolidзе Д.Д. (1,2), Гугнин А.В. (1)

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ»

Актуальность. В хирургическом лечении осложненных форм колоректального рака (КРР) по-прежнему остается много нерешенных задач, которые характеризуются большим количеством как диагностических и терапевтических проблем, так и выбором эффективного метода хирургического пособия. КРР, осложненный перфорацией, по данным ОМО Департамента здравоохранения Москвы встречается в 13% случаев в структуре всех осложнений. Послеоперационная летальность по стационарам города Москвы варьирует от 24% до 80%. В связи этим, понимание характера перфорации при КРР, которое возможно в сочетании с явлениями перитонита или без него, важно для выбора рекомендуемого объема хирургического вмешательства и для обеспечения благоприятных результатов ведения данной группы пациентов. Материалы и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты клинического наблюдения 154 больных КРР, осложненных перфорацией, которые находились на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы с 2016 по 2021 гг. В зависимости от вида перитонита больные были разделены на две группы. В I группу вошли 95 больных с разлитым перитонитом, во II группу 59 пациентов с отграниченным перитонитом. Группа II подразделялась на две подгруппы наблюдаемых: IIa – с прикрытой перфорацией (n=38), IIb – с пенетрацией в забрюшинное пространство (n=21). В исследуемых группах были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция левых отделов кишки с формированием одностольной стомы – 90 (58,4%), правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза – 5 (3,2%), правосторонняя гемиколэктомия с формированием колостомы – 22 (14,2%), выведение петлевой стомы со вскрытием внебрюшинного абсцесса – 21 (13,5%), выведение петлевой стомы с ушиванием перфорации – 16 (10,6%). Полученные результаты. В исследуемый период оперативная активность при КРР, осложненном перфорацией, составила 98%. У

большинства пациентов (102 из 154) с перфорацией кишки имелись признаки выраженной интоксикации. При этом тяжелый сепсис отмечен у 32 больных, септический шок – у 18. Осложнения в послеоперационном периоде (1-17 сутки) возникли у 95 из 154 (61,7%) больных. Вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом и резекционные операции сопровождались меньшим числом осложнений, чем ушивание перфорации опухоли с выведением стомы (60,2%, 63,1% и 72,1%). В то же время, экстренная резекция при разлитом перитоните спасала жизнь больному. Летальность при КРР, осложненном перфорацией, составила 36,5%. Реже летальные исходы зарегистрированы после вскрытия абсцесса внебрюшинным доступом и резекционных вмешательств, чем после ушивания перфорации опухоли с выведением стомы (37,8%, 35,4% и 52,9%). Пациентам с отграниченным перитонитом, которым в экстренном порядке выполнено вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом или ушивание перфорации, на втором этапе (через 2-3 недели) произведены плановые резекционные операции в сочетании с адьювантной ХТ. Обсуждение. Таким образом, при поступлении в стационар больного с подозрением на КРР, осложненный перфорацией, необходимо произвести незамедлительный осмотр и обследование в приемном отделении. Важным фактором является своевременное выявление пациентов с картиной разлитого перитонита и абдоминальным сепсисом. Пациенты с SIRS3-4 требуют перевода в ОРИТ с решением вопроса об экстренной операции. Выбор хирургического пособия зависит от характера перфорации (перфорация в свободную брюшную полость или пенетрация в забрюшинное пространство), общего состояния больного, возраста и давности процесса. Выводы и рекомендации. Исходя из указанного выше, представляется возможным заключить, что при перфорации самой опухоли, без явлений разлитого перитонита, выполняются одномоментные резекционные операции и возможно формирование анастомоза. Больным с диастатической перфорацией, находящимся в тяжелом состоянии, обусловленным выраженным эндотоксикозом, оптимальной хирургической тактикой является использование многоэтапных хирургических вмешательств.

769. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки

Шабунин А.В., Бедин В.В., Багателия З.А.,
Гугнин А.В., Долодзе Д.Д.

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ»

Актуальность. Работа большинства многопрофильных стационаров ежегодно характеризуется увеличением операционной активности, основанной на совершенствовании хирургической тактики, а также внедрении комбинированных методов анестезиологической поддержки. Не смотря на эти совершенствования, по-прежнему сохраняется рост числа больных с грыжами передней брюшной стенки. На сегодняшний день наряду с традиционными способами оперативного лечения грыж активно применяются видеоэндоскопические технологии, однако даже они не гарантируют риска возникновения рецидива грыжи в послеоперационном периоде. В связи с этим, проведен сравнительный анализ различных видов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в ГКБ им. С.П. Боткина за 2020-2021 гг. Материалы и методы. В период с января 2020 по декабрь 2021 гг. в плановых хирургических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина выполнено 1307 оперативных вмешательств. Из них открытым способом выполнено 411 (31,4%) операций (группа I), лапароскопическим - 896 (68,6,2%) (группа II). В группе I больным с первичными грыжами (пупочными, грыжами белой линии живота, паховыми) и послеоперационными грыжами применена сепарационная герниопластика с установкой импланта в модификации Sub или In laу, а также грыжесечение по Лихтенштейну. В группе II больным выполнялась лапароскопическая герниопластика композитными имплантами с противоспаечным покрытием в модификации IPOM, эндовидеохирургическая eTEP-, TAPP-, TEP-герниопластика. Эндовидеохирургические вмешательства выполнялись под общей анестезией в сочетании с интерфасциальными блокадами, традиционные – под спинально-эпидуральной или общей. Полученные результаты. В группе I у 12 (2,9%) больных из 411 в послеоперационном периоде были зарегистрированы осложнения (серома, гематома, формирование свищей). Во II группе (896) осложнения выявлены в 7 (0,8%)

случаях (серома, ранняя спаечная кишечная непроходимость). Летальные исходы случились в двух случаях (в каждой из групп по одному). В одном случае смерть больного с паховой грыжей наступила после открытой герниопластики по Лихтенштейну на 3 сутки после операции в результате развития острой сердечно-сосудистой недостаточности, в другом случае у больного с пупочной грыжей после eTEP-герниопластики через 6 часов после операции в результате острого трансмурального инфаркта миокарда. Лечение послеоперационных осложнений проводилось всем больным на базе хирургического стационара. Стабилизация состояния была достигнута и компенсирована за счет проведения комплексной консервативной терапии, в 3 случаях потребовалось повторное проведение оперативного вмешательства, в 4-х применение пункционно-дренирующих методов под УЗИ-навигацией. В отдаленном периоде наблюдения рецидив возникновения грыжи в группе I установлен у 5 (1,2%) больных, в группе II – 4 (0,4%). Средняя продолжительность госпитализации в I группе составила 4,7 койко-дня, во II группе – 3,2 койко-дня. Обсуждение. Проанализировав полученные результаты в исследуемых группах, отмечены более высокие показатели эффективности лечения во II группе, которые удалось достигнуть за счет применения эндовидеохирургических методик. Это отразилось в снижении показателей процента послеоперационных осложнений – 0,8%, послеоперационной летальности – 0,1%, а также позволило значительно сократить среднюю длительность госпитализации до 3,2 койко-дней. Выводы и рекомендации. С учетом полученной информации планируется сохранение среднего койко-дня у плановых больных на прежних цифрах. В этой связи рассматривается более широкое внедрение лапароскопических и миниинвазивных технологий в лечении грыж передней брюшной стенки, позволяющих более быструю реабилитацию со снижением процента послеоперационных осложнений, и в связи с этим, более раннюю выписку больных. Для улучшения работы хирургической клиники, как в плановой, так и экстренной хирургии необходимо, в первую очередь, повышать профессиональный уровень каждого врача и медицинской сестры.

770. Рентгенэндоваскулярные методы гемостаза в лечении пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями в условиях экстренного стационара

*Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2),
Багателья З.А. (1,2), Араблинский А.В.,
Шиков Д.В. (1), Цуркан В.А. (1)*

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) являются одной из наиболее частых причин неотложной госпитализации пациентов в стационары хирургического профиля. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости данной патологии. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта достигают 85% всех ЖКК. Несмотря на успехи медицины, летальность в группе консервативной терапии достигает 14-20%, а в группе оперированных больных летальность превышает 20%. В связи с этим представляется перспективным использование минимально инвазивных гемостатических рентгенэндоваскулярных технологий. Цель. Провести оценку безопасности и эффективности urgentных рентгенэндоваскулярных методов гемостаза у пациентов с ЖКК. Материалы и методы. За период с января 2018 г. по декабрь 2021 г. в хирургическую клинику поступило 162 пациентов с ЖКК. Среди них преобладали лица мужского пола (94 (59,2%) больных). Возраст пациентов варьировался от 19 до 93 лет (средний возраст 53,2±5,7 лет). Причинами кровотечений являлись злокачественное новообразование поджелудочной железы и желудка (n=19, n=24, соответственно), злокачественное новообразование прямой кишки (n=15), язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (n=42/60), венозное кровотечение при осложненном течении портальной гипертензии (n=2). Всем пациентам первым этапом лечения проводились консервативная гемостатическая терапия и применялись эндоскопические методы гемостаза. Рентгенэндоваскулярный гемостаз использовали у пациентов с рецидивом и/или высоким риском рецидива кровотечения в соответствии с эндоскопическими критериями. Всем 162 пациентам выполняли диагностическую висцеральную ангиографию для оценки сосудистой анатомии и верификации целевого сосуда, прямых или косвенных признаков кровотечения, технической возможности рентгенэндоваскулярной

окклюзии. Результаты. На диагностическом этапе вмешательство завершено у 17 больных в связи с отсутствием ангиографических признаков кровотечения (n=10) или технической невозможностью селективной катетеризации афферентного сосуда (n=7). У 145 пациентов при диагностической ангиографии выявлены признаки продолжающегося кровотечения. Источником кровотечения являлись ветви гастродуоденальной артерии (n=79), ветви левой желудочной артерии (n=66), ветви нижней брыжеечной и внутренней подвздошной артерии (n=15), варикозно-расширенные вены пищевода и желудка (n=2). В качестве эмболизирующего материала использовали: частицы поливинилалкоголя (n=30), микроспирали (n=92), комбинацию частиц поливинилалкоголя и спиралей (n=38), двум пациентам с рецидивирующим кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка проведена экстренная операция наложения эндоваскулярного чрескожного чреспеченочного порто-кавального анастомоза (TIPS). Непосредственный рентгенэндоваскулярный гемостаз достигнут у всех пациентов. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде развился рецидив ЖКК, потребовавший повторного эндоскопического гемостаза с положительным лечебным эффектом. Все пациенты выписаны с улучшением клинического состояния. Заключение. Рентгенэндоваскулярные методы в лечении пациентов с ЖКК являются малотравматичными, безопасными и эффективными у пациентов с высоким риском рецидива или продолжающимся острым ЖКК.

771. Временное закрытие брюшной полости с созданием отрицательного давления в лечении разлитого перитонита

*Шабунин А.В., Бедин В.В., Долидзе Д.Д.,
Бочарников Д.С., Шиков Д.В., Колотильщиков А.А.,
Эминов М.З.*

Москва

ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ

Актуальность. На вторичный перитонит приходится 1% экстренных госпитализаций, и он является второй ведущей причиной сепсиса у пациентов в отделениях интенсивной терапии во всем мире. Общая летальность составляет 6%, но у пациентов с тяжелым сепсисом летальность возрастает до 70%. Материалы и методы. В данной работе проанализированы результаты лечения пациентов с распространенным перитонитом, находившихся в ГКБ им. С.П. Боткина с 2020 по 2021 гг. В исследование включены 139 пациентов вторичным распространенным перитонитом различной этиологии. Пациенты распределены на 2 группы: I - основная (n=76), в которой для управления открытым животом использовались системы отрицательного давления (VAC-система); II – контрольная (n=63), в которой производились санационные вмешательства по плану с ушиванием только кожи и пассивным дренированием брюшной полости. Средний возраст пациентов в I группе составил 64,5 лет, во II группе - 59,7 лет. Онкологические пациенты в группе I – 27 человек (35,5%), в группе II – 21 человек (33,3%). Для оценки тяжести состояния пациента использовалась шкала APACHE II и Мангеймский индекс перитонита. Средний балл по шкале APACHE II в группе I соответствовал 25,8 балла, в группе II - 21,4 балла. Средний Мангеймский индекс перитонита в группе I - 27,7 балла, в группе II - 26,2 балла. В I группе первая операция завершалась установкой VAC-системы с защитной абдоминальной пленкой по методике, рекомендованной производителем. Устанавливался уровень отрицательного давления 100 мм рт ст в постоянном режиме. Замена VAC-системы с оценкой состояния брюшной полости производилась с интервалом 48 часов. В группе II после принятия решения о необходимости повторных санаций устанавливались дренажи в брюшную полость, ушивалась только кожа. Повторные санации производились с интервалом 24 часа. Полученные результаты. В первой группе средняя длительность лечения составила 14,4 дней, среднее количество санационных вмешательств -

2,7, летальность - 36,8 % (28 человек). Во второй группе средняя длительность лечения была 15,9 дней, среднее количество санационных вмешательств - 3,9. Летальность в группе II - 42,8 % (27 человек). В основной группе отмечено развитие следующих осложнений по классификации Clavien-Dindo: III степень – 4 (5,4%); IV степень – 2 (2,7%). В контрольной группе было 5 (7,9%) осложнений III степени и 1 (1,6%) осложнение IV степени по Clavien-Dindo. Обсуждение. Использование стратегии открытого живота с применением систем отрицательного давления для временного закрытия брюшной полости при разлитом перитоните предполагает раннее выявление и улучшенный дренаж остаточной инфекции, контроль устойчивого источника инфекции, более эффективное удаление перитонеальной жидкости, богатой цитокинами, обеспечивает профилактику развития абдоминального компартмент синдрома и позволяет безопасно формировать отсроченные межкишечные анастомозы. Выводы. Применение терапии отрицательным давлением в лечении больных с разлитым перитонитом позволяет снизить летальность, уменьшить длительность пребывания пациента в стационаре, уменьшить количество этапных санаций брюшной полости. Рекомендации. У пациентов с разлитым вторичным перитонитом и необходимостью повторных санаций рекомендовано применение временного закрытия брюшной полости является использование системы с созданием отрицательного давления.

772. Малотравматичные хирургические способы лечения осложнений хронического панкреатита

*Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М.,
Венгеров В.Ю., Карпов А.А.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Актуальность. За последнее десятилетие регистрируется неуклонный рост заболеваемости хроническим панкреатитом и его осложнений. Заболеваемость хроническим панкреатитом в Российской Федерации составляет 27,4-50 случаев на 100000 населения в год. Последние годы

характеризуются широким внедрением эндоскопических способов лечения осложнений хронического панкреатита. Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с 2017г. по апрель 2021г. находились на лечении 359 больных с хроническим панкреатитом. Средний возраст пациентов составил $48,7 \pm 16,3$ лет (от 20 до 82 лет), большую часть больных мужчины 276 (77,1%), женщин 82 (22,9%). У 147 (41,1%) больного выявлены псевдокисты поджелудочной железы, изолированный вирсунголитиаз либо стриктура главного панкреатического протока с вирсунгэктазией диагностированы у 37 (10,3%) пациентов, неполные наружные и внутренние панкреатические свищи диагностированы в 18 (5,1%) случаях, обтурация интрапаренхимотозной части общего желчного протока, за счёт, фиброзных изменений головки поджелудочной железы, с развитием механической желтухи или холангита, выявлены у 25 (6,8%) пациентов, псевдоаневризмы ветвей чревного ствола встречались в 13 (3,6%) случаях, в 119 (33,1%) случаях хронический панкреатит характеризовался совокупностью нескольких осложнений одновременно. Результаты и обсуждение. За период с 2017 по декабрь 2021 года было выполнено 230 малотравматичных хирургических вмешательств по поводу осложнений хронического панкреатита, при этом как этапный способ у 36 больных. Осложнения различной степени тяжести диагностированы у 27 (11,7%) пациентов, летальный исход в 2 (0,8%) случаях. Пациентам с изолированной псевдокистой поджелудочной железы, при размере более 5см, выполнялось эндоскопическое формирование цистогастроанастомоза (ЦГА) нитиноловым саморасширяющимся стентом, либо двумя пластиковыми стентами. В 74 случаях выполнялось формирование цистогастроанастомоза нитиноловым саморасширяющимся стентом, в 59 случаях двумя пластиковыми стентами. При этом ЦГА формировался как этапный способ лечения у 8 пациентов. В 14 случаях диагностированы псевдокисты менее 5см, в связи с чем пациентам эндоскопическое вмешательство не выполнялось, и пациенты находятся под динамическим наблюдением. Всем 37 пациентам с изолированным вирсунголитиазом либо стриктурой главного панкреатического протока проводилось эндоскопическая вирсунголитиекстракция со стентированием главного панкреатического протока. В 2 случаях эндоскопическое вмешательство было не эффективно, что потребовало выполнения лапаротомных дренирующих хирургических вмешательств.

Пациентам с неполными наружными либо внутренними панкреатическими свищами выполнялось эндоскопическое дренирование главного панкреатического протока. В 15 случаях эндоскопическое вмешательство было эффективным, а 3 пациентам в последующем потребовалось лапаротомное хирургическое вмешательство. Пациентам с механической желтухой на фоне хронического панкреатита выполнялось эндоскопическое стентирование холедоха. При этом как этапный способ лечение эндоскопическое стентирование холедоха применялось у 21 больного, а как окончательный способ лечения у 4 больных с тяжелой сопутствующей патологией. Пациенты с псевдоаневризмами ветвей чревного ствола поступали в экстренном порядке с клинической картиной желудочно-кишечных кровотечений. Всем пациентам первым этапом выполнялась эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии. В 11 случаях данное вмешательство было эффективным, 2 пациентам, у которых эндоваскулярное вмешательство было не эффективным, выполнялись лапаротомные вскрытие псевдокисты поджелудочной железы и прошивание аррозированного сосуда. Выводы. Малотравматичные хирургические вмешательства являются эффективным методом лечения осложнений хронического панкреатита и могут применяться как окончательный способ лечения, а в ряде случаев как этапный способ, для подготовки пациента к лапаротомному хирургическому вмешательству.

773. Стационар кратковременного пребывания – альтернатива круглосуточного стационара

Шабунин А.В., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Маер Р.Ю., Венгеров В.Ю., Логинов К.А., Полянский В.Л.

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, 2) ФГБОУ РМАНПО Российской Федерации

Актуальность. В связи с пандемией новой коронавирусной инфекции и переформированием коечного фонда ДЗМ, имеется необходимость снижения нагрузки на хирургий круглосуточный

стационар. В структуре Департамента здравоохранения города Москвы функционируют стационары кратковременного пребывания хирургического профиля (СКП) с 2016 года. Работа СКП направлена на проведение хирургических вмешательств и выписку больных в течение одного рабочего дня. Материалы и методы. В стационаре кратковременного пребывания №1 ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина с 2017 по декабрь 2021 года находились на лечении 29198 пациентов, из них 9988 пациентов было хирургического профиля. За данный период 2084 больным проводились хирургические вмешательства под эндотрахеальным наркозом по поводу желчекаменной болезни и грыж передней брюшной стенки. Из них 1671 пациенту выполнялись различные хирургические вмешательства с использованием эндохирургических технологий, а 413 больным выполнялись операции традиционным доступом. Средний возраст пациентов, которым выполнялись хирургические вмешательства под эндотрахеальным наркозом в условиях стационара кратковременного пребывания, составил $41,9 \pm 15,1$ года (от 20 до 70 лет), из них мужчин 1238 (59,3%), женщин 846 (40,7%). У всех пациентов анестезиологический риск проведения хирургического вмешательства относился к I-III классу ASA. Среднее время операции составило $43,5 \pm 13,5$ минуты. В послеоперационном периоде больных находились в стационаре кратковременного пребывания от 3 до 6 часов. После динамического наблюдения и активизации пациенты выписывались на амбулаторное долечивание. За аналогичный период в круглосуточном стационаре было выполнено 9348 хирургических вмешательств. В послеоперационном периоде больных, которым выполнялись аналогичные хирургические вмешательства, находились в круглосуточном стационаре от 2 до 3 суток. Результаты. За период с 2017 по 2021 год доля проводимых хирургических вмешательств под эндотрахеальным наркозом в условиях стационара кратковременного пребывания неуклонно растет. В 2017 году доля проводимых лапароскопических холецистэктомий по поводу хронического калькулезного холецистита в условиях стационара кратковременного пребывания составляла 5,2% от всех операций, выполняемых ГКБ им. С.П. Боткина, в 2021 году этот показатель составил 18,6%. У больных, с паховыми грыжами доля проводимых трансабдоминальных преперитонеальных протезирующих герниопластик в условиях СКП в 2017 году составила 8,4%, а в 2021 году достигла до 29,2%. Доля традиционные и

лапароскопические герниопластики выполняемые по поводу пупочных послеоперационных грыж, проводимых в условиях СКП в 2017 году составила 11,2%, а в 2021 году этот показатель составил 32,4%. Выводы. Стационар кратковременного пребывания является альтернативой круглосуточному стационару, позволяющей сконцентрировать на себе неоттягоченных пациентов и тем самым снизить нагрузку на круглосуточный стационар.

774. Выбор лечебной тактики у пациентов с панкреонекрозом в зависимости от фазы заболевания

*Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2),
Лукин А.Ю. (1,2), Коржева И.Ю. (1,3), Шиков Д.В. (2),
Колотильщиков А.А. (2), Калашникова Е.А. (2)*

Москва

1. Кафедра хирургии РМАНПО МЗ РФ.

Актуальность. Острый панкреатит – одна из наиболее частых экстренных хирургических патологий. По частоте встречаемости за 2020 год острый панкреатит занимает 3 место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. В последние годы наблюдается рост числа пациентов с деструктивной формой заболевания. Основная доля – лица трудоспособного возраста. Стабильно высокими остаются показатели летальности и послеоперационных осложнений. Все это обуславливает медицинскую, социальную и экономическую значимость данной проблемы. Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 296 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, находившихся в хирургической клинике Боткинской больницы за период с 2018 по 2021 годы. Выбор оптимального способа лечения острого панкреатита тяжёлой степени осуществлялся на основании разработанного в клинике принципа «диагностического моделирования панкреонекроза», применяемого в раннюю фазу заболевания и подразделения гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза на «Типы» в позднюю фазу. Консервативная терапия без последующего оперативного лечения применена в лечении 132 (44,6%) пациентов. Количество летальных исходов среди данных

пациентов: 14 (10,6%). В зависимости от диагностированной клинико-инструментальной картины и определенной «Модели» панкреонекроза, в раннюю фазу по строгим показаниям применены малотравматичные методы лечения. Так стентирование главного панкреатического протока применено у 25 (8,4%) пациентов. Показанием является наличие диагностированных патологических изменений, локализованных в проксимальных отделах поджелудочной железы, с признаками диссоциации панкреатической протоковой системы («Модель III»). Из них положительный результат (установка стента) наблюдался у 18 (72%) пациентов, у 7 (28%) пациентов не удалось провести эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока. Отмечено развитие 4 (16%) осложнений и 2 (8%) летальных исходов. Чрескожное дренирование под УЗ-наведением как самостоятельный метод лечения применен у 27 (9,1%) больных. Показанием к применению – наличие острых жидкостных коллекторов, доступных дренированию. Количество осложнений – 3 (11,1%), количество летальных исходов среди данных пациентов – 3 (11,1%). В позднюю фазу заболевания проводилось подразделение на «Типы» панкреонекроза, в зависимости от чего определялся оптимальный способ секвестрэктомии. В лечении 34 (11,5%) пациентов применена эндоскопическая транслуминальная секвестрэктомия. Показанием к использованию послужил диагностированный «Тип I» панкреонекроза. Наблюдалось 3 (8,8%) осложнения и 1 (2,9%) летальный исход. Видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия применена у 14 (4,7%) пациентов (из них «Тип IIa» диагностирован у 10 пациентов, «Тип IIIa» у 4 пациентов). Количество послеоперационных осложнений: 2 (14,3%), летальность отмечена в 1 (7,1%) случае. Комбинация чрескожного дренирования в сочетании с ВАРС и открытым способом секвестрэктомии выполнена у 25 (8,4%) пациентов. «Тип IIb» отмечен у 16 пациентов, «Тип IIIb» у 9 пациентов. Среди данных больных послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (12%) случаях, летальность в 4 (16%) случаях. Открытый способ секвестрэктомии использован в лечении 64 (21,7%) пациентов с диагностированным «Типом IV» панкреонекроза. Среди данных пациентов количество осложнений составило 7 (10,9%), летальность – 10 (15,6%). Полученные результаты: Общая летальность составила 35 (11,8%). Послеоперационная – 21 (12,8%). Количество послеоперационных осложнений: 22 (13,4%). Обсуждение. Дальнейшее накопление

опыта применения малотравматичных способов секвестрэктомии позволит снизить число осложнений и летальность, тем самым способствуя непосредственному улучшению результатов лечения. Выводы и рекомендации. Клинико-диагностическое моделирование в раннюю и «типирование» в позднюю фазу заболевания позволяют осуществить выбор оптимальной лечебной тактики и служат причиной улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом.

775. Лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства в хирургии колоректального рака

Шабунин А.В. (1,2), Багателя З.А. (1,2), Греков Д.Н. (1,2), Лебедев С.С. (1,2), Якомаскин В.Н. (1), Кулушев В.М. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», 2) Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ

Введение. Робот-ассистированные (РА) и лапароскопические (ЛА) вмешательства занимают ведущие позиции в лечении различных форм колоректального рака (КРР) и по данным рандомизированных исследований имеют преимущества по многим интраоперационным параметрам и онкологическим результатам перед классической открытой методикой выполнения аналогичных вмешательств. Цель. Сравнить непосредственные результаты РА и ЛА операций при КРР. Материалы и методы: с 2016 по 2021 проанализированы данные о хирургическом лечении 984 пациентов с КРР. В зависимости от того какой способ вмешательства (ЛА или РА) использовали, пациентов разделили на 2 группы. В анализ включили интраоперационные характеристики (продолжительность операции, частоту конверсий) и непосредственные результаты (сроки восстановления моторики кишечника, начала перорального питания, длительность госпитализации, частоту осложнений и летальность). Результаты. Всего выполнено 984 операции, среди которых 428 (43,5%) – ЛА, 74 (7,5%) – РА, 482 (49,0%) – традиционные «открытые»

(исключены из анализа). По поводу рака правой половины ободочной кишки было выполнено 109 (25,4%) ЛА и 18 (24,3%) РА вмешательств. При раке левой половины ободочной кишки выполнено 206 (48,1%) ЛА и 34 (49,5%) РА вмешательств. При раке прямой кишки выполнено 113 (26,5%) ЛА и 22 (26,2%) РА вмешательств. Отмечено, что количество операций при раке левой половины ободочной кишки в обеих группах было больше, чем при раке прямой кишки и правой половины ободочной кишки. Такую тенденцию к распределению операций мы связываем с большим количеством пациентов с локализацией рака в левых отделах ободочной кишки. Продолжительность операции в группе РА вмешательств была выше за счет необходимости выполнения «докинга» (212±36 мин – в группе ЛА операций, 287±59 мин – в группе РА операций, время докинга - 47±20 мин). В группе РА операций частота конверсии доступа была выше и составила 15% (7,8% в ЛА доступ, 6,2% - в традиционный доступ) против 2,8% в группе ЛА. По остальным параметрам группы не отличались. Также отмечено, что РА технологии чаще применяли у пациентов с локализованными формами рака (Т1-Т3 по классификации TNM). При местно-распространенных формах заболевания отдавали предпочтение ЛА или традиционному «открытому» доступу. Послеоперационные результаты в обеих группах достоверно не различались в связи относительно небольшой выборкой РА операций. В группе РА вмешательств была отмечена тенденция к более раннему началу энтерального питания и восстановлению моторики кишечника. Средний послеоперационный койко-день также был ниже в группе РА (6,5 ±1,2 против 7,2±1,8) чем в группе ЛА. Несостоятельность межкишечного анастомоза в группе РА была 1 (1,4%), в группе ЛА – 9 (2,1%). Летальность отмечена в обеих группах. В группе РА 2 (2,7%) случая летальности, которые были обусловлены развитием ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде. При лапароскопических вмешательствах летальность была в 4 (0,9%) случаях в результате несостоятельности анастомоза и разлитого перитонита. Выводы. Развитие лапароскопических и роботических технологий стало альтернативой традиционной «открытой» хирургии в лечении больных с КРР, более того, малотравматичность РА и ЛА вмешательств позволяет достигать хороших непосредственных результатов, не снижая при этом отдаленные онкологические показатели.

776.Превентивная рентгенэндоваскулярная эмболизация в лечении пациентов с высоким риском рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений

*Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2),
Бедин В.В. (1,2), Шиков Д.В. (1),
Араблинский А.В. (1,2), Цуркан В.А. (1),
Бочарников Д.С. (1), Колотильщиков А.А. (1),
Соколов К.А. (1)*

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», 2) Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Язвенная болезнь по-прежнему является основной причиной кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта без варикозного расширения вен, а геморрагический шок или его последствия являются основной причиной смертности при данной патологии. Частота встречаемости гастродуоденальных язвенных кровотечений остается на стабильно высоком уровне, составляя 90-160 случаев на 100 тыс населения в год. Показатели общей летальности достигают 23%, возрастая в случае рецидива кровотечения до 40%. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в период с 2015 по 2021 гг. В исследование включены 131 пациент, у которых после эндоскопического гемостаза сохранялся высокий риск рецидива и высокий анестезиологический риск. Критериями высокого риска рецидива кровотечения была оценка по шкале Forrest I – IIb, а также оценка по шкале Rockall более 5 баллов. Анестезиологический риск - ASA выше 3 баллов. Пациенты распределены на 2 группы: I – основная (пациенты с 2020-2021) (n=63), в которой использовалась превентивная рентгенэндоваскулярная эмболизация после успешного эндоскопического гемостаза у пациентов с высоким риском повторного кровотечения; II – контрольная (период 2015-2019) (n=68), в которой рентгенэндоваскулярный гемостаз использовался только после рецидива кровотечения и дважды неэффективного эндоскопического гемостаза. Полученные результаты. Всем пациентам на первом этапе проводилась экстренная видеогастродуоденоскопия, в условиях операционной отделения неотложной хирургии или в условиях шоковой палаты реанимационного

отделения, с комбинированным эндоскопическим гемостазом с последующей оценкой через 4-6 часов. В группе I эмболизация выполнена у 54 (85,7%) пациентов. Рецидив кровотечения отмечен в 3 (4,7%) после рентгенэндоваскулярного гемостаза. Лапаротомия потребовалась 2 пациентам (3,1%). Общая летальность – 4(6,3%). Послеоперационная летальность – 1 (1,6%). В группе II рецидив кровотечения после успешного первичного эндоскопического гемостаза наблюдался у 29 (42,6%) человек. Рентгенэндоваскулярная эмболизация выполнена у 16 (23,5%) пациентов с рецидивом кровотечения. Лапаротомия потребовалась 6 (8,8%) пациентам. Общая летальность – 8 (11,8%). Послеоперационная летальность – 3 (10,3%). В обеих группах отмечены следующие осложнения: постэмболизационный синдром – 6 (7,2%), ишемия слизистой желудка и ДПК – 5 (6,0%). Эмболизация оказалась неэффективна в 3 случаях (3,6%). Рентгенэндоваскулярная эмболизация проводилась по стандартной методике гемостатической губкой – 8 (9,6%), микросферами – 24 (32,0%) и спиральями – 43 (57,3%), комбинацией микросфер и спиралей – 8 (10,6%). В 29 случаях выполнена эмболизация левой желудочной артерии (34,9%), в 54 случаях эмболизация гастродуоденальной артерии (65,1%). Обсуждение. В последние годы все более широкое применение получают рентгенэндоваскулярные способы лечения. Существующие клинические рекомендации предлагают использовать рентгенэндоваскулярную эмболизацию только при рецидиве кровотечения, если эндоскопический гемостаз дважды неэффективен. Одним из путей снижения возможности рецидива гастродуоденального кровотечения, а также летальности является использование превентивного рентгенэндоваскулярного гемостаза у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения. Выводы и рекомендации. Применение превентивной рентгенэндоваскулярной эмболизации при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения и тяжелым коморбидным фоном позволяет уменьшить как частоту рецидивов гастродуоденального кровотечения, так и уменьшить необходимость в лапаротомии. Что в свою очередь обеспечивает снижение уровня внутрибольничной летальности.

777.Современные подходы к лечению гепатоцеллюлярной карциномы в условиях высокопоточного хирургического центра

*Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2),
Тавобилов М.М. (1,2), Дроздов П.А. (1),
Карпов А.А., (1), Цуркан В.А., (1),
Чеченин Г.М. (1,2)*

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», 2) Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Рост заболеваемости гепатоцеллюлярной карциномой в последние годы обуславливает необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению таких пациентов. Материалы и методы. В хирургической клинике Боткинской больницы за период с 2007 по 2021 годы находилось на лечении 408 пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой. 104 пациентам выполнены резекции печени, 57 – методики физического воздействия (РЧА и СВЧ-абляция), 162 - трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ), пяти - ортоптическая трансплантация печени. Гибридные технологии в виде сочетания методов локальной деструкции и регионарной химиотерапии использованы у 34 больных. Лекарственную терапию получали 157 пациентов с ГЦК. В исследовании оценены как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения. Результаты. Непосредственные результаты хирургического лечения (количество общехирургических осложнений в послеоперационном периоде и его длительность) у больных гепатоцеллюлярной карциномой были следующими. Процент осложнений по Clavien-Dindo (II-V) составил у больных после резекций печени 16,3%, после применения методов локального воздействия - 12,2%, после ТАХЭ- 5,6%. Трансплантационные технологии осложнились в 20% случаях. Результаты отдаленной выживаемости были следующими: резекции печени обусловили 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость 34% и 21,7%, методы локальной деструкции- 11% и 6%, соответственно. Мы не получили данных, что больные, получавшие регионарную и системную лекарственную терапию, имели 5-летние показатели выживаемости. Выводы. Возможности современного многопрофильного стационара позволяют использовать весь спектр лечебных опций: от миниинвазивных хирургических вмешательств и

современной химиотерапии, резекционных вмешательств до трансплантации печени

778. Применение скользящего V-Y лоскута при хирургическом лечении базально-клеточного рака кожи лица

Сечко К.О., Безденежных Д.С., Циклин И.Л.

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина»

Актуальность. Хирургическое лечение больных с базально-клеточным раком кожи лица является актуальным и востребованным направлением современной онкологии и реконструктивной хирургии. Несмотря на богатый арсенал методов и накопленный в мире опыт реконструктивных операций, единый взгляд на критерии выбора оптимального метода пластики дефекта тех или иных косметически значимых зон лица до настоящего времени отсутствует. Целью настоящего исследования явился анализ результатов применения скользящего V-Y лоскута при устранении дефектов у больных с базально-клеточным раком кожи различных отделов лица. Материал и методы. В исследование включены 34 пациента с базально-клеточным раком кожи различных областей лица. Хирургическое лечение пациентов проводилось в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ ГКБ им.С.П.Боткина города Москвы в период 2020 - 2021гг. Пациенты распределены на 3 группы в зависимости от локализации дефекта (верхняя зона лица - 8 пациентов; средняя зона лица - 19 пациентов; нижняя зона лица - 7 пациентов). Во всех случаях пластика дефекта осуществлялась в условиях местного обезболивания, одномоментно с удалением опухоли с использованием скользящего V-Y лоскута. При оценке результатов хирургического лечения учитывали радикальность удаления опухоли, а также косметический результат, (включая объективную и субъективную оценку с использованием пред- и послеоперационного фотоанализа и Ванкуверской шкалы оценки рубцов). Результаты и обсуждение. Во всех 34 наблюдениях опухоли кожи лица удалены

радикально, что подтверждено результатами морфологических исследований. Среди хирургических осложнений в группе пациентов с опухолями верхней зоны лица в 1 наблюдении (3% наблюдений) отмечена частичная несостоятельность швов с дальнейшим заживлением остаточного дефекта вторичным натяжением; в 1 наблюдении (3% наблюдений) развилась венозная недостаточность лоскута, полностью разрешившаяся самостоятельно в течение 4 суток. Осложнений в группах пациентов с опухолями кожи средней и нижней зон лица не отмечено. Геморрагических осложнений, включая кровотечения и формирование гематом, не отмечено, что связывали с отсутствием необходимости формирования широких зон отслаивания тканей. В 94,1% наблюдений пациенты были полностью удовлетворены косметическим результатом пластики дефекта мягких тканей лица, что подтверждено результатами опроса пациентов с использованием Ванкуверской шкалы оценки рубцов. Выводы и рекомендации. Анализ результатов применения скользящего V-Y лоскута демонстрирует его высокую эффективность при устранении дефектов кожи лица различного объема и локализации. Метод V-Y пластики может считаться методом выбора при пластике дефектов кожи средней зоны лица, обладающей наибольшей толщиной подкожного слоя тканей и, как следствие, наибольшим потенциалом смещения тканей.

779. Оценка безопасности центральной лимфодиссекции у больных с карциномой щитовидной железы

Долидзе Д.Д. (1,2), Багателяя З.А. (1,2), Варданян А.В. (1,2), Лебединский И.Н. (1), Кованцев С.Д. (1), Гоголашвили Д.Г. (1,2), Оганян А.Р. (1)

Москва

1) Городская клиническая больница имени С.П. Боткина 2) Кафедра хирургии РМАНПО МЗ РФ

Актуальность. Рак щитовидной железы является наиболее часто встречаемым раком эндокринной системы. Он составляет более 90% от общего числа вновь диагностируемых случаев эндокринного рака

в мире. Первой линией лечения рака щитовидной железы является тиреоидэктомия с лимфодиссекцией. Оперативные вмешательства на щитовидной железе и окружающей клетчатке сопряжены с рядом осложнений, из которых наиболее значимые гипопаратиреоз и парез гортанного нерва. Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения эндокринной хирургии ГКБ им. С. П. Боткина г. Москвы с 2015 по 2021 гг. Ретроспективному анализу были подвергнуты данные 411 электронных медицинских карт пациентов со злокачественными новообразованиями щитовидной железы и нетоксическим многоузловой зобом. Проведена сравнительная оценка послеоперационных осложнений в зависимости от типа вмешательства: тиреоидэктомия в случае многоузлового нетоксического зоба и тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией в случае злокачественных новообразований щитовидной железы. Доля мужчин среди пациентов с многоузловым зобом составила 13,02 % и среди пациентов со злокачественными новообразованиями 20,41%. Во время хирургического вмешательства использовали микрохирургический инструментарий, увеличительные приборы (бинокулярные лупы фирмы «ZEISS»), генератор для обработки сосудов «LigasureTM», ультразвуковой скальпель «UltraCision», нейрофизиологический комплекс «Нейро-МВП» компании «Нейрософт», источник синего света «Биоспек» и установка для локальной спектроскопии ЛЭСА-01-«Биоспек». В связи с опасностью повреждения наружной ветви верхнего гортанного нерва, все сосудистые элементы: артерии, вены и лимфатические сосуды щитовидной железы идентифицировали на глаз, перевязывали или коагулировали, и потом пересекали у тиреоидной капсулы. При этом сохраняли артерии, питающие околощитовидную железу. В тех случаях, когда учет анатомических ориентиров не давал возможности визуализировать околощитовидную железу, применялся «стресс-тест», а в сложных случаях был применен метод интраоперационной двойной визуально-инструментальной регистрации аласен-индуцированной флюоресценции околощитовидной железы. При наличии атипично расположенных околощитовидных желез (в толще пара- и претрахеальной клетчатки, у верхнего полюса вилочковой железы), последние выделяли и сохраняли на питающей сосудистой ножке. В случаях околощитовидных желез с сомнительным кровоснабжением пересаживали в толщу кивательной мышцы. Полученные результаты.

Группы не отличались по уровню ионизированного кальция и паратгормона до операции ($p>0,05$). В день операции уровень кальция статистически значимо не различаются ($p>0,05$). У пациентов со злокачественными опухолями щитовидной железы были статистически значимое уменьшение уровня кальция на 2-е и 3-е сутки после операции по сравнению с пациентами с многоузловым зобом ($p=0,02$ и $p<0,001$, соответственно). Начиная с четвертого дня уровень кальция в группе со злокачественным новообразованием стабилизировался, и не имел статистически значимых различий с группой с многоузловым зобом. При размерах опухоли более 2 см можно отметить значительную вариабельность кальция в последующие 7 дней, однако разница не была статистически значима ($p>0,05$). В группе с метастатическим поражением регионарных лимфоузлов (N1a, N1b) наблюдается большее послеоперационное падение уровня кальция ($p<0,05$). В исследованных группах пациентов поражение возвратного гортанного нерва после операции выявлено не было. Обсуждение. Наш опыт показывает, что использование комплексного подхода и современных методов визуализации паращитовидных желез и возвратного гортанного нерва позволяет выполнить безопасную центральную лимфодиссекцию, не увеличивающую риск послеоперационных осложнений. Выводы и рекомендации. Применение современных методов хирургического лечения рака щитовидной железы позволяет существенно снизить число послеоперационных осложнений после центральной лимфодиссекции.

780.Профилактика послеоперационных раневых осложнений надпоясничной герниопластики

Хиндикайнен А.Ю., Черкасов М.Ф., Помазков А.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Послеоперационные раневые осложнения герниопластики (ПРОГ) являются одной из главных проблем современной герниологии и основной причиной рецидива вентральных грыж.

Один из важнейших путей борьбы с ПРОГ – своевременное выявление и лечение сером, считающихся наиболее распространенным ПРОГ с частотой встречаемости до 60%. Не диагностированная вовремя серома может привести к таким осложнениям, как некроз краев раны, вскрытие серомы наружу, формирование пседокисты или хронической серомы, что ухудшает результаты оперативного лечения грыжи, приводит к сморщиванию и отрыву импланта с последующим рецидивом. Наибольшее количество ПРОГ наблюдается у пациентов, перенесших надапоневротическую герниопластику, которая в ряде случаев, связанных с невозможностью выделения брюшины в зоне оперативного вмешательства, является безальтернативным методом хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Цель работы. Улучшение результатов надапоневротической герниопластики у пациентов с вентральными грыжами путем разработки оригинального метода профилактики ПРОГ. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 60 больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки в отделении хирургическом клиники РостГМУ. Пациентам основной группы (n=28) выполняли надапоневротическую герниопластику полипропиленовым эндопротезом с применением полисахаридного материала «PerClot» (патент РФ 2645245): после сшивания апоневроза имплант фиксировали одиночными швами по методике onlay, затем покрывали его «PerClot», далее орошали нанесенный слой порошка 0,9% хлоридом натрия до появления на поверхности эндопротеза гелеобразной пленки, зону пластики дренировали по Редону. Пациентам контрольной группы (n=32) операцию выполняли без использования «PerClot». В послеоперационном периоде проводился контроль количества и характера раневого экссудата, на 7-е, 14-е и 21-е сутки выполняли УЗИ передней брюшной стенки с пункционной эвакуацией сером. Результаты. Количество раневого отделяемого у больных основной группы на 1-е сутки после операции было достоверно меньше ($40,86 \pm 19,99$ мл), чем у пациентов контрольной группы ($62,94 \pm 20,13$ мл). На 2-е сутки после оперативного вмешательства объем раневого экссудата у больных основной группы был в 2 раза меньше ($23,57 \pm 20,03$ мл), чем в контрольной группе ($46,63 \pm 20,29$ мл). Сроки удаления дренажей у больных основной группы исследования ($2,89 \pm 1,33$ суток) на 2-е суток меньше таковых у пациентов контрольной группы ($4,84 \pm 1,34$ суток). ПРОГ имели место у 24 больных контрольной группы (75%) и 6

пациентов основной группы (21,4%). В структуре ПРОГ наблюдались: серома, инфильтрат, гематома, нагноение, лигатурный свищ. Среднее количество послеоперационных пункций сером под ультразвуковым контролем у пациентов в контрольной группе в 3 раза превышало количество пункций, потребовавшихся больным основной группы. Средний койко-день у пациентов контрольной группы составил $14,56 \pm 4,31$ суток, что более чем в 1,5 раза превышает койко-день основной группы, который составил $9,61 \pm 4,27$ суток. Выводы. У пациентов основной группы исследования применение оригинальной методики привело к снижению воспалительной реакции в зоне эндопротезирования, уменьшению объема раневого экссудата, сокращению сроков послеоперационного дренирования раны, снижению риска развития раневых осложнений и уменьшению сроков нахождения пациентов в стационаре, что позволяет рекомендовать использование полисахаридного материала «PerClot» для профилактики послеоперационных раневых осложнений герниопластики и рецидива грыж.

