XV СЪЕЗД
ХИРУРГОВ РОССИИ

IX КОНГРЕСС МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

24 – 26 ОКТЯБРЯ 2023 г.

г. МОСКВА

XV СЪЕЗД
ХИРУРГОВ РОССИИ

IX КОНГРЕСС МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

МАТЕРИАЛЫ
XV СЪЕЗДА РОХ
СОВМЕСТНО С
IX КОНГРЕССОМ МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

г. МОСКВА, 24 – 26 ОКТЯБРЯ 2023 г.

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

1. Особенности клинических и лабораторных параметров у долгожителей с трофическими язвами нижних конечностей

Бубман Л.И. (1), Карпов В.В. (1), Нечаев А.И. (1), Хан С.О. (1), Тополянская С.В. (1,2), Лыткина К.А. (1), Мелконян Г.Г. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3 Департамента здравоохранения г. Москвы»
2) ФГАОУ ВО Первый Московский государств енный м

Цель – сравнить различные клинические и лабораторные параметры у долгожителей и больных пожилого и старческого возраста с трофическими язвами нижних конечностей.

Материалы и методы: в одномоментное («поперечное») исследование было включено 100 больных; 45 долгожителей с трофическими язвами – в основную группу, 55 пациентов с трофическими язвами моложе 90 лет – в группу сравнения. Возраст включенных в исследование больных варьировал от 61 до 101 года, в среднем достигая 82,9+10,5 года. Большинство участников исследования составили женщины (70%).

Результаты 40% язв у долгожителей составили венозные язвы, 24,4% – артериальные, 20% – смешанные, язвы другой этиологии – 15,6%. У больных моложе 90 лет венозные язвы встречались в 35,2% случаев, артериальные – в 29,6%, смешанные – в 14,8%, язвы иного генеза – в 20,4%. Средняя продолжительность существования язв у долгожителей достигала 4,8+4,0 месяцев, у больных моложе 90 лет – 8,9+7,4 (p=0,01). Длительность язв более 12 месяцев наблюдалась у 28,9% долгожителей и у 47,3% пациентов моложе 90 лет. Среднее число язв на одного больного в группе долгожителей составляло 1,3+0,6, у пациентов моложе 90 лет – 1,7+0,8 (p=0,03). Три язвы и более зарегистрировано у 15,5% долгожителей, у больных моложе 90 лет этот показатель составил 34,5%. У долгожителей практически все язвы (за исключением 4,4%) локализовались в нижней трети голеней и на стопах, в верхней трети голеней не было ни одной язвы. В группе пациентов моложе 90 лет 26,1% приходилось на язвы в верхней и средней трети голеней. У долгожителей язвы, превышающие 5 см в диаметре, наблюдались лишь в 11,8% случаев, тогда как у больных моложе 90 лет – в 28%. В группе долгожителей при микробиологическом исследовании содержимого язвы роста микроорганизмов не обнаружено в трети случаев (32,2%), в то время как у пациентов моложе 90 лет этот показатель составил 14,8%. Наиболее частым микроорганизмом был staphylococcus aureus: у долгожителей – 25,8% всех случаев, у пациентов моложе 90 лет – 31,5%. В группе долгожителей на долю pseudomonas aeruginosa, acinetobacter baumannii и proteus mirabilis приходилось 12,8% случаев, тогда как у пациентов моложе 90 лет – 25,9%. У 46,7% долгожителей зарегистрирована фибрилляция предсердий, в то время как у больных моложе 90 лет данная аритмия наблюдалась в 31,4% случаев (p=0,02). Сахарным диабетом страдали 22,2% долгожителей и 43,4% больных моложе 90 лет (p=0,001). ОНМК в прошлом перенесли 11,1% долгожителей и 18,9% пациентов пожилого и старческого возраста (p<0,001). Различий по частоте встречаемости инфаркта миокарда в анамнезе (p=0,92) и хронической сердечной недостаточности (p=0,97) между группами больных не установлено. Среди долгожителей 45,2% пациентов имели нормальную массу тела, 31% – избыточный вес, 23,8% – ожирение, тогда как в группе пациентов моложе 90 лет ожирение зарегистрировано у 53,7%, а нормальный индекс массы тела имели лишь 22,2% больных (p=0,001). Индекс массы тела у долгожителей составлял в среднем 27,2+6,0 кг/м2, у пациентов пожилого и старческого возраста – 33,7+11,2 (p<0,0001), а вес – 67,9+16,3 кг и 92,2+33,2 кг, соответственно (p<0,0001). Зарегистрирована обратная корреляция между возрастом больных и индексом массы тела (r=-0,37; p<0,0001). Концентрация С-реактивного белка у долгожителей достигала в среднем 12,4 мг/л, тогда как у пациентов моложе 90 лет – 26,5 мг/л (p=0,04). В группе долгожителей повышение уровня С-реактивного белка наблюдалось в 59,2% случаев, у пациентов моложе 90 лет – в 75% (p=0,006). Наблюдалась обратная корреляция между уровнем С-реактивного белка и возрастом больных (r=-0,49; p<0,0001).

Выводы

Результаты исследования свидетельствуют о ряде особенностей различных клинических и лабораторных параметров у долгожителей с трофическими язвами нижних конечностей, по сравнению с аналогичными пациентами пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: трофические язвы, венозная недостаточность, артериальная недостаточность, долгожители, старческий возраст

---

2. Применение гемодиафильтрации в лечении острого деструктивного панкреатита

Артыкбаев А.Ж., Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Калиева С.С., Жанбырбаев С.Ж.

Казахстан, Алматы

КМУ «ВШОЗ»

Актуальность. Несмотря на все достижения в лечении инфекций и критических состояний, гнойно-септические осложнения в хирургии являются одной из распространённых причин смертельных исходов. Одним из основ-

ных острых хирургических патологии брюшной полости, осложненных абдоминальным сепсисом, является панкреонекроз, летальность при которой достигает 30-40% и более. Септические осложнения проявляют себя развитием тяжёлого эндотоксикоза на фоне нарастающей иммуносупрессии, в результате чего возникает «замкнутый порочный круг», который разорвать ни могут ни сам организм, ни интенсивная медикаментозная терапия. Несмотря на это, для ее коррекции, до сих пор, применяются только инфузионная терапия с форсированным диурезом, что связано, не только с дороговизной методов экстракорпоральной детоксикации, с недоступностью этих методик, но и не знанием всей важности эндотоксиновой агрессии в утяжелении состояния больного с хирургическим сепсисом. Анализ эффективности эфферентной терапии при остром деструктивном панкреатите представляет собой перспективное направление в исследовании данной проблемы.

Материал и методы. Нами изучены результаты лечения 14 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, осложненным эндотоксикозом тяжелой степени, которые были оперированы в экстренном порядке. Причинами развития острого деструктивного панкреонекроза послужили: алиментарный фактор (47,8%), злоупотребление алкоголем (34,8%), и не установленная причина (17,4%). По характеру некротического поражения чаще встречалась смешанная форма. У всех пациентов, помимо стандартных методов обследования, проводили оценку тяжести состояния по шкале APACHE II. Для раннего выявления органной дисфункции и динамического контроля применяли посиндромный диагностический алгоритм, включавший мониторинг эндотоксикоза, шкалу SOFA, функционального состояния почек и печени, синдрома кишечной недостаточности. Все пациенты были распределены на две группы (основная и контрольная), сопоставимые по полу, возрасту и патологии. В основной группе с первых суток послеоперационного периода (при APACHE – 21) обеспечивали применение экстракорпоральной детоксикации (гемодиафильтрация) в составе интенсивной терапии (n = 8). В контрольную группу вошли пациенты (n = 6), которым применяли стандартную тактику ведения (полный комплекс лечения, но с использованием метода форсированного диуреза, при APACHE около 20 и выше) в послеоперационном периоде. Гемодиафильтрация проводилась на аппарате Prismaflex (Gambro). Статистическая обработка производилась с помощью программ MS Excel 2003, BioStat 8. Полученные результаты. В основной группе с первых суток послеоперационного периода проводились разрешение эндотоксикоза и профилактика нарушений функций печени и почек с помощью применения детоксикации, протекции слизистых оболочек, гепато- и нефропротекции, профилактики синдрома интраабдоминальной гипертензии. Это позволило ускорить ликвидацию эндотоксикоза, сократить сроки нормализации гомеостатических параметров организма и функционирования органов детоксикационно-метаболической системы, в том числе печени и почек в основной группе, по сравнению с контрольной.

Обсуждение. Применение гемодиафильтрации позволило в послеоперационном периоде у больных с острой абдоминальной хирургической патологией снизить процент гепаторенальных дисфункций и полиорганной недостаточности, ускоряла нормализацию моторно-эвакуаторной и всасывательной активности кишечника: длительность его пареза у больных группы 1 составила 1,6 ± 0,8 суток по сравнению со 2-й группой 2,8 ± 1,2 суток.

Выводы. Применение тактики ранней детоксикации, включающей методы экстракорпоральной детоксикации, у больных с острым деструктивным панкреатитом, позволяет эффективно устранять эндотоксиновую агрессию и уменьшать развитие гепаторенальной дисфункции.

Рекомендации. Ранняя комплексная детоксикация с применением методов, воздействующих на основные звенья патогенеза эндотоксиновой агрессии, активная экстракорпоральная поддержка функции печени и почек до развития декомпенсации и стойкой утраты их работоспособности, позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

Ключевые слова: панкреатит, гемодиафильтрация, эндотоксикоз, эфферентрая терапия

---

3. Индивидуальные факторы риска после гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии на фоне аутоиммунного тиреодита

Рябченко Е.В.

Крансодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Аннотация На долю папиллярной карциномы щитовидной железы (ПКЩЖ) приходится большая часть рака щитовидной железы (РЩЖ) в последние десятилетия.

Цель исследования Улучшить результаты лечения после гемитиреодэктомии (ГЭ) и тиреоидэктомии (ТЭ) у пациентов с ПКЩЖ на фоне аутоиммунного тиреодита (АИТ).

Материалы и методы В данное ретроспективное исследование был включен 2031 пациент с ПКЩЖ. Пациенты после ГЭ или ТЭ были сопоставлены один к одному в соответствии с индивидуальными факторами риска, включая возраст, пол, размер первичной опухоли, экстратиреоидную инвазию (ЭИ), мультифокальность и метастазирова-

ние в шейные лимфатические узлы (ЛУ).

Результаты Каждая группа включала в себя 688 пациентов. В течение 10 лет наблюдения у 26 пациентов (3,8%) в группе после ГЭ и у 11 пациентов (1,6%) после ТЭ отмечен рецидив. Относительный риск рецидива был достоверно меньше в группе после ТЭ, чем после ГЭ(отношение рисков (ОР)0,41;95% доверительный интервал (ДИ)0,21–0,81; P = 0.01). Большинство рецидивов (84,6%) в группе после ГЭ наблюдалось в контралатеральной доле, и у всех пациентов отсутствовал рецидив после ТЭ. Достоверных различий между двумя группами после исключения рецидива в контралатеральной доли не выявлено (ОР 2,75; 95% ДИ 0,08–8,79; P =0,08). Пациентов с транзиторным и перманентным гипопаратиреозом в группе после ТЭ было достоверно больше, чем после ГЭ (P < 0,001).

Выводы Гемитиреоидэктомия является операцией выбора для большинства пациентов с ПКЩЖ, если по результатам предоперационного исследования отсутствует узловое образование в контралатеральной доле и не требует предоперационного диагностического исследования с целью выполнения ТЭ, так как большинство рецидивов возникает в контралатеральной доле. Ключевые слова: щитовидная железа, папиллярный рак, аутоиммунный тиреоидит, гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия.

Ключевые слова: Папиллярная карцинома, рак, аутоиммунный тиреодит, гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия

---

4. Выбор варианта завершения лапаротомии при распространенном перитоните

Лебедев Н.В., Шадрина В.С., Климов А.Е.

Москва

ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской хирургии, Москва, Россия, 117198, Москва, Юго-Западный административный округ (ЮЗАО). Обручевский район, ул. Миклухо-Маклая, 6

Актуальность Несмотря на широкое использование трех вариантов завершения первичной лапаротомии при распространенном перитоните (закрытый метод, при котором рану передней брюшной стенки ушивают наглухо, этапные планируемые операции (релапаротомия «по плану», planned relaparotomy), методика открытого живота – open abdomen (ОА), критерии выбора того или иного варианта крайне расплывчаты и противоречивы (особенно между релапаротомией «по плану» и ОА), что объясняется отсутствием четких показаний и убедительных доказательств преимущества любой из них. Решение о варианте завершения первичной лапаротомии при распространенном перитоните часто является субъективным, основанным на местных рекомендациях и личном опыте. При этом риски неизбирательного использования стратегии плановой релапаротомии в некоторых случаях перевешивают преимущества.

Материал и методы исследования Основой работы явился анализ результатов лечения 686 больных поступивших с клинической картиной перитонита в клинику факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ им. В.В. Виноградова. Возраст больных варьировал от 16 до 95 лет (в среднем 53,4 ±8,7 года). Мужчины и женщины распределились в соотношении 1,2:11 (377:309). Наиболее частыми причинами перитонита явился острый аппендицит -274 больных (39,9%) и перфорация толстой кишки различного генеза 188 наблюдений (27.4%). 481 (70.1%) больным проводили диагностическую лапароскопию, оценка результатов которой у 302 (62.8%) пациентов позволила выполнить полноценное оперативное вмешательство лапароскопически. Изначально срединная лапаротомия была произведена 205 больным (29.9%). Закрытый метод завершения лапаротомии применен у 345 больных (умерло 77, 22.3%), этапные планируемые операции у 28 (умерло 18, 64.3%), методика открытого живота у 11 (умерло 5, 45.5%). Общая летальность составила 15,0% (умерло 103 больных). Основными причинами смерти являлся сепсис/септический шок (67 наблюдений, 65,0%), острая сердечно сосудистая и дыхательная недостаточность (15 больных, 14,6%).

Результаты Каких-то четких цифровых параметров, позволяющих определить показания к завершению лапаротомии при распространенном перитоните с помощью MPI, СПП, WSESSS и ИБП, выявить не удалось. В результате исследования нами создана система, в значительной мере позволяющая принять решение о доступе и завершении операции у больных с распространенным перитонитом. Система получила название индекс доступа и завершения операции при вторичном перитоните (ИДЗ). ИДЗ ориентирован на физиологические и патофизиологические параметры, оценка которых осуществляется в баллах. Оценивают характер наложения фибрина (от 1 до 5 баллов), его распространенность (1-3 балла), продолжительность перитонита свыше 24 часов (3 балла), характер экссудата (1-5 баллов), наличие или отсутствия сепсиса (6-7 баллов), возраст (0-5 баллов), наличие злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта (4-5 баллов), невозможность полноценной санации очага инфекции (5 баллов). Независимо от балла ИДЗ при внутрибрюшном давлении более 20 мм рт. ст. или развития компартмент-синдрома показана тактика ОА. На основании балла ИДЗ тактика лечения больных с распространенным перитонитом определяется следующим образом: 1. При баллах до 12 – возможно использовать лапароскопическое вмешательство; 2. При баллах до 17

– закрытый способ (дренажи, ушивание раны наглухо); 3. 17-23 – альтернатива: программированная релапаротомия или ОА; 4. При внутрибрюшном давлении более 20 мм рт. ст. показана тактика ОА.

Обсуждение Существует масса нюансов, которые невозможно вместить в прокрустово ложе оценочных систем, шкал и индексов. Они могут служить лишь ориентиром в выборе тактики лечения. Тем не менее разработка интегральных систем для оценки тяжести состояния больных и выбора тактики лечения помогает в систематизации результатов, оценке результатов лечения и проведении научных исследований.

Вывод Разработанный индекс доступа и завершения операции при вторичном перитоните (ИДЗ) позволяет принять решение о способе завершении операции у больных с распространенным перитонитом.

Ключевые слова: вторичный перитонит, лапаротомии, релапаротомия, лапаростомия.

---

5. Метастазы в лимфатические узлы папиллярном раке щитовидной железы

Рябченко Е.В., Дремлюга Н.В.,

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница №2Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) быстро возросла в последние годы, и это заболевание поражает примерно от 5 на 100 000 до 15 на 100 0001 человек. Примерно от 70% до 80% случаев РЩЖ являются ПКЩЖ, которые имеют относительно доброкачественное клиническое течение. Тиреоидит Хашимото (ТХ) является наиболее распространенной формой аутоиммунного заболевания щитовидной железы, и заболеваемость этим заболеванием составляет примерно 2% от общей численности населения. Взаимосвязь между ПКЩЖ и ТХ была противоречивой.

Целью данного исследования было изучение факторов риска метастазирования в центральные и латеральные лимфатические узлы шеи при папиллярной карциноме щитовидной железы (ПКЩЖ) и мультифокальной папиллярной карциноме щитовидной железы (МПКЩЖ) особенно на фоне тиреоидита Хашимото (ТХ). Был проведен ретроспективный анализ 763 пациентов после тиреоидэктомии с двусторонней центральной лимфаденэктомией (ЦЛЭ) в межтерриториальном центре эндокринной хирургии г. Краснодара в период с октября 2011 по октябрь 2021 года. У всех пациентов были официальные гистологические диагнозы ТХ. Для выявления факторов риска метастазирования (Mts) в лимфатические узлы шеи был проведен многофакторный логистический регрессионный анализ. В нашем исследовании 277 пациентов с ПКЩЖ на фоне ТХ показало сравнительно низкие показатели Mts в центральные лимфатические узлы (ЦЛУ) по сравнению с пациентами с ПКЩЖ без ТХ (37,2% против 54,7%, P < 0,001). Не было статистически значимых различий Mts в латеральные лимфатические узлы (ЛЛУ) (P = 0,656). Mts в лимфатические узлы (ЛУ) шеи были гистологически подтверждены у 127 (45,8%) пациентов с ПКЩЖ на фоне ТХ, включая 103 с Mts в ЦЛУ и 24 ЛЛУ. Не было выявлено существенных различий Mts в латеральные ЛУ на фоне ТХ и классическими случаями МПКЩЖ; на фоне ТХ наблюдалось значительное снижение риска Mts в ЦЛУ по сравнению со случаями с МПКЩЖ (35,7% против 72,4% соответственно, P< 0,001). В многофакторном анализе ТХ был идентифицирован как независимый фактор, облегчающий течение после лимфаденэктомии в центральную зону всех пациентов с ПКЩЖ (отношение шансов 0,369; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,261–0,521; P < 0,001) и у пациентов с МПКЩЖ (отношение шансов 0,227; 95% ДИ 0,126-0,406; P < 0,001). Уровень антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) >140 МЕ/мл был установлен как наиболее чувствительный и специфичный уровень для прогнозирования МПКЩЖ на основе проведенного исследования. Антитела к АТ-ТПО, возраст, размер опухоли и мультифокальная форма опухоли продемонстрировали способность прогнозировать Mts в ЦЛУ у пациентов с ПКЩЖ на фоне ТХ с вероятностью 81,1% на основе многомерной модели. ТХ был связан с повышенной распространенностью мультифокальной опухоли с инвазией в капсулу железы. Напротив, на фоне ТХ снижения риска и метастазирования в ЦЛУ у пациентов с ПКЩЖ и МПКЩЖ указывало на потенциальный защитный эффект. Мы обнаружили, что прогностическая модель применима для прогнозирования мультифокальной опухоли и метастазирования в ЦЛУ у пациентов с ПКЩЖ на фоне ТХ.

Ключевые слова: тиреодит Хашимото, мультифокальный папиллярный рак, папиллярная карцинома, центральная лимфаденэктомия, метастаз

---

6. Склерозирующая мукоэпидермальная карцинома щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреодита

Рябченко Е.В., Дремлюга Н.В., Полянский Е.А.

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2
Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Актуальность. Склерозирующая мукоэпидермоидная карцинома щитовидной железы(СМКЩЖ) является недавно признанным злокачественным новообразованием щитовидной железы. Впервые о СМКЩЖ было сообщено в 1991 году. Этот тип опухоли может развиться в связи с тиреоидитом Хашимото (ТХ). Существует два варианта мукоэпидермоидной карциномы щитовидной железы: обычный и склерозирующий варианты. СМКЩЖ недавно была признана ВОЗ отдельным заболеванием. Представлен клинический случай СМКЩЖ у 51-летнй женщины, у которой по данным тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ)- фолликулярная опухоль на фоне ТХ. Выполнена экстрафасциальная тиреодэктомия. Пациентка оставалась под наблюдение в течение 10 месяцев.

Цель исследования: Демонстрация клинического случая пациентки после оперативного лечения с диагнозом склерозирующая мукоэпидермоидная карцинома щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреодита. Описание клинического случая. Представляем клинический случай женщины 51 года, которая в течение 2-х лет наблюдалась по поводу аутоиммунного тиреодита с узлообразованием. У пациентки не было симптомов и признаков компрессии. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) составлял 15,8 (диапазон 0,4–4,0), антитела к пероксидазе (АТ-ТПО)-150 Ме/мл. При сцинтиграфии ЩЖ железы выявлен доминирующий холодный узел (1,5?2 см) в правой доле железы. При контрольном ультразвуковом исследовании шеи прослеживалась отрицательная динамика, выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) узла щитовидной железы (ЩЖ) – получена фолликулярная опухоль на фоне ТХ, что и послужило поводом к своевременному лечению.

Ключевые слова: щитовидная железа, аутоиммунный тиреодит, тонкоигольная аспирационная биопсия, тиреоидэктомия, фолликулярная опухоль.

---

7. Феохромоцитома в сочетании с первичным гиперпаратиреозом и нейрофиброматозом I типа

Рябченко Е.В., Дремлюга Н.В., Полянский Е.А., Межинская Е.М.

Крансодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Актуальность. Нейрофиброматоз типа 1 (НФ-1) представляет собой преимущественно наследуемое генетическое заболевание с частотой рождения от 1 на 2500 до 1 на 3000 и диагностируется на основании установленных клинических критериев. Помимо часто встречающихся нейрофибром и глиом зрительного пути, пациенты с НФ-1 подвержены повышенному риску развития различных доброкачественных и злокачественных опухолей на протяжении всей жизни, включая опухоли центральной нервной системы, опухоли оболочек периферических нервов, стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта и лейкемию. Эндокринные заболевания и новообразования также встречаются у пациентов с НФ-1, которые могут включать вненадпочечниковую параганглиому, первичный гиперпаратиреоз, гастроэнтеропанкреатические нейроэндокринные опухоли, опухоли щитовидной железы и другие опухоли надпочечников.

Цель исследования: Демонстрация клинического случая диагностики и лечения нейрофиброматоза типа 1 в сочетании с феохромоцитомой и первичным гиперпаратиреозом. Описание клинического случая: Представлен клинический случай множественной нейроэндокринной неоплазии (МЭН 2А) нейрофиброматоза 1 типа в сочетании с феохромоцитомой и первичным гиперпаратиреозом у женщины, в течение длительного времени с учащенным сердцебиением, пароксизмальной гипертензией и остеопорозом. Биохимическое исследование показало выраженную гиперкальциемию с повышенным уровнем паратиреоидного гормона, свидетельствующим о первичном гиперпаратиреозе, а также высокие цифры показателей фракционированного норметанефрина и метанефрина в моче, свидетельствующие о феохромоцитоме/параганглиоме, секретирующей катехоламины. Дальнейшее сцинтиграфическое исследование выявило признаки солитарной аденомы паращитовидной железы, вызывающей первичный гиперпаратиреоз, и феохромоцитому справа. Клинический выставленный диагноз синдрома МЭН-2 основывается на сочетании минимум двух из трех основных МЭН-2-ассоциированных эндокринных опухолей. Удаление аденомы паращитовидной железы и феохромоцитомы привели к нормализации биохимических показателей и артериального давления. Обсуждается сочетание феохромоцитомы с первичным гиперпаратиреозом и нейрофиброматозом 1 типа.

Ключевые слова: нейрофиброматоз 1 типа, феохромоцитома, гиперпаратиреоз, аденома паращитовидных желез, первичная параганглиома

8. Сравнительный анализ эффективности малоинвазивных методов хирургического лечения HAL-RAR и LHP у пациентов с геморроем II стадии с переходом в III

Корякина Е.С. (1), Куликов В.Г. (1,2), Левкин О.Ю. (2), Хоменюк С.В. (2)

Новосибирск

1)Федеральное государственное автономное образовательное учреждениевысшего образования «Новосибирский национальный иссле довательскийгосударственный университет»
2)Центр новых медицинских технологий

Введение. Геморрой является одним из самых встречаемых заболеваний в колопроктологии, его частота составляет 40% от всех болезней колопроктологического профиля. Из-за высокой распространённости геморроя, и выраженной послеоперационной боли возникает потребность в малотравматичных операциях. Наибольшую нишу занимают малоинвазивные операции: HAL-RAR и LHP, позволяющие без выраженного болевого синдрома, вернуться к привычному образу жизни в кратчайший срок. HAL-RAR это метод основанный на дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией под контролем ультразвуковой доплерометрии. Метод LHP, направлен на выпаривание тканей под воздействием лазерного луча, при минимальном повреждении кожных покровов и слизистой анального канала. Сравнение этих двух органосохраняющих методов лечения геморроя II стадии с переходом в III, и является целью настоящего исследования

Цель исследования: Оценить эффективность оперативного вмешательства HAL-RAR и LHP при лечении пациентов с геморроем II стадии с переходом в III.

Материалы и методы. Будут выбраны 30 пациентов в возрасте от 30 до 60 (средний возраст 46±3) лет, мужского(55,55%) и женского(44,44%) пола с диагнозом хронический геморрой II стадии с переходом в III. Пациенты будут разделены на 3 группы по 10 человек. Первая группа хирургическое вмешательство по методу HAL-RAR, вторая группа по методу LHP, третья группа метод LHP +HAL-RAR. Критерии исключения: онкологическая патология в анамнезе, беременность, наличие противопоказаний, хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), анальные трещины, свищи, парапроктит, острый геморрой. Методы оценки и формирования результатов: Оценка болевого профиля (ВАШ), сравнение частоты развития осложнений и рецидивов у пациентов в группах исследования, оценка качества жизни (EQ-5D).

Результаты: За время исследования рецидивов заболевания, кровотечения не наблюдалось. Наибольшее количество таких осложнений, как задержка стула до пяти дней и мочеиспускания в течение одного дня, наблюдались в группе HAL-RAR, наименьшее в группе пациентов с LHP+HAL-RAR методом лечения. Но при оценки послеоперационной боли по шкале (ВАШ), в группе LHP+HAL-RAR (до 6-7 баллов у 20%) пациенты испытывали наибольшую боль с большей продолжительностью времени(10-14 дней) из исследуемых групп. Наименьшая послеоперационная боль(до 2-3 баллов) с кротчайшим сроком, была в группе HAL-RAR. При оценки качества жизни (EQ-5D), наибольшая удовлетворительность в группе пациентов LHP (97,5%) и наименьшее среднее время операции(20 минут). Через 2 недели симптомы отсутствовали во всех группах исследования. Дополнительные методы хирургического лечения не потребовались. После выписки из отделения, пациенты наблюдались амбулаторно.

Заключение: В 21 веке многие люди страдают геморроидальной болезнью. Консервативное лечение наиболее эффективно применяется при ранних стадиях, но на более поздних стадиях медикаментозная терапия не приносит должного эффекта. Поэтому на 3-4 стадии, применяется оперативное лечение. На сегодняшний день наиболее популярны малоинвазивные операции, такие как такие как LHP и HAL-RAR. Данные методы, позволяют проводить лечение безопасно и эффективно. В ходе исследования выявили, что пациенты оперированные методом HAL-RAR испытывают наименьшую послеоперационную боль с меньшей длительностью. Наименьшее количество осложнений методом LHP+HAL-RAR. Основные преимущества данных методов, это небольшая длительность операции и минимальная интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. На сегодняшний день нет метода лечения, которое позволит удовлетворить все требования, поэтому продолжается поиск оптимального метода лечения.

Ключевые слова: HAL-RAR, LHP, геморродальная болезнь, малоинвазивная хирургия, геморрой.

---

9. Иоанн Златоуст о врачевании и вечных истинах

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 5

Актуальность. Одним из важнейших стимулов жизненного бытия человека является поиск истины. Историческая справедливость важна и в медицине. Гиппократ заложил основы науки о здоровье. Есть личности, вклад которых в медицину несправедливо не оценен. Такой личностью является Иоанн Златоуст., который жил спустя девять столетий после автора врачебной клятвы.

Материал. Для понимания вклада И.Златоуста в фундаментальные, этические, нравственные позиции медицины, вопросы деонтологии, милосердия, сострадания, должно познакомиться с его трудами, изложенными в ПСС в двенадцати томах. Анализ столь объемного труда позволил нам сформулировать базисные позиции врачебной доктрины в широком смысле. Они врачебному обществу хорошо известны, но зачастую эти принципы теряются, забываются, нивелируются, трансформируются, деградируют, подменяются экономической целесообразностью, цифравизацией, различными виртуальными установками. Как эти принципы в медицине видел и зачал И.Златоуст, познать полезно. Изучение трудов И.Златоуста позволило выделить 20 основных положений-принципов в медицине. Расшифровка этих принципов в видении И.Злотоуста по объему оказалась различная – от нескольких строк до нескольких страниц. Позвольте привести краткие выдержки отдельных принципов И.Златоуста дословно. 1.Болезнь – это неизбежность, смерть – закономерность.»Как в природе бывают то ночь, то день, то лето, то зима, так и у нас – то печаль, то радость, то болезнь, то здоровье. Итак, не дивись, когда ты болен, – иначе должен будешь дивиться, когда здоров; не смущайся, когда ты печален – иначе должен будешь беспокиться, когда весел. Все совершается по естественному порядку». 2.В деле врачевания сходятся пять предметов: врач, больной, искусство, болезнь и сила лекарств. « У этих предметов бывают некоторое сопротивление и борьба. Если вместе с врачом, искусством и лекарствами будет действовать и воля больного, то болезнь побеждается, а если больной не станет участвовать с ними, то он усилит болезнь свою; или если при своей слабости станет действовать против врача, лекарств и искусства, то погубит себя». 3.Врачебная тайна. «Итак, не разглашай о грехах, но врачуй их. Не говори мне: я сказал лишь такому-то; удержи слово у себя, потому что как ты не вытерпел сказать, так и он не сдержит себя. Язык мудрых – врачует». 4.Больной всегда прав. «Средство врачевания сделается причиной тягчайшей болезни, ибо принуждением и против желания больного никто не может лечить его». 5.Любовь и милосердие к больному. «Так поступают и врачи: несговорчивых они целуют, упрашивают, и таким образом, заставляют принять спасительное лекарство... Пусть никто, умоляю, не предпочитает удовольствие друга его спасению; и огорчение и угроза пусть направляются к одному – его пользе». 6.Лечение – это искусство. Способ лечения есть дело лучших врачей. А чтобы не повредить искусству, врач старается сохранить ум свой в надлежащем спокойствии, чтобы его смущение не повредило искусству. У врача одна цель – здоровье больного». 7.Не навреди. «И между врачами тот, который ничего не делает, гораздо лучше того, который делает вред...Если врач приходит к больному, то часто приносит пользу и самому себе; а несведущий, обращаясь с больным, вредит и самому себе, и больному». 8.В лечении важна доза. «Не видишь ли, что врачи, когда имеют много ран, употребляют лекарство не настолько сильное, когда требует свойство ран, но какое могут перенести силы больного, чтобы врачуя раны, не погубить больного...Как говорил Павел: «Употребляй немного вина, ради желудка твоего и частых твоих недугов». 9.Важно обезболить больного.» Как при разрезе раны, хотя и спасательном, страждущие не выносят болей сечения и разреза, если не будет употреблено много средств, смягчающих боль..Врачи всячески стараются, чтобы сделать отсечение больных членов спокойнее и как можно легче, и для того, приступив к нему и исполнив несколько, останавливаются, чтобы дать отдохнуть больному». 10.Врачевание – это жертвенный процесс. «Врачи переносят зловоние и не отказываются грязнить руки при опорожнении желудков и излиянии гноя ради выздоровления больных и ради ожидаемой ими самими богатой награды от врачуемых...Врач, встречая неуважение от больного, не должен мстить, но плакать и воздыхать». 11.Предупреждение болезни.» Врачи больных горячкой исцеляют от болезни не для того, чтобы они, злоупотребляя здоровьем, вновь заболели и получили расстройство, – лучше оставаться больным, нежели искать исцеления для того, чтобы опять подвергнуть себя на одр болезни, – но, для того, чтобы они, узнав страдания болезни, не впали в то же самое, тщательно берегли свое здоровье и делали все, служащее к его сохранению». 12.Лечить необходимо не только тело, в первую очередь душу. «Тело еще легче выдержит негодное для него лекарство, чем душа – слово..Увещеваю всех вас стараться по силам вашим врачевать их, как впавших в болезнь сумашествия и безумствующих, беседуя с ними снисходительно и кротко..Какая, в самом деле, польза вылечить тело, когда гибнет душа?» И Златоуст говорит и о таких важных принципах медицины, как о критериях здоровья; бессилии врача перед болезнью; о необходимости веры в излечении болезни.

Выводы.1.Предвнесенные И.Златоустом положения в иедицину сопоставимы с вкладом Гиппократа, а потому имеют право на заслуженное место в истории медицины. 2.Необходимо ознакомить студентов медакадемии с учением И.Златоуста

Ключевые слова: История медицины, Медицинская доктрина, принципы в медицине

10. Оценка влияния перекисного гемостаза на оперативную активность при верхних желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК): десятилетний опыт

Короткевич А.Г. (1,2), Кузнецов В.В. (2)

Новокузнецк

1) Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Введение. Появление и совершенствование новых приемов эндоскопического гемостаза говорит о неудовлетворенности врачей надежностью и универсальностью методов контроля кровотечения. Стабильные показатели оперативной активности и послеоперационной летальности на протяжении многих лет подтверждают актуальность проблемы. Комбинации современных высокотехнологичных и дорогостоящих технологий не доступны широкой сети хирургических стационаров, оказывающих экстренную помощь пациентам с ЖКК. Также, такие комбинации далеко не всегда позволяют добиться существенного снижения смертности у больных с ЖКК. «Шагом отчаяния» при неэффективности эндоскопического и консервативного гемостаза остается открытый хирургический доступ, чаще всего для кровоточащих хронических язв желудка и 12-п.к., сопровождающийся высокой летальностью. Вопрос технологичности эндоскопического гемостаза против его надежности или соотношения «цена-качество» в достижении стойкого гемостаза становится все более актуальным.

Цель. Анализ оперативной активности в лечении высоких ЖКК при рутинном использовании инфильтрационного гемостаза 1% раствором перекиси водорода как запатентованной технологии эндоскопического гемостаза.

Материал и методы. В 2010-2021 с клиникой верхнего ЖКК в отделение общей хирургии были госпитализированы 2011 пациентов. При поступлении всем выполняли гастроскопию и инфильтрационный гемостаз 1% раствором перекиси водорода 10-30 мл на высоте кровотечения (Форрест 1, Форрест 2а/б). Метод эндоскопического гемостаза инфильтрацией 1% раствора H2O2 был одобрен решением локального этического комитета НГКБ №29 в 2000 г. Патент на изобретение № 2229881 зарегистрирован 10.06.2004 года. В качестве второго приема гемостаза использовали орошение 96 град спиртом 10 мл, в том числе для подтверждения стабильности гемостаза. При дефектах Дьелафуа (у всех пациентов) или синдроме Меллори-Вейсса (СМВ) (при глубоких разрывах стенки) инфильтрацию использовали после клипирования. Учитывали частоту рецидивов, повторных эндоскопий, необходимость открытой операции и исходы лечения. Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения Statistica 13 (StatSoft, Россия). Использовали критерий ?2, критерий ?2 Йейтса или точный критерий Фишера. Интерпретация статистической значимости различий основывалась на критерии $p < 0,05$.

Результаты. Эндоскопический гемостаз выполнен 1487 больным (74%). Структура источников ЖКК несущественно различалась по годам наблюдений. Наиболее частой причиной ЖКК были хронические язвы желудка (ХЯЖ) 368 (20%) и луковицы 12-п.к. (ХЯЛ) – 335 (17%), варикозные кровотечения –170 (14%) и СМВ – 238 (15%). Общая частота рецидивов кровотечений составила 7% (104 случая). Наибольшая частота рецидивов отмечена при ХЯЖ – 13% (48 пациентов). При ХЯЖ частота рецидивов возрастала с диаметром язвенного дефекта, пря ХЯЛ такой закономерности не выявлено. Рецидивы в 84% случаев отмечены при диаметре ХЯЖ более 1 см. Напротив, при ХЯЛ, половина рецидивов произошла при диаметре язвы до 1 см. При ХЯЖ в 84% случаев рецидивы возникали при первично активном кровотечении (Форрест 1). Напротив, при ХЯЛ рецидивы отмечены как при активном, так равно и при нестабильном гемостазе (Форрест 2а, б). Также, при хронических язвах желудка наиболее часто отмечен однократный рецидив, тогда как при язвах луковицы превалировали двух- и трехкратные рецидивы (?2= 22,00000, df = 2, p = 0,000017). При рецидиве кровотечения гемостатическая подушка не сохранялась (?2=44,71, p=0,0000). Экстренные операции на высоте кровотечения (при несостоятельности эндоскопического гемостаза или рецидивах геморрагии) в 2010 составили 10% (18 пациентов), в 2021 –3% (4 пациента) (?2= 5.207, p=0.023). Осложнений от использования 1% раствора перекиси водорода не было.

Заключение. Инфильтрационный эндоскопический гемостаз 1% раствором перекиси водорода является дешевым, высокоэффективным и безопасным способом остановки ЖКК и позволяет существенно сократить показания к оперативному лечению верхних ЖКК.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, перекись водорода

11. Влияние гипертонуса мышц тазового дна на хирургическое лечение синдрома обструктивной дефекации

Перов Ю.В., Попова И.С., Веденин Ю.И., Хомочкин В.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Затрудненная неполная эвакуация содержимого прямой кишки во время попыток дефекации, вызванная физической блокировкой кишечного потока, характеризует синдром обструктивной дефекации (СОД). Этот синдром хорошо изучен, и у 60% женщин с хроническим запором отмечается симптоматика СОД. Основными причинами СОД являются ректоцеле – пролапс задней стенки влагалища, связанный с грыжей передней стенки прямой кишки, а также дисфункция и диссенергия мышц тазового дна. В связи с этим возникает сложность в выборе метода лечения СОД.

Материал и методы. Исследование включает 620 женщин колопроктологического приема с диагнозом СОД. Для постановки диагноза использовались комплексные общеклинические и специальные методы исследования, включая проктографию. Больные были разделены на три группы в зависимости от причины развития СОД. Первая группа включает 307 женщин, у которых СОД развился из-за нарушения координации мышц тазового дна (дисфункция и диссинергия) в результате хронического патологического гипертонуса мышц. Вторая группа состоит из 171 женщин с пролапсом задней стенки влагалища, который связан с грыжей передней стенки прямой кишки – ректоцеле различной степени. Третья группа состоит из 142 женщин с сочетанием хронического патологического гипертонуса внутритазовой мускулатуры и наличием ректоцеле. Полученные результаты. В первой группе пациенток с СОД наиболее эффективным методом лечения было медикаментозное лечение хронического гипертонуса мышц тазового дна в сочетании с физиотерапией и лечебной физкультурой. После 3 месяцев курса лечения самостоятельная дефекация восстановилась у 67% пациенток. Однако эффективность постепенно снижалась, и к концу 7-летнего периода без поддерживающей терапии составляла 23%. Во второй группе применялись консервативные и оперативные методы лечения СОД. Для ректоцеле первой степени использовали общепринятые методы лечебной физкультуры, которые привели к появлению самостоятельной дефекации у 45% больных после 5 месяцев упражнений. Оперативный метод высокой леваторопластики с сужением мышечного кольца через влагалище был применен для недостаточности мышц тазового дна и ректоцеле, что позволило ликвидировать СОД в 100% случаев за период наблюдения длительностью 6 лет. В третьей группе наблюдений сначала использовалась консервативная терапия для ликвидации СОД в течение 2 месяцев, затем выполнялось оперативное вмешательство для ликвидации тазового пролапса, и заключительным этапом была консервативная терапия для нормализации мышечного тонуса внутритазовой мускулатуры).

Результаты восстановления самостоятельного акта дефекации были отличными у 98% пациенток в первые 6-12 месяцев, но при восстановлении патологического спазма внутритазовой мускулатуры результаты ухудшались у 17% пациенток в течение 7 лет.

Вывод. Самые эффективные результаты в восстановлении акта дефекации после операции по исправлению недостаточности мышц тазового дна достигаются при отсутствии патологического гипертонуса внутритазовой мускулатуры.

Ключевые слова: Ректоцеле, синдром обструктивной дефекации, гипертонус мышц тазового дна

---

12. Клинические и организационные парадоксы работы отделения гнойной хирургии в ковид-госпитале

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 5

Актуальность. Ввиду производственной необходимости хирурги клинической больницы работали инфекционистами (уже парадокс). Какие же клинические и организационные моменты в работе отделения гнойной хирургии (ОГХ) были неординарными?

Материал. Нами проведен анализ работы ОГХ за три месяца – зима 2021-2022гг. Пролечено 140 больных. Из них 66 мужчин и 74 женщины. Средний возраст мужчин составил 57л, женщин – 61г. Большинство больных имело сопутствующую патологию – 84%, ИБС, СД, ОНМК. Антиковидная вакцина ранее была выполнена 52 пациентам (37%), причем в равном количестве у мужчин и женщин. Спутник V были привиты 45 пациентов, ковивак – 4 пациента, гамма-ковивак – 2 пациента, эпивак-корона – 1 пациент. После прививки пациенты заболели в сроки от 3 дней до11 месяцев. Тяжесть состояния больных при поступлении зависит от объема поражения легких и от тяжести фонового заболевания. КТ 0 имело место у 37 больных; КТ менее 5% – у 16 больных; КТ1 – у 52 больных; КТ2 – у 25 больных; КТ 3 – у 8 больных; КТ4 – у 2 больных. Т.о., по объему поражения легких больных можно расценить: легкая степень тяжести – – 53 больных, средняя – 77 больных, тяжелая – 10 больных. Лечение боль-

ных проводилось по стандартам, версии МЗ. Основные препараты – это гормоны, кроворазжижающие препараты, антибиотики, моноклональные интерлейкины, кислород. Из 140 больных у 22 выполнены операции: ПХО, ВХО ран, некрэктоми, ПХО при гнойном парапроктите, высокие ампутации (9 больных), малые ампутации, ПХО при гнойном илеопсоите, удаление гематомы брюшной стенки. Причинами высоких ампутаций были: ХАН 3ст – у 1 больного; гнилостная флегмона стопы и голени – у 1 больного; газовая гангрена – у 1 больного; ОАН 3ст – у 5 больных; гнойный талокруралит – у 1 больного. У больных с необратимой ишемией конечностей с ковид-инфекцией одним из принципиальных моментов является определение показаний к высокой ампутации. При прогрессировании дыхательной недостаточности, КТ3-КТ4, рационально воздерживаться от травматичной высокой ампутации, признать больного неоперабельным (парадокс).

Результаты. Хирургическая активность составила 16%. Средняя продолжительность лечения составила 12 дней. Двенадцать больных скончались. Причем, у 6 больных причиной неблагоприятного исхода была не вирусная инфекция, а прогрессирующая соматическая патология, но больные инфицировались вирусом и их лечение проводилось в ковид-госпитале (тоже парадоксы организации медпомощи).

Выводы:1.Больные с КТ 0 и КТ менее 5%, что составило 38% больных могли лечиться в условиях поликлиники 2.Ковид-19 заболевают и вакцинированные больные. Заболевание протекает с разной степенью тяжести. 3.Применение моноклональных интерлейкинов одним больным помогает, у других усугубляет течение патологического процесса. 4.Необходимо отличать больных, инфицированных ковид-19, от болезни, которая становится ведущей, приводит к прогрессирующему поражению легочной ткани, тромбозам различной локализации. К сожалению (опять парадокс), все – выписанные и скончавшиеся в ковид-госпитале шифруются U07.1 5.Необходим более объективный анализ летальности в ковид-госпитале. 6.Низкая оперативная активность в ОГХ – 16% свидетельствует о неоправданном перепрофилировании многопрофильной хирургической клиники в ковид-госпиталь. 7.Большая зарплата за работу в ковид-госпитале по сравнению с работой хирурга в обычных условиях является абсурдум (парадокс). Оценивается не профессионализм хирурга, а его физическая устойчивость. 8.Хирургические стационары не отвечают требованиям инфекционной больницы (парадокс организации здравоохранения)

Ключевые слова: Ковид-19, хирургическая активность, гнойная хирургия, вакцинация, объем поражения легких

---

13. Эндохирургия пищевода, как метод профилактики осложнений

Зятьков И.Н., Дегтярева Н.С., Олянин С.В., Барков Е.А.

Омск

БУЗОО «КМХЦ МЗ ОО»»

По данным разных авторов, летальность после операций на пищеводе достигает 3 – 20%, а частота развития осложнений – 30 – 60% в зависимости от вариантов вмешательства Хирургия пищевода это профилактика, ранняя диагностика и борьба с осложнениями. Анализ проведен на основании 52 тораколапароскопических экстирпаций пищевода с пластикой желудочным стеблем с анастомозом на шее у пациентов с протяженными рубцовыми стриктурами, ахалазией кардии 4 степени, осложненными резектабельными опухолями пищевода. Летальность 3,8%. Частота осложнений 21,2%. Мы обратили внимание на ряд характерных опасностей и осложнений, которые связаны с предоперационным этапом: травматичные доступы для гастростомии, многократные попытки травматичного бужирования пищевода, длительный отказ в радикальной операции; интраоперационным: кровотечение, повреждение соседних органов, нарушение питания желудочного стебля, недостаточная длина желудочного стебля, невыполнение стандартной лимфодиссекции при опухолях пищевода, инфицирование; послеоперационным: кровотечения, нагноение зоны операции, несостоятельность анастомозов, некроз трансплантата, формирование свищей, стенозирование анастомозов, трофические нарушения в трансплантате, нарушение проходимости трансплантата. В своей основе все они имеют следующие причины: дефекты предоперационного периода и интраоперационные – плохая визуализация, недостаточная оценка кровоснабжения трансплантата, высокая травматичность вмешательства. Проанализировав риски и опасности в хирургии пищевода, мы стали придерживаться следующих принципов на дооперационном этапе: 1. минимизация времени подготовки к радикальной операции – активная не длительная, но полноценная подготовка создаст оптимальные условия для выполнения большой операции; 2. отказ от выполнения «профилактических» гастро- и энтеростомий, при возможности подготовки пациента с использованием современных энтеральных питательных смесей; 3. при выполнении гастростомии: при необходимости ревизии брюшной полости – лапароскопическое, с предпочтительным клиппированием левой желудочной артерии и наложением стомы на малую кривизну желудка. При отсутствии необходимости ревизии брюшной полости – минидоступная гастростомия на малую кривизну желудка. Эффективным для устранения причин развития интра- и послеоперационных осложнений является эндовидеохирургия: низкая травматичность в сочетании с хорошей визуализацией, с увеличением размеров опе-

рируемой области. Недостатки – дороговизна расходных материалов для сложных операций, недостаточная тактильная чувствительность, требования к техническим навыкам оператора и камермэна. По мере накопления опыта в эндохирургических вмешательствах, эти недостатки быстро нивелируются. Экономия в использовании лекарственных препаратов, уходе за пациентом в послеоперационном периоде, снижение количества осложнений многократно компенсируют дороговизну расходных операционных материалов. Для снижения затрат формирование желудочного стебля выполняем экстраперитонеально через минидоступ. Преимуществом является возможность оценить кровоснабжение желудочного стебля в привычных условиях до проведения трансплантата на шею. Отмечены следующие принципиальные моменты эндоскопических операций по отношению к открытым: длительность сопоставима. меньше интра- и послеоперационная кровопотеря минимизация болевого синдрома, ранняя активизация, уменьшение длительности антибактериальной терапии, при подозрении на опухолевый процесс в пищеводе выполнялась стандартная 2 –х зональная лимфодиссекция, которая не выполнима в таком объеме трансхиатально, при эндохирургическом выполнении незначительно увеличивает время операции и ее травматичность. Таким образом, можно сделать выводы о том, что использование эндовидеохирургии при экстирпации пищевода и его пластике позволяют сократить риски развития осложнений.

Ключевые слова: экстирпация пищевода, тораколапароскопия

---

14. Эндоскопические методы профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен желудка у больных с портальной гипертензией

Джафаров А.А., Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Солдатов С.А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Молочникова О.В., Гусарова П.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Цель исследования. оценить результаты профилактики варикозно расширенных вен желудка и кровотечений из них у пациентов с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. За период с 2017 по 2022 гг. в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова профилактическое лечение эндоскопическими методами получали 161 пациент с варикозным расширением вен желудка (ВРВЖ) портального генеза (мужчин – 84 (52,2%), женщин – 77 (47,8%). Средний возраст – 48,5 ± 9,2 лет. Этиологическим фактором развития ВРВЖ в 62 (38,5%) случаях был распространённый тромбоз системы воротной вены и в 99 (61,5%) случаях цирроз печени. У 86 (53,4%) пациентов в анамнезе были эпизоды гастроэзофагеальных кровотечений (ГЭК), по поводу чего они получали лечение в других клиниках, 75 (46,6%) пациентам выполнялась первичная профилактика кровотечений из ВРВЖ. Гастроэзофагеальное варикозное расширение вен (GOV) отмечалось у 134 (83,2%) пациентов, и у 27 (16,8%) выявлены изолированные ВРВ дна желудка (IGV1). В качестве методов профилактики ГЭК выполнялось эндоскопическое склерозирование (ЭС) 3% р-ром Этоксисклерола – 52 (32,2%) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ) гастроэзофагеальных вен – 109 (67,8%). Всем пациентам применялась консервативная терапия неселективными бета-блокаторами (НСББ) в максимально переносимой дозе.

Результаты. Показаниями для проведения эндоскопических вмешательств считали наличие варикозного расширения вен пищевода и желудка II, III степени (по классификации Soehendra). Выбор метода профилактики зависел от локализации вен (по классификации Sarin): ЭС выполнялось при наличии IGV1, GOV2, эндоскопическое лигирование выполнялось при наличии ВРВЖ по малой кривизне желудка (GOV1). Сеансы эндоскопического лечения выполнялись до полной эрадикации варикозного расширения. У 117 (72,6%) пациентов удалось достигнуть полной эрадикации ВРВ после выполнения 3-4 сеансов. После эндоскопических вмешательств с целью предупреждения первого ГЭК рецидив варикозного расширения вен желудка наблюдался в 16 (21,3%), а кровотечение в 4 (5,3%) случаев. Многократные эндоскопические вмешательства с целью вторичной профилактики ГЭК способствовали полной эрадикации варикозно расширенных и желудка в 58 (67,4%) случаев, рецидивы кровотечений развились у 11 (12,7%) пациентов, в то время как рецидив варикозного расширения вен желудка наблюдался в 28 (32,5%) случаев. Факторами развития осложнений были большой диаметр варикозного расширения вен желудка и прогрессирование тяжести печёночной недостаточности, что в последующем являлось показанием к выполнению шунтирующих операций (n=12) с целью декомпрессии портальной системы и операций азигопортального разобщения (n=5), а в ряде случаев – ортотопической трансплантации печени (n=7).

Заключение. Выбор метода эндоскопической профилактики кровотечений из ВРВЖ зависит от локализации варикозного расширения и степени тяжести печёночной недостаточности. Для эффективной профилактики ГЭК необходимо достижение полной эрадикации варикозного расширения путём многократного выполнения эндоскопических вмешательств. При неэффективности эндоскопических методов лечения ВРВЖ наиболее эффективными остаются радикальные методы – операции портокавального шунтирования, азигопортального разобщения и ортотопическая трансплантация печени.

Ключевые слова: портальная гипертензия, варикозное расширение вен желудка, пищеводно-желудочное кровотечение, профилактика, эндоскопическое лигирование, эндоскопическое склерозирование

---

15. Наш опыт хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Шамирзаев Б.Н. (1), Усманов У.Д. (3), Ходиев З.Т. (2)

Узбекистан, Ташкент

ООО «Касмед», «Зармед», «Эзгу Ният»

Показания к лапароскопическому лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время все больше расширя¬ются. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – смещение брюшной части пищевода и желудка в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы. Основным осложнением ГПОД является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Это состояние, при котором кислое желудочное содержимое попадает в пищевод. Но, до настоящего времени актуальными остаются вопросы выбора тактики и методов оперативного лечения у больных с ГПОД.

Материал и методы Нами выполнено 32 лапароскопических операций у больных, поступивших в клинику с диагнозом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Возраст пациентов варьировал от 32 до 53 лет, женщин бы¬ло 30 (93,7%), мужчин – 2 (6,3%). С кардиальной грыжей прооперировано 24 (75%) больных, с кардиофундальной – 8 (25%) больных. У всех пациентов были клинические проявления ГПОД. Все пациенты предъявляли жалобы на постоянную изжогу, боли за грудиной, горечь во рту, слабость, недомогание, дискомфорт. Из анамнеза больные страдали данным заболеванием от 5 до 16 лет. Консервативное медикаментозное лечение у этих больных приносило временное облегчение.

Целью исследования был анализ и пути улучшения качества жизни больных с ГПОД и ГЭРБ.

Результаты и обсуждение. По результатам осмотра, клинического обследования, эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС), ренгтгенологического и МСКТ исследования с контрастированием пищевода, больным было предложено хирургическое лечение – лапароскопическая фундопликация. Одной больной выполнена операция по Дору, с ушиванием ножек диафрагмы, от выполнения которой в последующем мы сразу же отказались. При обследовании через 3 месяца после операции у больной отсутствовала грыжа, но оставались жалобы на изжогу, боли за грудиной, т.е. клинические проявления ГЭРБ. У 3 больных во время операции ГПОД не была подтверждена. Больным выполнена операция по Ниссену. У остальных больных была выполнена операция по Черноусову с ушиванием ножек диафрагмы (крурорафией) и фиксацией манжеты к желудку. Операцию выполняли использую ультразвуковую коагуляция на аппаратах «Гармоник» и «Лига Шу». Сетчатый трансплантат не применялся. Всем больным оставлялся на 1 сутки желудочный зонд и на 1-2 суток дренаж в брюшной полости. Полная реабилитация достигалась в течении 1 месяца. В осенне-весенний период у больных возникали явления гастрита, которые эффективно купировались приемом медикаментозных препаратов. Интраоперационное кровотечение из сосудов желудка наблюдалось у 1 больной, которое потребовало дополнительной коагуляции сосуда. В послеоперационном периоде осложнения отмечены не были.

Выводы. 1. Выполнение лапароскопической крурорафии с фундопликации значительно улучшает качество жизни больных с ГПОТ и ГЭРБ. 2. Операции должны выполняться в специализированных стационарах, опытной операционной бригадой состоящей из двух или трех хирургов, двое из которых владеют эндоскопическим и традиционным методом оперирования с опытной операционной медицинской сестрой. 3. Применение ультразвуковой коагуляции во время выполнения крурорафии с фундопликацией желудка значительно повышает надежность гемостаза, уменьшает длительность операции и облегчает выполнение самой операции. 4. Для подготовки кадров необходимо, чтобы молодые хирурги в полном объеме владели навыками выполнения лапароскопических операций, манипуляций и навыками владения современной техники.

Ключевые слова: лапароскопия, фундопликация, крурорафия, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

---

16. Клинические факторы риска формирования грыж белой линии живота: результаты множественного регрессионного анализа

Коробов А.В., Сергацкий К.И., Никольский В.И., Титова Е.В., Киселев В.Е., Альджабр М.

Пенза

Медицинский институт ФГБОУ ВО “Пензенский государственный университет”

Актуальность. Разновидностью грыж передней брюшной стенки являются грыжи белой линии живота (ГБЛЖ), встречающиеся у 0,5% взрослого населения. Отмечено, что герниотрансформация срединной линии живота в большинстве случаев наступает после хирургических вмешательств, однако, учитывая тот факт, что белая

линия из-за особенности своего строения является местом выхода и первичных грыж, необходимо признать участие в срединном герниогенезе других не менее важных предикторов грыжеобразования (Райлян Р.И. и соавт., 2022). Так же в последние десятилетия актуально изучение роли дисплазии соединительной ткани в патогенезе грыж передней брюшной стенки. Вместе с тем высокоточных исследований, направленных на выявление достоверных клинических факторов риска формирования ГБЛЖ, проведено не было.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 289 пациентов хирургических отделений ГБУЗ "Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко", оперированных по поводу грыж передней брюшной стенки. По локализации грыж пациенты были распределены следующим образом: с грыжами паховой локализации было 119 больных (41,2%), с ГБЛЖ – 86 пациентов (29,8%), с пупочными грыжами – 36 (12,5%), с послеоперационными вентральными грыжами – 44 пациента (15,2%), 3 пациента с бедренными грыжами (1%) и 1 пациент с грыжей спигелиевой линии (0,3%). Количество женщин составило 118 (40,8%), мужчин – 171 (59,2%). Возраст пациентов колебался от 25 до 89 лет. Для выявления независимых факторов риска образования ГБЛЖ был проведен множественный регрессионный анализ с помощью лицензионной программы IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. За величину уровня статистической значимости (p) принимали значение ? 0,05. Полученные результаты. Исходя из результатов проведенного множественного регрессионного анализа, факторами риска развития ГБЛЖ являются женский пол и наличие диастаза прямых мышц живота (ДПМЖ). При этом женский пол увеличивает вероятность развития ГБЛЖ в 2,451 раза (ОШ = 2,451; p = 0,047), а наличие ДПМЖ увеличивает шанс формирования у пациента ГБЛЖ в 27 раз (ОШ = 26,906; p = 0,002). Прочие анализируемые клинические параметры (возраст, индекс массы тела, запоры/синдром раздраженного кишечника, окклюзионные заболевания периферических артерий, хронический кашель тяжелый физический труд, курение, количество беременностей и родов у женщин) в качестве факторов риска формирования ГБЛЖ не показали свою статистическую значимость (p > 0,05).

Обсуждение. Общепризнано, что к факторам риска формирования ГБЛЖ относятся тяжелый физический труд, запоры и хронический кашель, ведущие к повышению внутрибрюшного давления, ожирение, возрастная атрофия передней брюшной стенки и дегенеративные изменения соединительной ткани после многократных лапаротомий, количество беременностей и родов в анамнезе (Кириенко А.И. и соавт., 2017; Арапов Д.В. и соавт., 2021). Вместе с тем в ходе проведенного исследования выявлены следующие клинические факторы риска, которые многократно увеличивают риск формирования ГБЛЖ, а именно, женский пол и наличие ДПМЖ.

Вывод. По данным проведенного множественного регрессионного анализа по оценке факторов риска формирования грыж белой линии живота женский пол увеличивает вероятность грыжеобразования в 2,451 раза (ОШ = 2,451; p = 0,047), а наличие у пациента ДПМЖ – в 27 раз (ОШ = 26,906; p = 0,002).

Рекомендации. Полученные результаты при наличии у пациента установленных факторов риска грыжеобразования должны быть побудительным мотивом для выполнения интраоперационной профилактики рецидива ГБЛЖ при её хирургическом лечении. Так у пациентов с ГБЛЖ в сочетании с ДПМЖ целесообразно при оперативном лечении выполнение одномоментного грыжесечения и хирургической коррекция ДПМЖ с целью профилактики рецидива грыжи. Форма участия: публикация тезисов, выступление с докладом.

Ключевые слова: грыжа белой линии живота, диастаз прямых мышц живота, факторы риска, грыжевая болезнь.

---

17. Симультанные и комбинированные хирургические вмешательства в неотложной онкоколопроктологической практике

Щерба С.Н. (1,2), Половинкин В.В. (1,2), Щерба А.С. (1)

Краснодар

1) ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России,
2) ГБУЗ НИИ – ККБ №1 МЗ Краснодарского края

Введение. Заболевание колоректальным раком развивается постепенно и манифестируется в 7 – 10% случаев на стадиях суб- и декомпенсации в виде острой толстокишечной непроходимости, требующей экстренного хирургического вмешательства. В этот период, как правило, лишь хирургическое лечение является эффективным способом купирования данной патологии, предотвращая развитие летального исхода и различных осложнений, частота которых на разных этапах заболевания достигает 25 – 30%. Особенностью выполнения подобных операций является то, что 12 – 15% из них бывают комбинированными либо симультанными.

Цель – определить виды хирургических вмешательств, выполненных на современном этапе при острой суб- или декомпенсированной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза и результаты лечения пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных

в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2019 – 2022 годах по поводу рака толстой кишки. За указанный период накопились сведения о 1526 больных. Согласно критерию включения (рак толстой кишки, осложнённый острой суб- или декомпенсированной толстокишечной непроходимостью) в исследовании участвовали 313 (100%) пациентов. Все хирургические вмешательства осуществлялись в экстренном порядке. Большинству больных – 223 (71,2%) человека, произведены различные виды резекций толстой кишки с формированием концевых коло- либо илеостом. У 60 (19,2%) пациентов сформирован первичный межкишечный анастомоз. В 3 (1%) случаях он был обходным. В 27 (8,6%) – наложены разгрузочные коло- либо илеостомы. Комбинированных было 29 (9,3%) операций. В результате инвазии опухоли толстой кишки в тонкую кишку семи (2,2%) пациентам едиными блоками удалены толстокишечные опухолевые очаги с сегментами тонкой кишки. Шести (1,9%) больным вместе с участками толстой кишки иссекали фрагменты передней или боковой брюшной стенки. С меньшей частотой произведены резекции опухоли толстой кишки со стенкой мочевого пузыря – 3 больных (1%), мочеточником – 3 больных (1%) и большим сальником – 3 больных (1%). В единичных случаях комбинация включала удаление семявыносящих протоков и фрагментов паранефральной клетчатки (по 2 случая – 0,6%), а также матки с частью влагалища (1 случай – 0,3%) и матки с придатками (1 случай – 0,3%). Ещё одному (0,3%) больному вместе с опухолью, исходящей из толстой кишки, произведено удаление паравезикальной клетчатки. Кроме этого, шесть (1,9%) экстренных хирургических вмешательств были сочетанными. В трёх (1%) случаях произведена холецистэктомия; в двух (0,6%) удалена матка с придатками; в одном (0,3%) выполнена спленэктомия.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде возникло 27 (8,6%) осложнений. Из них 11 (3,5%) были интраабдоминальными, 16 (5,1%) – экстраабдоминальными. Интраабдоминальные осложнения составили: несостоятельность культи прямой кишки – 4 пациента (1,3%); лимфорея – 2 пациента (0,6%); повреждения мочеточника – 2 пациента (0,6%); несостоятельность швов межкишечного анастомоза – 1 пациент (0,3%); несостоятельность швов мочевого пузыря – 1 пациент (0,3%); формирование наружного панкреатического свища – 1 пациент (0,3%). Экстраабдоминальные осложнения включали: нагноение лапаротомной раны – 11 пациентов (3,5%); парастомальные гнойные воспаления – 2 пациента (0,6%); эвентерация – 1 пациент (0,3%); катетер-ассоциированный сепсис – 1 пациент (0,3%); дисциркуляторная энцефалопатия – 1 пациент (0,3%). Летальные исходы зафиксированы у двух (0,6%) больных с прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне распространённого паранеопластического процесса.

Вывод. Неотложные хирургические вмешательства при острой суб- и декомпенсированной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза на современном этапе нередко являются комбинированными и симультанными. Большинство осложнений раннего послеоперационного периода имело гнойно-септический характер.

Ключевые слова: колоректальный рак, кишечная непроходимость, хирургическое лечение, комбинированные и симультанные операции, осложнения.

---

18. Вакцинация как метод профилактики послеоперационных осложнений во время пандемии новой коронавирусной инфекции (статистическое исследование)

Бутырский А.Г., Михайличенко В.Ю., Шерендак С.А., Кареиманов С.С., Сулейманов Ф.С.

Симферополь

Институт МА имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО имени В.И. Вернадского

Введение. Предоперационная вакцинация против SARS-CoV-2 (новая коронавирусная инфекция, НКИ) может способствовать более безопасной плановой хирургии. Количество вакцин ограничено, поэтому это исследование было направлено на определение их приоритетности путем моделирования.

Цель. Обосновать необходимость приоритетной вакцинации больных с показаниями к плановому оперативному лечению. Задачи: 1. рассчитать необходимое количество вакцин для предотвращений одной смерти после плановой операции 2. рассчитать возможные сценарии развития ситуации с послеоперационной летальностью у хирургических больных

Материалы и методы. Представленные материалы отражают локальные данные, вошедшие в глобальное исследование GlobalSurg–CovidSurg Week study. Первичным результатом исследования было определение необходимого количества вакцин (НКВ), необходимого для предотвращения одной смерти, связанной с НКИ, за 1 год. НКВ было основано на послеоперационных показателях заболеваемости и смертности от НКИ среди хирургических пациентов, а также данных о заболеваемости НКИ и летальности среди населения (общая популяция). Оценки НКВ были стратифицированы по возрасту (18–49, 50–69, 70 и более лет) и показаниям к операции. При сравнении значений НКВ для двух разных групп меньшее значение является более благоприятным, поскольку это указывает на то, что для предотвращения одной смерти необходимо вакцинировать меньшее количество людей в этой группе. Вторичными результатами были НКВ для предотвращения одной смерти, связанной с НКИ, в тече-

ние 30 дней после вакцинации, а также предотвращение дополнительных НКИ-ассоциированных смертей за счет приоритета предоперационной вакцинации хирургических пациентов по сравнению с контрольной группой того же возраста. Для дальнейшего изучения неопределенности были разработаны сценарии наилучшего и наихудшего случая. Наилучший сценарий представляет собой наименьшее вероятное значение НКВ и максимально вероятное значение для дополнительных НКИ-ассоциированных предотвращенных смертей, тогда как наихудший сценарий представляет собой наиболее вероятное значение НКВ и наименьшее вероятное значение предотвращенных НКИ-ассоциированных смертей. Будущие изменения могут отражать изменения в государственной политике или появление новых вирусных штаммов с повышенной или пониженной вирулентностью.

Результаты исследований. Полученные данные НКВ были более благоприятны у хирургических пациентов, чем в общей популяции. Наиболее благоприятные данные об НКВ были у пациентов в возрасте 70 лет и старше, нуждающихся в онкологической (1; лучший случай 1, худший случай 2) или соматической операции (2; лучший случай 1, худший случай 4). Оба превышали НКВ в общей популяции (5; в лучшем случае 3, в худшем случае 7). В глобальном масштабе приоритетное внимание предоперационной вакцинации пациентов, нуждающихся в плановой операции, а не всего населения в целом, может предотвратить дополнительные 58 687 (в лучшем случае 115 007, в худшем случае 20 177) смертей, связанных с COVID-19, за 1 год.

Вывод. На фоне тотальной вакцинации против SARS-CoV-2 пациенты, нуждающиеся в плановой операции, должны быть вакцинированы в приоритетном порядке перед населением в целом.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, пандемия, вакцинация, хирургическая операция

---

19. Хирургическое лечение кистозных образований печени

Абдулазизов И.Г., Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Солдатов С.А., Петров Н.А., Аполлонов А.А., Вартикян Э.Р., Гусарова П.А., Бойцова Ю.А.,

Санкт- Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Кистозные образования печени относятся к доброкачественным новообразованиям печени. К наиболее часто встречающимся доброкачественным кистозным образованиям печени относят кисты и цистаденомы. С развитием современных инструментально-диагностических методов обследования больных увеличивается частота выявления доброкачественных новообразований печени. По данным инструментальных методов исследования и аутопсий все доброкачественные новообразования печени обнаруживают в 20-50% случаев. Кисты печени составляют 35% от всех доброкачественных новообразований печени.

Цель исследования: оценить результаты различных методов оперативного лечения кистозных образований печени.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 60 пациентов, проходивших оперативное лечение по поводу кистозных образований печени в период с 2012 по 2022 гг. Средний возраст составил 45,5 ± 11,9 лет, из них мужчин – 6 (9,8%), женщин – 54 (88,2%). Простые кисты печени выявлены у 39 (65,0%) пациентов, из них в 7 случаях имел место поликистоз, цистаденомы – у 18 (30%), цистаденокарциномы – у 2-х пациентов. Все пациенты обследованы в объеме: ультразвукового, КТ- и МРТ-исследований. В послеоперационном периоде всем выполнено гистологическое исследование стенки кистозных образований и диагноз верифицирован морфологически.

Результаты. Из 39 пациентов с простыми кистами лапароскопическая резекция печени выполнена 5 пациентам, лапаротомия с резекцией сегментов печени – в 2 случаях, лапароскопическая перицистэктомия – в 14, чрескожное чреспеченочное дренирование с этапной алкоголизацией полости кисты – 18 пациентам. Показаниями для лапаротомного доступа при простых кистах были расположение кист в задних сегментах печени, непосредственная близость или компрессия нижней полой или печеночных вен. Рецидив возник в 4-х случаях чрескожного чреспеченочного дренирования и склерозирования через 1 мес., 6 мес., 9 мес., 3 года. В 3-х наблюдениях достаточно было выполнение повторного пункционного дренирования с этапной алкоголизацией полости кисты В одном выполнена лапароскопическая резекция 2-3 сегментов печени. При оперативном лечении цистаденом использовались следующие методики: в 14 случаях – лапаротомия с резекцией сегментов печени (в т.ч. 2 гемигепатэктомии), в 3 – лапароскопическая резекция сегментов печени, в одном – пункция кисты со склерозированием остаточной полости (в последующем выполнена анатомическая резекция сегмента 4b). Рецидив имел место в одном случае пункции кисты. Из осложнений в 2-х наблюдениях после лапаротомии с резекцией сегментов печени имел место малый гидроторакс (реактивный плеврит) и билома в зоне резекции. В случаях лечения цистаденокарциномы выполнены: левосторонняя гемигепатэктомия, центральная резекция печени (S4,5,8). Послеоперационный период гладкий.

Выводы. Таким образом оптимальным методом опера-

тивного лечения кистозных образований являются малоинвазивные операции, такие как лапароскопическая перицистэктомия и чрескожное чреспеченочное дренирование с этапной алкоголизацией при простых кистах печени, лапароскопическая резекция сегментов печени при цистаденоме (с учетом локализации, размеров и показаний к оперативному вмешательству). Объем и подходы к оперативному лечению цистаденокарциномы требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: киста печени, цистаденома, цистаденокарцинома, оперативное лечение

---

20. Эпикритическая (протопатическая) боль и острая кровопотеря в развитии травматического шока у пострадавших в раннем посттравматическом периоде политравм, анализ летальных случаев

Шарипов И.А., Ефремов А.Ю., Байдуков А.С., Пустынников А.В., Галунин М.А.

Москва

Московский городской НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Эпикритическая* (протопатическая*) боли (ЭБ) (ПБ) и ОК при ПТ, эволюционно-выработанные нейрогенно-геморрагические составляющие ТТШ. Из-за тяжести и сохраняющейся высокой летальности, ТТШ остается актуальной и мало изученной проблемой.

Цель. Определить взаимоотягощающее влияние боли и острой кровопотери ПТ на пато- и танатогенез ТТШ, анализ летальности.

Материал. Изучены данные 92 пациентов с ТТШ ПТ, лечившихся в отделениях реанимации и сочетанной травмы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в 2021-2022гг. При доминировании скелетной травмы – ТТШ из-за болей и острой кровопотери (в соотношении 3:1), был у 56 пострадавших (60,9%); При равно-доминирующих повреждениях скелетной и внутриполостной травмах (84% случаев), ТТШ был причиной сочетания ОК и ЭБ (ПБ) (соотношении 1:1); При травме груди (ТГ) и ЧМТ, ТТШ доминировал у 15 пациентов (16,3%); При ТГ и живота, в 65% – ОК, в 35% – плевра-пульмональный шок (в соотношении 2:1) – 12 пациентов (13%) и перитонеальный – 9 (9,8%). Из 92 пациентов умерло 31 (33,2%): из-за тяжёлой сердечно-сосудистой и кардио-респираторной недостаточности – 35% и инфекционных осложнении (трахеобронхопневмонии) – 65% (это – «бич» всей проблемы ПТ!). Методы. Клинико-лабораторные, Rg, КТ, МРТ, эндоскопии, ангиографии, сканирование, УЗИ, ЭКГ, ЭХО кардиографии, секционные и судебно-медицинские исследования и др. Полученные результаты и обсуждения. Сочетание боли и ОК в остром периоде ТТШ достигают 90%, трудно выделить болевой и/или геморрагический шок.

Ключевые слова: тяжёлый травматический шок (ТТШ), политравма (ПТ), боль, острая кровопотеря (ОК), взаимоотягощающий синдром.

---

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

Воронцов О.Ф. (1,2), Абрамян Е.И. (2), Раделефф Б. (1), Михин И.В. (2), Грэб К. (1)

1) Германия, Хоф,
2) Волгоград

1) Сана Клиникум Хоф, Хоф, Германия,
2) ВолгГМУ, Волгоград

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующее рецидивирующее воспалительное заболевание, приводящее к необратимому замещению паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) фиброзной тканью. У пациентов, которых, в течении длительного срока, развивается осложненный ХП, уровень смертности выше в 5 раз, а частота развития злокачественных опухолей ПЖ увеличивается до 14 раз. В целом продолжительность жизни у пациентов с ХП в среднем меньше на 8 лет, по сравнению со здоровой популяцией. Абсолютное большинство пациентов с ХП перед хирургическим вмешательством получают длительное, многоэтапное интервенционное эндоскопическое и/или эхо- или КТ-контролируемое лечение. Более чем у 60% больных ХП, подверженным малоинвазивным интервенциям, развивается стойкий выраженный болевой синдром и тяжелые сочетанные осложнения, которые могут быть корригированы только радикальным хирургическми лечением.

Цель исследования: выявление прогностических факторов, позволяющих определить оптимальные сроки проведения резецирующей операции и достичь улучшения состояния пациентов с ХП в средне- и долгосрочной перспективе.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2023 год в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии больницы Сана Клиникум Хоф, в связи с различными, в том числе сочетанными, осложнениями ХП, было выполнено 65 резекционных вмешательств на ПЖ открытым или роботическим (система da Vinci) способом: пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР) – 31 (47,7%), левосторонняя резекция ПЖ с или без

сохранения селезенки – 17 (26,2%), операция Партингтона-Рошель – 3 (4,6%), панкреатэктомия – 14 (21,5%). 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 3 месяцев до 5 лет.

Результаты. В послеоперационном периоде у 12 (18,4%) пациентов развились хирургические осложнения. В 6 (9,2%) случаях была диагностирована недостаточность панкреатодигестивного анастомоза или культи панкреаса после левосторонней резекции (класс А у 3 (4,6%), класс В – у 4 (6,1%) пациентов, что потребовало установки дренажа под контролем КТ, УЗИ или эндо-УЗИ). У 5 (7,7%) больных развилась недостаточность билиодигестивного анастомоза, которая была купирована путем установки чрескожно-чреспеченочного дренажа. У 1 (1,5%) пациентки, после левосторонней резекции ПЖ, развилось массивное послеоперационное кровотечение, потребовавшее выполнения релапаротомии, перезекции культи ПЖ и ее дополнительного ушивания. Тридцатидневная госпитальная летальность составила 3% (2 пациента). У 53 (81,5%) пациентов после резекционных вмешательств на ПЖ, интенсивность болей снизилась с 8,3 до 1,9 балла 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 более частые послеоперационные осложнения и худшие показатели редукции абдоминальной боли.

Выводы. Категория пациентов с тяжелыми сочетанными осложнениями хронического рецидивирующего панкреатита нуждается в индивидуальном плане лечения. Резекционные вмешательства на ПЖ, выполненные в ранние сроки от начала заболевания, позволяют добиться значительно лучших результатов: снижения количества послеоперационных осложнений, улучшения качества жизни, немаловажной частью которого является полное отсутствие или значительное уменьшение болевого синдрома. Только детально проработанный концепт лечения с регулярным участием хирургов, интервенционных радиологов и эндоскопистов может привести к успешным результатам.

Ключевые слова: Хронический осложненный панкреатит, резекционные вмешательства, болевой синдром, качество жизни

---

22. Интраоперационная профилактика развития патологического рубцеобразования у пациентов групп риска

Владимирова О.В. (1,2), Лаврешин П.М. (1), Минаев С.В. (1), Вергасов М.М. (3), Терехин А.В. (4)

Ставрополь, Тюмень

1) ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ
2) ГБУЗ СК ГКБ №2
3) ГБУЗ СК СККБ
4) ГБУЗ ТО ОКБ №2

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно во всем мире хирургическим операциям разного вида и сложности подвергается более 100 млн человек. У 10 – 15% отмечено развитие патологических избыточных рубцов, а при ожогах такие последствия наблюдаются более чем у 15% пациентов.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с риском развития патологического рубцеобразования путем применения противофиброзного профилактического интраоперационного комплекса.

Материалы и методы. Сравнительный анализ 168 пациентов 12-55 лет обоего пола, у которых выявлен риск развития патологических рубцов с использованием авторской шкалы. Все пациенты с риском разделены на две группы: группа исследования – 87 пациентов и группа контроля – 81 пациент. С целью профилактики интраоперационно проведена стимуляция клеточной регенерации сочетанием биологического и физического методов воздействия – аутоплазма инъекционно и холодно-плазменная обработка раневого канала или полости по авторской методике.

Результаты. Для определения эффективности профилактики проведен анализ показателей эпителизации и частоты развития рубца, воспаления в раннем послеоперационном периоде, оценка в авторской электронной карте и авторском приложении для мобильных устройств, позволяющих проводить оценку в унифицированных баллах. При анализе средних сроков заживления в группе исследования на 7 сутки, а в контрольной – на 10-е, также в исследуемой группе формирование рубца происходило реже – у 14% пациентов, а в контрольной у 44%. Оценка воспаления в области п/о раны проводилась в баллах, где 0 – отсутствие признаков, а 4 балла – признаки выраженного воспаления, стойкие отек и стаз. Динамика показателей демонстрирует интенсивное стихание признаков в группе профилактики с использованием аутоплазмы и потока холодной плазмы. После выписки проведена оценка по критериям в динамике на 10, 30, 60, 90 и 180 сутки в баллах от 0 до 4, где 0 – норма, 4 – максимально выраженный признак: зуд, боль, качество жизни, эстетический дискомфорт, ограничение подвижности, чувство натяжения. Так, анализ качества

жизни на 90 и 180 сутки после травмы показал, что наличие следа от оперативного вмешательства на теле никак не влияет на качество жизни на 90 сутки у 6% (5), а уже на 180 сутки у 71% (62) пациентов группы исследования, и только у 41% (33) пациентов группы контроля.

Выводы. Определение риска развития патологических рубцов после травм и оперативных вмешательств позволяет проводить целенаправленную интраоперационную профилактику. Проведение интароперационной профилактики развития патологических избыточных рубцов в группе риска с применением аутоплазмы и потока холодной плазмы позволяет снизить частоту развития избыточных рубцов, уменьшить сроки заживления ран, сократить сроки стационарного лечения и периода восстановления.

Рекомендации. Данный подход является безопасным и эффективным и может применяться в условиях стационара и амбулаторий.

Ключевые слова: аутоплазама, холодная плазма, профилактика

---

23. Мониторинг антирефлюксной функции кардии у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) после ВЛС антирефлюксной операции

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

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет

Актуальность. Малоутешительные результаты повторных реконструктивных операций после эзофагофундопликации у больных ГПОД указывают на необходимость своевременной диагностики рецидива ГЭРБ и предшественников ее развития.

Цель исследования. Разработать способ динамического контроля состояния антирефлюксной функции кардии в отдаленные сроки после эзофагофундопликации у больных ГПОД, сочетанной с ГЭРБ.

Материалы исследования. Исследования выполнены у 213 больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанной с ГЭРБ, в сроки от 6 мес. до 18лет после видеолапароскопической антирефлюканой операции, основным этапом которой являлась циркулярная эзофагофундопликация. Использовалась разработанная нами компьютерная программа, с помощью которой проводилось дистанционное анкетирование пациентов по трем опросникам (GERD-HRQL, GIQLI, SF-36) и обработка результатов специальных исследований антирефлюксной функции кардии (рентгеноэндоскопия пищевода и желудка, внутрипищеводная pH – метрия, манометрия пищеводно-желудочного перехода). По результатам специальных исследований разработан обобщенный показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии (ОПНАФК), определяющий степень выраженности патологического гастроэзофагеального рефлюкса и предотвращающих его антирефлюксных механизмов кардии.

Результаты исследования и обсуждение. По результатам анкетирования у большинства обследованных в отдаленные сроки после операции были выявлены те или иные симптомы ГЭРБ различной степени выраженности (141 чел, 66.2%). Однако специальными методами исследования истинный рецидив ГЭРБ подтвержден лишь у 19 чел. (8,9%). У остальных 122 пациентов (57,3%) этой группы имелась ложноположительная симптоматика рецидива ГЭРБ. У 72 чел. (33,8%) клинические симптомы ГЭРБ отсутствовали, рецидив заболевания был исключен инструментальными исследованиями По результатам анкетирования после операции у больных с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ частота встречаемости основных признаков ГЭРБ (изжога, отрыжка) значительно уменьшилась в среднем на 78,8% ($p<0,05$). Превалировали жалобы на отрыжку воздухом (45,2%) и периодические неинтенсивные боли в эпигастральной области (31,3%), легко поддающиеся коррекции соблюдением диеты и режима питания, кратковременной консервативной терапией. Не было жалоб, характеризующих выраженные признаки недостаточности антирефлюксно функции кардии – срыгивания кислым содержимым, симптома «шнурков» и «мокрой подушки». У больных с рецидивом ГЭРБ частота основных симптомов ГЭРБ в послеоперационном периоде статистически не изменилась ($p>0,05$). Пациенты без рецидива заболевания жалоб не предъявляли. По результатам инструментальных исследований у пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ и у пациентов без рецидива ГЭРБ ОПНАФК приближался к максимально желаемому результату (0 баллов) и составил соответственно 8,81% и 5,23% от максимально не желаемого результата. У больных с рецидивом ГЭРБ ОПНАФК снизился лишь на 34,27%.

Выводы. 1.Использование специально разработанных компьютерных программ позволяет проводить мониторинг состояния антирефлюксной функции кардии в отдалённые сроки после эзофагофундопликации путем обобщения результатов дистанционного анкетного опроса по специальным опросникам и последующих данных специальных методов исследования кардии. 2. Выявление клинических признаков рецидива ГЭРБ по результатам анкетного опроса не позволяет достоверно подтвердить ее наличие или отсутствие – необходимо проведение инструментальных исследований замыкательной функции кардии. 3.Пациенты с ложноположительной симпто-

матикой ГЭРБ, возникшей после оперативного лечения нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении и коррекции имеющихся симптомов.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагофундопликация, мониторинг.

---

24. Определение прокальцитонина и С-реактивного белка в диагностике острого перитонита у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Фаллер А.П., Сундуков А.В., Курносов А.В.

Москва

ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 ДЗМ»

Актуальность: В последние годы в отечественной и зарубежной литературе появляются исследования, посвященные перитониту у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Все авторы сходятся во мнении, что течение перитонита у ЛЖВ имеет стертый характер и его диагностика не всегда проста, что диктует необходимость поиска потенциальных лабораторных предикторов. В настоящее время доказана диагностическая ценность прокальцитонина (ПКТ) и С-реактивного белка (СРБ) как маркёров гнойно-септических осложнений, в частности острого перитонита. При этом вопрос использования этих маркеров у ВИЧ-позитивных пациентов в диагностике острого перитонита остается недостаточно освященным, также нет их оценки в условиях иммунодефицита

Цель исследования: оценить роль ПКТ и СРБ как маркеров острого перитонита у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2021 год в отделении проведено исследование диагностической ценности маркеров воспаления ПКТ и СРБ. В исследование включено 83 пациента с ВИЧ-инфекцией, у которых выявлен острый перитонит. Средний возраст пациентов 41,3±7,6 года, 45 мужчин и 38 женщин. По стадиям ВИЧ-инфекции пациенты распределились следующим образом: 3 ст. – 6 человек, 4А ст. – 17 человек, 4Б ст. – 19 человек, 4В ст. – 41 человек. Всем пациентам, помимо обязательных диагностических и лабораторных исследований, необходимых для экстренного операции, определялся иммунный статус (ИС) и вирусная нагрузка (ВН). В зависимости от результатов ИС, пациенты разделены на четыре группы: 1 группа – ИС от 0 до 50 клеток CD4; 2 группа – ИС от 51 до 200 клеток CD4; 3 группа – ИС от 201 до 400 клеток CD4 и 4 группа – пациенты с ИС более 400 клеток CD4. В рамках протокола исследования определяли уровень ПКТ и СРБ в венозной крови непосредственно перед оперативным вмешательством. Для измерения ПКТ применяли анализатор miniVIDAS, позволяющий определить значение данного маркера с точностью не ниже 0,05 нг/мл. Для измерения СРБ использовали аппарат BeckmanCoulter AU480, имеющий разрешение не менее 0,1 мг/л. Статистическая обработка и графическое представление материалов выполнялось при помощи компьютерных программ SPSS Statistics 23,0 и Graph Pad Prism 6.00 для Windows. Для сравнения средних величин был применен непарный t-тест с поправкой Стьюдента для малых выборок. Для сравнения медиан использовали тест Манн-Уитни. Различия признавали статистически значимыми при $P<0,05$.

Результаты и обсуждение: Во всех четырех группах ПКТ значительно превысил референсные значения и составил в 1-й группе составил 6,3; во 2-й – 12,83; в 3-й – 10,97 и в 4-й – 7,07 нг/мл. При сравнении всех четырех групп статистически значимого различия между ними не выявлено ($P>0,05$). При определении СРБ также зафиксированы результаты значительно превышающие референсные значения, которые составили: в 1-й группе – 149,04; во 2-й – 184,2; в 3-й – 152,6 и в 4-й – 145,9 мг/л. Сравнение групп также не выявило статистически значимого различия ($P>0,05$). «Классические» критерии оценки воспалительного процесса в брюшной полости, такие как лейкоцитоз, лихорадка, тахикардия и другие не всегда пригодны для диагностики острого перитонита у ЛЖВ, особенно с низким ИС. Поэтому возникает необходимость применения маркеров острого перитонита у ЛЖВ. В проведенном исследовании показано, что во всех четырех группах уровень ПКТ и СРБ значительно повышался, что свидетельствует о их диагностической ценности у ВИЧ-инфицированных пациентов и возможном их применении у данной категории пациентов.

Выводы: Прокальцитонин и С-реактивный белок значительно повышаются при остром перитоните, в том числе и в условиях иммунодефицита и вирусной нагрузки. Определение прокальцитонина и С-реактивного белка необходимо использовать в качестве маркеров острого перитонита у ВИЧ-позитивных пациентов. Совместное определение ПКТ и СРБ может увеличить вероятность ранней диагностики острого перитонита, особенно при стертой клинической картине этого заболевания.

Ключевые слова: перитонит, ВИЧ-инфекция, прокальцитонин, С-реактивный белок

---

25. Лечение обширной отслойки кожи и мягких тканей при тяжелой сочетанной травме

Есеноков А.А. (1), Мануковский В.А. (1), Тулупов А.Н. (1,2), Демко А.Е. (1,2), Гаврищук Я.В. (1,3), Бесаев Г.М. (1,3), Никитин А.В. (1), Жукова Е.С. (1), Багдасарьянц В.Г. (1,3)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
2) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
3) Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель – разработка алгоритма лечения травматической отслойки кожи у пострадавших с политравмой.

Материал и методы. Нами разработан и апробирован алгоритм лечения пострадавших с политравмой при наличии обширной отслойки мягких тканей конечностей, таза и туловища. Согласно этому алгоритму при площади отслойки до 200 см2 выполняется только первичная хирургическая обработка, дренирование и ушивание ран (без их исходного массивного загрязнения). При более обширных отслойках до стабилизации показателей центральной гемодинамики (АДсист ? 90 мм рт.ст.) производятся только туалет ран, гемостаз и наложение компрессионных повязок, устранение других шокогенных повреждений. После стабилизации центральной гемодинамики производятся первичная хирургическая обработка ран и лоскутов, аутодермопластика по В.К. Красовитову и наложение аппарата внешней фиксации (АВФ). Такая тактика применена при лечении 119 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в возрасте от 18 до 72 лет. Мужчин – 67, женщин – 52. Травматическая отслойка мягких тканей нижних конечностей имелась у 102 (85, 7%) пострадавших, с переходом на таз и туловище – у 12 (10%), верхних конечностей – у 17 (14, 3%). Ограниченный характер отслойки (до 200 см2) диагностирован у 61 (51, 3%) пациентов, обширный – у 58 (48, 7%). Циркулярная отслойка на конечностях имелась у 47 (39, 5%) пострадавших. При поступлении в стационар состояние большинства было тяжелым, с количеством баллов по шкале ISS 26, 1 ± 4, 1. При ограниченных отслойках кожи (до 200 см2) без сопутствующих переломов костей травмированной области выполняли небольшой разрез по нижнему краю отслоенного лоскута. Проводили ревизию полости отслойки кожи с капитонажем полости путем подшивания лоскута к подлежащим тканям и дренированием. При наличии переломов костей конечностей поврежденный сегмент фиксировали АВФ с последующей хирургической обработкой и дренированием полостей. При обширных отслойках (более 200 см2) кожный лоскут по краям отсекали до неповрежденной кожи. Проводили хирургическую обработку раневой поверхности с обязательным удалением подкожной жировой клетчатки, нежизнеспособных участков фасций, мышц, а также свободно лежащих костных отломков, выполняли гемостаз и обильное орошение раны растворами антисептиков. После экономного отсечения размозженных краев лоску перфорировали аппаратным или ручным способом, укладывали на очищенную и обработанную антисептическим раствором раневую поверхность и подшивали отдельными узловыми швами. Травмированные сегменты конечностей даже при отсутствии переломов костей иммобилизировали АВФ. 26 пациентам перед такими вмешательствами потребовалось проведение противошоковых мероприятий для стабилизации гемодинамики, в т.ч. с обеспечением гемостаза в области отслойки. При локализации последней в области туловища вне зависимости от ее площади выполняли дренирование полостей. Некрозов стенок закрытых полостей данной локализации не наступало.

Результаты. При открытом характере повреждения наблюдали краевой некроз свободного края лоскута кожи в случае его значительного травмирования. У 12 из 54 пострадавших с обширной отслойкой кожи нижних конечностей развился частичный некроз кожного лоскута. В 7 наблюдениях причиной этого было выполнение первичной хирургической обработки без аутодермопластики, в 5 – поздняя диагностика инфекционного процесса. При развитии таких осложнений продолжительность лечения увеличивалась из-за необходимости выполнения этапных хирургических вмешательств в среднем на 7-14 суток. У 18 пострадавших с обширной отслойкой возникли краевые некрозы кожи. Умерли 10 пострадавших: 3 от массивной кровопотери, 6 – от сепсиса, 1 – от ТЭЛА.

Вывод: При отслойках кожи с нестабильной гемодинамикой производятся только гемостаз и наложение давящих повязок. После купирования травматического шока в зависимости от площади отслойки осуществляется закрытое дренирование полостей или аутодермопластика по В.К. Красовитову.

Ключевые слова: Политравма, отслойка кожи, аутодермопластика

26. Трудовой подвиг Горьковской (Нижегородской) областной станции переливания крови в годы Великой Отечественной войны

Логинов В.И., Бирюков М.Ю., Абрамов С.А., Бодунова Г.Н.

Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр крови им. Н.Я. Климовой»

В сложные и суровые годы Великой Отечественной войны, советский народ все свои силы направлял на борьбу с врагом. Патриотизм людей проявлялся в самых разных направлениях, в том числе в обеспечении кровью фронтовых госпиталей и лечебных учреждений тыла. Военно-полевая хирургия неразрывно связана со службой крови, около 20-25% раненых получили консервированную донорскую кровь, 80% всей крови обеспечили институты и станции переливания крови тыла страны. С первых дней войны Горьковская областная станция переливания крови перешла на усиленный режим работы и ни на один день не прекращая деятельности, осуществляла прием доноров и заготовку крови. Сотни горьковчан и эвакуированных граждан ежедневно сдавали кровь для спасения жизни раненых, большинство отказывались от компенсаций и денежных средств. Высокий патриотизм, агитационно-массовая работа, развёрнутая общественными силами города и области среди первичных организаций сельскохозяйственных и промышленных предприятий, позволили в несколько раз увеличить объём заготавливаемой крови. На фоне создания донорских кадров в условиях военного времени требовалось пересмотреть организацию службы крови. В июле 1941 года под станцию переливания крови выделено трёхэтажное здание конторы «Мехторг», которое уже к августу было переоборудовано и подготовлено к массовому приёму доноров. Коллектив станции проявил исключительные мужество и энергию, работа осуществлялась круглосуточно с переходом на казарменное положение. Большую практическую помощь Горьковской областной станции оказали опытные врачи и биологи, направленные из Центрального института гематологии и переливания крови, в подготовке врачей, лаборантов-биологов и химиков, медицинских сестер, освоении технологии массовой заготовки и транспортировки крови. Был увеличен штат станции, так, если до начала войны, штат клинической лаборатории станции состоял из 2 сотрудников, то в августе 1941-го увеличился до 6 человек. За период войны лаборантами-биологами только на групповую принадлежность доноров было выполнено более 600 тысяч исследований. Ежедневно принималось до 400 доноров, отделением комплектования и медицинского освидетельствования доноров были организованы донорские пункты в районах области, обеспечено комплектование, учёт кадров и доставка доноров по часовому графику. С началом войны отделение заготовки крови и её компонентов начало выпускать нативную плазму. Заготовка огромного количества крови требовала асептики высокого уровня, что было достигнуто созданием специального операционного блока. За годы войны 50 тысяч доноров сдали свою кровь почти 600 тысяч раз. Доноры военных лет, 99% которых составляли женщины, работавшие днём и ночью на производстве и в поле, после рытья траншей, выйдя из горячего цеха и отойдя от операционного стола шли на станцию переливания крови и донорские пункты и давали кровь, сотни и тысячи литров ежедневно. За годы Великой Отечественной войны некоторые доноры сдавали кровь по 100 и более раз. 113 тысяч литров крови горьковских доноров направлено на фронт и в тыловые госпитали, благодаря которой спасено полмиллиона раненых и больных солдат и офицеров Советской Армии. 24 июня 1944 года Указом Президиума Верховного Совета СССР был учреждён нагрудный знак «Почетный донор СССР», которым награждались доноры, многократно давшие свою кровь. Шестьсот жителей г. Горького были удостоены этого почётного звания за годы Великой Отечественной войны. Руководство страны высоко оценило и деятельность службы крови. Указом Президиума Верховного Совета СССР «О награждении орденами и медалями медицинских работников» (опубликован 19 сентября 1943 года в газете «Медицинский работник») «За самоотверженную работу по лечению бойцов и командиров Красной Армии, раненых в боях с немецкими захватчиками, хорошую организацию медицинского обслуживания населения…» орденом Красной Звезды награждены Нечаев Евгений Николаевич – директор Горьковской областной станции переливания крови и Постников Борис Александрович – хирург Горьковской областной станции переливания крови. Нижегородский областной центр крови чтит и помнит воинов и тружеников тыла, доноров и сотрудников службы крови, тех, кто своим трудом и своей кровью приближали День Победы!

Ключевые слова: кровь, донор, станция переливания крови, раненые, служба крови.

---

27. Использование сшивающих аппаратов в лечении осложнений геморроидальной болезни.

Кравцов Ю.А., Пахолюк Ю.П.

Владивосток

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский медуниверситет»

Актуальность. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Распространенность геморроя обусловлена тем, что это заболевание является одной из многочисленных болезней «прямохождения» [Диленян Л.Р. с соавт., 2014]. До насто-

ящего времени в общей практике хирургического лечения больных острым тромбозом геморроидальных узлов крайне редко используются оперативные методики, в основном, проводится консервативное лечение острого тромбофлебита и тромбоза геморроидальных узлов амбулаторно или стационарно.

Цель исследования: усовершенствование техники оперативного лечения больных острым тромбозом геморроидальных узлов и кровотечением, улучшение результатов лечения больных, сокращение сроков госпитализации, уменьшения частоты послеоперационных осложнений. В качестве объекта исследования были выбраны пациенты – мужчины и женщины в возрасте с 17 до 73 лет с осложнениями геморроидальной болезни – кровотечением, острым тромбированным геморроем выпадением и ущемлением геморроидальных узлов. Задачи исследования- выявить возможности радикального хирургического лечения осложненного течения геморроя вне зависимости от сроков и проявлений болезни. Сформулировать тактику лечения осложненного геморроя и ведения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы обследования: клинические и антропометрические исследования, шкала Бейтона, шкала ВАШ. Проктологическое обследование – наружный осмотр, колоноскопия, ректоромано – и аноскопия. Исследование анализов крови и мочи, САСС, биохимических показателей, в том числе из геморроидальных вен. Нами разработан способ лечения геморроя: «Способ хирургического подхода к лечению пациентов с осложненным течением геморроя и острым тромбозом геморроидальных узлов» (получен патент РФ), включающий экстренную радикальную геморроидэктомию, при этом у больного острым наружным тромбированным геморроем в экстренном порядке, под общим наркозом проводится оперативное лечение независимо от степени тяжести заболевания и наличия осложнений; предварительное лигирование сосудистого пучка осуществляется путем эндоскопической циркулярной резекции слизистой прямой кишки и подслизистого слоя с помощью с помощью одноразового хирургического геморроидального степлера.

Обсуждение. Представлены результаты лечения 55 пациентов с осложненным геморроем, которые находились в отделении хирургии МЦ «Здоровье» с 2020 по 2022 г. Из них 25 пациентов страдали острым тромбозом и выпадением геморроидальных узлов, а у 30 больных отмечалось ректальное кровотечение различной степени выраженности. При тромбозе геморроидальных узлов радикальная операция по предлагаемой нами методике выполнена в неотложном порядке на фоне консервативной терапии, не дожидаясь стихания воспалительных явлений. При острой анемии и кровопотере лечение начинали с остановки кровотечения малоинвазивным хирургическим способом с помощью сшивающего аппарата с последующим консервативным лечением кровопотери и анемии в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде назначали энтеральное послеоперационное питание на 7 дней и проводили профилактическое бужирование анастомоза. Перевязки как таковые не требовались. В отдаленном периоде обследовано 38 пациентов пв сроки от года до 2 лет после перенесенной геморроидэктомии. Рецидивов не выявлено. Стенозов анального отверстия не отмечено.

Выводы. Таким образом, хирургический подход в виде радикальной геморроидэктомии с использованием сшивающих аппаратов является высокоэффективным малотравматичным способом лечения, позволяющим оперировать острый и хронический геморрой с осложнениями амбулаторно или с кратковременным пребыванием в стационаре. Хирургические подходы к лечению острого тромбированного геморроя обеспечивают быстрый, надежный функциональный и эстетический результат операции.

Ключевые слова: Геморроидальная болезнь, осложнения, хирургическое лечение, сшивающие аппараты.

---

28. Ускоренная реабилитация у пациентов при операциях на костно-суставной системе нижних конечностей при помощи модифицированного Чек-листа хирургической безопасности ВОЗ

Храновский Д.Г., Медведчиков-Ардия М.А., Гранкин И.О., Борковский А.Ю., Бенян А.С.

Самара

Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова

Актуальность. Ежегодно в мире оперируется около 230 миллионов человек, из них 60 миллионов – после различных травм. Условия в которых оперируются пациенты – неравнозначны, при этом послеоперационная летальность колеблется от 0,4% до 10%. Тяжелые послеоперационные осложнения наблюдаются у 3–25% пациентов, прооперированных в условиях стационара. Вместе с тем доказано, что многие из смертельных исходов и осложнений можно предотвратить. Причинами осложнений могут быть – недостаточная координация действий персонала, ошибочное введение препаратов и технические проблемы (Iain Wilson, 2009). Лечение больных с переломами костей нижних конечностей и/или таза представляет одну из наиболее актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Частота по сумме данных повреждений, от всей скелетной травмы составляет до 70%. Переломы длинных трубчатых костей и таза, при сочетанных повреждениях составляют от 70 до 85% среди всех травм (R. Firoozabadi, 2017), у 15–30% пациен-

тов они сопровождаются значительной кровопотерей и травматическим шоком, что обуславливает высокий процент смертности – 70%. (J. Brun, 2014), а большое количество несвоевременных и низкоэффективных хирургических вмешательств значительно увеличивает процент выхода на инвалидность среди пациентов с данной патологией. Ускоренная реабилитация после травматологических и ортопедических операций в настоящих реалиях рассматривается в качестве стандарта, обеспечивающего раннее восстановление, в том числе и за счет снижения частоты нежелательных периоперационных инцидентов и осложнений. Внедрение контрольного перечня хирургической безопасности и программ ускоренной реабилитации является перспективным путем повышения качества высокотехнологичной специализированной помощи.

Цель исследования. Рассмотреть взаимное влияния протоколов хирургической безопасности и ускоренной реабилитации у пациентов травматолого-ортопедического профиля на исходы лечения, продолжительность госпитализации и сроки реабилитации.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании опыта работы травматолого-ортопедической службы ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова» в период с 01.03.2021. по 30.11.2022. В этот период в клинике внедрялся модифицированный «Контрольный список хирургической безопасности ВОЗ» (КСХБ) и протоколов ускоренной реабилитации на основании «Рекомендаций общества ERAS по ускоренной реабилитации после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов» (ERAS). В исследование вошли 621 пациент основной группы, лечение которых проводилось с использованием принципов хирургической безопасности и ускоренной реабилитации, и 411 больных контрольной группы. По гендерному и возрастному соотношению обе группы были сопоставимы, трудоспособные граждане составляли 351 (62%) и 286 (69%) соответственно. Структура повреждений была представлена следующим образом: переломы костей таза – 26 (2,52%), переломы длинных трубчатых костей – 298 (28,90%), около- и внутрисуставные переломы – 339 (32,88%), переломы лодыжек – 309 (29,97%). Травматологическая тактика и характер оперативных вмешательств в обеих группах были идентичными и включали в себя: накостный малоинвазивный остеосинтез пластинами – 648 (62,85%), открытая репозиция и фиксация переломов костей таза – 26 (2,52%), интрамедуллярный остеосинтез трубчатых костей – 298 (28,90%), эндопротезирование крупных суставов 60(5.81%). При непосредственном внедрении КСХБ и ERAS в клинической работе травматологической службы были проведены модификация/включение/исключение отдельных протокольных пунктов, а также сопоставление идентичных компонентов и оценка их взаимного влияния. В КСХБ был добавлен раздел «До подачи в операционную», включающий 7 дополнительных пунктов; в раздел «До начала анестезии» добавлено 5 пунктов, итого данный раздел состоит из 12 пунктов; в разделе «До рассечения кожи» исключен 1 пункт, т.о. раздел сократился до 6 пунктов; в разделе «До того, как пациент покинет операционную» был включен 1 дополнительный пункт, что увеличило их количество до 6. В целом модифицированный КСХБ, используемый в настоящее время в клинике, состоит из 31 пункта. При сопоставлении компонентов КСХБ и ERAS было выявлено, что по основным критериям, характеризующим анестезиологическое пособие и профилактические мероприятия отмечалось полное соответствие КСХБ таким пунктам ERAS, как п.4 – стандартизация анестезиологического пособия, п.7 – профилактика кровопотери, п.9 – обеспечение нормотермии, п.10 – профилактика инфекционных осложнений, п.11 – профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

Результаты. В качестве основных критериев оценки эффективности примененного подхода были определены: а) частота периоперационных осложнений; б) длительность послеоперационного периода; в) продолжительность госпитализации; г) сроки возврата к основной работе у граждан трудоспособного возраста. В основной группе было зарегистрировано 13 периоперационных осложнений (2.31%), в группе сравнения – 18 (4.3%). Длительность послеоперационного периода составила 4,4±0,6 дней у пациентов основной группы и 5,3±0,8 дней у пациентов контрольной группы. Это в целом повлияло и на продолжительность госпитализации, которая в основной группе уменьшилась до 6,7±0,5 койко-дней в сравнении с показателем 8,0±1,1 в контрольной группе. В отдаленном периоде было проведено изучение сроков восстановления трудоспособности. Пациенты с применением протоколов КСХБ и ERAS отмечали более скорое восстановление и возврат к трудовой деятельности в сроки на 4-6 недель меньше, чем больные группы сравнения.

Выводы. Применение модифицированного контрольного перечня мер хирургической безопасности в полной мере сочетается с направлением современной концепции ускоренной реабилитации пациентов с травмой костно-суставной системы нижних конечностей. Стандартизация технических компонентов обеспечения анестезии и хирургического пособия, обеспеченные проведением контрольных мер, способствуют уменьшению количества осложнений, ускорению восстановления пациентов, ускоренному возвращению пациентов к трудовой деятельности.

Ключевые слова: Ускоренная реабилитация, Чек-лист, Хирургическая безопасность.

29. Энтеростомия при послеоперационном перитоните

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

Барнаул

АГМУ

Актуальность. Отказ от наложения тонкокишечного анастомоза, выключение патологически измененных дистальных участков кишечника путем энтеростомии в условиях послеоперационного перитонита (ПП), острых перфораций тонкой или ободочной кишки, несостоятельности швов анастомозов, в большинстве случаев, является оправданным. Современное комбинированное энтеральное питание, медикаментозная коррекция позволяют успешно контролировать и восполнять потери даже при формировании высоких тонкокишечных свищей, что делает возможным более эффективным купирование ПП и проведение отсроченных реконструктивно-восстановительных операций в ближайшее время.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии краевой клинической больницы на протяжении многих лет концентрируются больные с абдоминальными хирургическими осложнениями, в числе которых большую часть занимает ПП с наличием сепсиса и органной дисфункции. За последние 2 года нами были проанализированы основные причины осложнений тяжелого ПП, при устранении которых потребовалось выведение энтеростомы (n=34): 1. Несформированные множественные свищи тонкой кишки – 12 (35,3%). 2. Несостоятельность тонкокишечных анастомозов после резекции тонкой кишки – 10 (29,4%). 3. Несформированные свищи поперечно-ободочной кишки – 7 (20,6%). 4.Некроз тонкой кишки вследствие острого мезентериального тромбоза – 5 (14,7%).

Результаты и обсуждение. В 1 группе несформированные тонкокишечные свищи (НТКС) образовались после адгезиолиза по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. В данных ситуациях несостоятельность швов тонкой кишки возникла после ушивания множественных дефектов кишечной стенки. Во 2 группе НТКС возникли в результате несостоятельности швов тонкокишечных анастомозов. В обеих группах произведена резекция свищенесущей кишечной петли (межкишечного анастомоза). Тяжесть ПП (мангеймский индекс перитонита 15,4±2,1 баллов) и тяжелое состояние больного (SOFA 9,8±1,4 баллов) не позволили завершить операции наложением межкишечного соустья. Была выведена концевая энтеростома, уровень которой по отношению к длине приводящего отдела был различный (средний отдел тонкой кишки, подвздошная кишка). Для купирования ПП применялись плановые санации брюшной полости с использованием тактики «Open abdomen». При длине приводящего отдела тонкой кишки менее 75 см свищ функционировал как высокий. Проводилось комбинированное питание, коррекция синдрома мальабсорбции. В 1 группе умерло 3 (25%) больных и во второй – 2 (20%) больных. В последующем 11 пациентам этих групп через 2-2,5 месяца проведено включение в пассаж сформированных свищей тонкой кишки путем наложения энтероэнтеро- или энтеротрасверзоанастомоза. В 3 группе несформированные свищи ободочной кишки возникли вследствие деструкции и перфорации стенки кишки на фоне инфицированного панкреонекроза и ПП. Попытки ушивания дефекта или резекции ободочной кишки были бесперспективны. Всем выполнено выключение из пассажа толстой кишки путем наложения в правой подвздошной области терминальной илеостомы. В послеоперационном периоде в лечении использовалась методика вакуум-аспирации из лапаростомной раны. Умерло 3 (42,9%) пациента. Оставшимся 4 больным илеостома была закрыта через 3 месяца из локального доступа. У всех больных 4 группы имел место сегментарный некроз подвздошной кишки, иногда в сочетании с некрозом правой половины ободочной кишки на фоне острого мезентериального тромбоза. Наличие тяжелого ПП, коморбидного фона, неясность кровообращения в оставленных после резекции участках кишечника явилось основанием для отказа от наложения анастомоза и показанием для выведения энтеростомы. Умерло 2 (40%) больных вследствие прогрессирования ишемии кишечника.

Выводы. Предложенный тактический подход с применением в экстренных ситуациях энтеростомии позволил улучшить результаты хирургического лечения ПП, связанного НТКС на фоне острых перфораций, несостоятельности швов тонкокишечных анастомозов, несформированными свищами ободочной кишки, некрозом тонкой и ободочной кишки вследствие острого мезентериального тромбоза. Общая летальность составила 29%. При выключении из пассажа ободочной кишки необходимо использовать терминальную илеостому. После резекции тонкой кишки, иногда тонкокишечного анастомоза с несостоятельностью швов в условиях ПП операция может быть завершена с помощью энтеростомии. Длина приводящего отдела тонкой кишки до энтеростомы может быть различной, иногда даже короткой. Активная хирургическая тактика, современная нутритивная поддержка, лекарственное обеспечение позволяют эффективно купировать ПП, успешно корригировать белково-электролитные потери при высоких полных тонкокишечных свищах, а также выждать время и провести операции по включению их в кишечный пассаж в ранние сроки.

Ключевые слова: Послеоперационный перитонит, энтеростома, илеостома, кишечные свищи

30. Сравнительный анализ лапаростомии и релапаротомий при закрытой травме живота и перитоните

Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В., Дербенцева Т.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С.

Волгоград

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. У тяжелых и гемодинамически нестабильных пациентов с распро-страненным перитонитом (РП), травмой живота (ТЖ) с компартмент-синдромом, сепсисом есть 3 способа многоэтапного лечения (МЭЛ) после пер-вичной лапаротомии: релапаротомии «по требованию» (РЛТ), программирован-ные релапаротомии (ПРЛ), лапаростомии (ЛС).

Целью нашего исследования являлось проведение мета–анализа по сравнению эффективности вакуум–ассистированной лапаростомии (ВАЛ) с различными вариантами релапаротомий и ЛС без вакуума при лечении пациентов с РП и ТЖ.

Материал и методы. Си-стематический поиск литературы проведен в соответствии с рекомендациями Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta–Analyses. Произведен анализ нерандомизированных исследований с января 2007 г., а рандомизирован-ных – без временных ограничений, по 06. 08.2022 г. из электронных баз eLibrary, PubMed, Cochrane Library, Science Direct, Google Scholar Search, Mendeley в соответствии с рекомендациями ФГБУ «Центр экспертизы и кон-троля качества медицинской помощи» Минздрава России. Статистическая до-стоверность выводов подтверждалась определением 95% доверительного ин-тервала (ДИ) (если p<0,05, то различия достоверны).

Результаты. Из 11368 исследований в итоге в мета–анализ включены 12 исследований (из них 1 РКИ, 5 проспективных когортных, 2 комбинированных когортных, 4 ретроспективных когортных исследований). Мета-анализ. Сравнение ВАЛ с другими вариан-тами МЭЛ по количеству необходимых повторных операций. А) сравнение с РЛТ. Относительный риск (ОР) 1,91 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,54–6,77; I2=0%, модель фиксированных эффектов (МФЭ); p=0,319). Б) сравнение с ПРЛ. ОР 2,94 (95% ДИ 1,16–7,44; I2=0%, МФЭ; p=0,023). Систематической ошибки публикаций нет. В) сравнение с другими вариантами ЛС без вакуума. ОР 0,57 (95% ДИ 0,32–1,01; I2=0%, МФЭ; p=0,053). Сравнение ВАЛ с другими вариантами ЛС без вакуума по количеству пациентов с успешным закры-тием брюшной полости. ОР 1,11 (95% ДИ 0,90–1,36; I2=67,37%, модель слу-чайных эффектов (МСЭ); p=0,333). Сравнение ВАЛ с другими вариантами МЭЛ по средним срокам окончательного закрытия брюшной полости. А, Б) сравнение с РЛТ и ПРЛ невозможно. В) сравнение с другими вариантами ЛС без вакуума. Стандартизованная разность средних составляет (SMD) –0,17 (95% ДИ от –0,43 до 0,09, I2=48,48%, МСЭ; p=0,192). Сравнение ВАЛ с другими вари-антами МЭЛ по послеоперационным осложнениям. А, Б) сравнение с РЛТ и ПРЛ невозможно. В) сравнение с другими вариантами ЛС без вакуума по наружным кишечным свищам: ОР 0,53 (95% ДИ 0,13–2,12; I2=77,12%, МСЭ; p=0,371); по частоте интраабдоминальных абсцессов: ОР 0,55 (95% ДИ 0,20–1,52; I2=70,02%, МСЭ; p=0,250). Сравнение ВАЛ с другими вариантами МЭЛ по средней продолжительности нахождения пациентов в ОРИТ. А) сравне-ние с РЛТ: SMD –0,06 (95% ДИ от –0,88 до 0,76, I2=92,26%, МСЭ; p=0,889). Б) сравнение с ПРЛ невозможно. В) сравнение с другими вариантами ЛС без ваку-ума. SMD –0,66 (95% ДИ от –0,96 до –0,35, I2=0%, МФЭ; p=0,000). Системати-ческой ошибки публикаций нет. Сравнение ВАЛ с другими вариантами МЭЛ по средней продолжительности нахождения в стационаре. А) сравнение с РЛТ: SMD 0,10 (95% ДИ от –0,53 до 0,74, I2=87,32%, МСЭ; p=0,749). Б) срав-нение с ПРЛ невозможно. В) сравнение с другими вариантами ЛС без вакуума: SMD –0,74 (95% ДИ от –1,05 до –0,43, I2=0%, МФЭ; p=0,000). Систематической ошибки публикаций нет. Сравнение ВАЛ с другими вариантами МЭЛ по по-слеоперационной летальности (ПОЛ). А) сравнение с РЛТ: ПОЛ после ВАЛ –18,1% (34/188) (95% ДИ 13,2%–24,24%), после РЛТ – 34,64% (53/153) (95% ДИ 27,55%–42,48%). ОР 0,37 (95% ДИ 0,12–1,19; I2=73,5%, МСЭ; p=0,097). Б) сравнение с ПРЛ: ПОЛ после ВАЛ – 41,66% (5/12) (95% ДИ 19,26%–68,11%), после ПРЛ – 34,61% (9/26) (95% ДИ 19,31%–53,88%). ОР 1,58 (95% ДИ 0,18–13,83; I2=55,68%, МСЭ; p=0,681). В) сравнение с другими вариантами ЛС без вакуума. ПОЛ после ВАЛ – 21,16% (95% ДИ 17,34%–25,57%), после других вариантов ЛС без вакуума – 31,51% (95% ДИ 26,74%–36,72%). ОР 0,72 (95% ДИ 0,56–0,93; I2=0%, МФЭ; p=0,012). Систематической ошибки публикаций нет.

Заключение. Достоверных отличий между ВАЛ и РЛТ, а также ВАЛ и ЛС без вакуума по количеству необходимых реопераций нет УДД 2, УУР В (2В) по рекомендациям ФГБУ «ЦЭККМП» МЗ РФ. Количество реопераций при ПРЛ достоверно меньше, чем при ВАЛ 2В. Достоверных отличий по частоте успеш-ного закрытия брюшной полости после ВАЛ или ЛС без вакуума нет 1С. Сроки окончательного закрытия брюшной полости после ВАЛ и ЛС без вакуума не от-личаются 2В. Достоверных отличий между ВАЛ и ЛС без вакуума по частоте кишечных свищей и интраабдоминальных абсцессов нет 2В. Средняя продолжи-тельность лечения в ОРИТ после ВАЛ и РЛТ не отличается 2В, после ВАЛ меньше, чем при ЛС без вакуума 2В. Продолжительность лечения после ВАЛ и РЛТ не отличается 2В, но меньше после ВАЛ, чем при ЛС без вакуума

2В. ПОЛ после ВАЛ не отличается РЛТ и ПРЛ 2В. ПОЛ после ВАЛ ниже, чем с ЛС без вакуума 1С.

Выводы. Применение ВАЛ в лечении тяжелой абдоминальной травмы и перитонита является эффективным и обоснованным; методика обладает рядом преимуществ перед ЛС без вакуума.

Ключевые слова: вакуум–ассистированная лапаростомия, лапаростомия, релапаротомия «по требованию», программированная релапаротомия, синдром интраабдоминальной гипертензии, абдоминальный компартмент–синдром

---

31. Роль некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции в прогнозировании исходов тяжелой сочетанной закрытой травмы живота

Александров В.В., Маскин С.С., Ермолаева Н.К., Матюхин В.В., Рашид А., Сигаев С.М., Бирюлев Д.С., Алимов М.Н.

Волгоград

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) способствует тромбообразованию и усилению гипоксии тканей, развитию полиорганной недостаточности (ПОН).

Цель. Определить значимость некоторых маркеров ЭД: С-реактивного белка (СРБ), фактора фон Виллебранда (vWF), количества десквамированных эндоте-лиоцитов (ДЭ) в крови при тяжелой сочетанной закрытой травме живота (ТСЗТЖ) для прогнозирования развития осложнений и летального исхода (ЛИ).

Материал и методы. 31 пациент с ТСЗТЖ: муж/жен – 2,1:1, возраст 36,2±2,06 лет. Механизм травмы: ДТП – 71%, кататравма – 13%, бытовая – 9,6%, сдавление – 6,4%. Тяжесть травмы у 54,8% (17) пациентов 3,46±0,32 балла по шкале ВПХ-МТ с возможным ЛИ<25%; у 25,8% (8) 8,41±0,51 балла (ЛИ <60%) и у 19,4% (6) 18,19±2,03 балла (ЛИ>70%). 2 области были повреждены у 8 пациентов, 3 области у 12 и 4 области у 11. Контрольная группа (КГ) – 5 оперированных больных с грыжами живота. Кровь на СРБ, vWF, ДЭ в 1,3,5 сутки.

Результаты. При неосложненном течении (НТ) после операции в КГ было снижение СРБ и увеличение vWF, ДЭ с 1 на 3 сутки, затем стабилизация. При ТСЗТЖ – рост СРБ с 1 по 5 сутки, без корреляции с тяжестью травмы (p>0,05). Уровень СРБ выше у травмированных пациентов в сравнении с КГ (p<0,05). У больных с ТСЗТЖ при СРБ 76,12±7,8; 125,5±7,8 мг/мл на 1 и 3 сутки предполагаются повреждения органов живота (ПОЖ). При СРБ 107,26±12,51; 164,21±6,1; 219,98±17,92 мг/мл на 1, 3, 5 сутки прогноз неблагоприятного течения травматической болезни (ТБ) и высокой вероятности ЛИ. При НТ ТБ у пациентов с ТСЗТЖ – рост СРБ к 3 суткам, снижение к 5. Рост СРБ в крови свидетель-ствует о реализации системной воспалительной реакции, предвестника ПОН. В основной группе рост vWF с увеличением сроков от получения травмы, за исключением подгруппы с прогнозируемым ЛИ<25%, где есть снижение с 3 на 5 сутки, p<0,05 по сравнению с КГ во все сроки. При ТСЗТЖ с прогнозируемым ЛИ>25% – увеличение vWF с 1 по 5 сутки, без корреляции с тяжестью травмы (p>0,05). Уровень vWF выше у травмированных пациентов в сравнении с КГ (p<0,05). У больных с ТСЗТЖ при vWF 198,46±6,8%, 207,11±10,3% на 3 и 5 сутки следует предполагать наличие повреждений органов живота. При vWF 249,9±12,06%, 291±13,1% на 3 и 5 сутки следует предполагать крайне неблаго-приятное течение ТБ и высокую вероятность ЛИ. При НТ ТБ у пациентов с ТСЗТЖ – рост показателей vWF к 3 суткам, затем снижение к 5, практически до-стигая уровня 1 суток. Высокие по сравнению к КГ концентрации vWF с 1 суток и к 3 и 5 суткам – признак системного повреждения Э в ответ на тяжелую травму. В основной группе увеличение концентрации ДЭ с 1 на 3 сутки, и снижение на 5-е сутки, p<0,05 по сравнению с КГ во все сроки. При утяжелении травмы ДЭ выше только при сравнении подгрупп с прогнозируемым ЛИ до 25% и до 60% на 3 и 5 сутки (p<0,05). При ТСЗТЖ рост концентрации ДЭ с 1-х по 3-и сутки, за-тем снижение к 5-м, не всегда коррелируют с тяжестью травмы. Уровень ДЭ выше у травмированных пациентов, чем в КГ (p<0,05). При ушибе передней брюшной стенки и ПОЖ (p>0,05). При средних значениях ДЭ 10,91±1,09?104/л, 20,5±0,62?104/л, 11,91±0,95?104/л на 1, 3, 5 сутки следует ожидать развитие осложнений, а при средних значениях ДЭ 17,8±1,02?104/л, 25,2±0,66?104/л, 22,6±0,87?104/л в те же сроки – предполагать крайне неблагоприятное течение ТБ и высокую вероятность развития ЛИ. ДЭ наиболее достоверен для прогноза риска осложнений и ЛИ во все сроки. При НТ ТБ у пациентов с ТСЗТЖ – рост показателей ДЭ к 3 суткам, затем снижение к 5-м, ниже уровня 1-х. Рост ДЭ в крови – говорит о повреждении Э в ответ на травму. ДЭ зависит от тяжести травмы при сравнении подгрупп с прогнозируемым ЛИ до 25% и до 60% на 3 и 5 сутки.

Заключение. Маркеры ЭД прогностические значимы при ТСЗТЖ. СРБ и vWF в дифференцировке ушиба брюшной стенки и ПОЖ, крайне высокие показатели – неблаго-приятное течение ТБ и вероятность ЛИ. Уровень ДЭ наиболее значим в прогнозе риска осложнений и ЛИ с 1 по 5 сутки от травмы. Некротические и апоптотические процессы в Э, отражаемые содержанием ДЭ – ведущие в патогенезе ПОН.

Выводы. Объективная оценка ЭД в хирургии повреждений имеет прогностическое значение – изменение уровня активности СРБ, vWF, ДЭ в динамике может использоваться при выборе тактики и патогенетического лечения при ТСЗТЖ.

Ключевые слова: эндотелий; эндотелиальные маркеры; эндотелиальная дисфункция; сочетанная закрытая травма живота; летальный исход; послеоперационные осложнения; полиорганная недостаточность

---

32. Зависимость длительности госпитализации от характера эндоскопических и хирургических вмешательств у больных панкреонекрозом

Лопушков А.В., Туровец М.И., Зюбина Е.Н., Бурчуладзе Н.Ш., Попов А.С., Спиридонов Е.Г., Воробьёва А.А., Кандыбина И.Г., Михин И.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Актуальность. Не смотря на развитие современных методик диагностики и лечения пациентов с панкреонекрозом, продолжительность госпитализации таких больных составляет достаточное большое количество койко-дней. Длительность нахождения пациентов с деструктивным панкреатитом в стационаре зависит, в том числе, от характера хирургического вмешательства и наличия осложнений в раннем послеоперационном периоде. Лечение больных панкреонекрозом в настоящее время считается финансово-экономически затратным мероприятием. Актуальность нашего исследования определяется перспективами снижения экономических затрат медицинских учреждений и уменьшения времени пребывания пациентов в стационаре за счет выбора оптимальной хирургической тактики.

Цель исследования. Определение зависимости длительности госпитализации от характера эндоскопических и хирургических вмешательств у больных панкреонекрозом.

Материал и методы. Проведено когортное исследование результатов эндохирургического лечения 488 больных с билиарным и алкогольно-алиментарным панкреонекрозом. Все пациенты разделены на группы: 1 группа – больные с длительностью госпитализации до 30 суток, 2 группа – с более длительным временем стационарного лечения. Все пациенты находились на стационарном лечении в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ с 2010 по 2022 год. Для определения статистически значимых предикторов повышения длительности госпитализации использовался бинарный логистический регрессионный анализ. В качестве потенциальных факторов риска проанализировали характер эндоскопических и хирургических вмешательств у больных панкреонекрозом.

Результаты. Средняя длительность госпитализации у исследованных больных составляла 30,3±26,6 суток. Для разработки модели риска повышения длительности госпитализации, в которую включили характер эндоскопических и хирургических вмешательств, применили метод бинарной логистической регрессии. Результаты были представлены в виде формулы: p = 1/(1+EXP(-(-1,279 + ЭВ + ХВ))), где p – вероятность развития повышения длительности госпитализации выше 30 суток (%), EXP – экспонента заданного числа; ЭВ – эндоскопические вмешательства (нет = 0; лечебно-диагностическая лапароскопия = -0,564; лапароскопическая холецистостомия = 1,219; эндоскопическая папиллосфинктеротомия = 1,025; стентирование главного панкреатического протока = -0,546), ХВ – хирургические вмешательства (нет = 0; лапаротомия = 1,951; лапаротомия из минидоступа = 1,456). При сочетании компонентов ЭТПВ, регрессионные коэффициенты суммируются. Полученная логистическая регрессионная модель является статистически высокозначимой (p <0,001). Исходя из значения коэффициента детерминации Найджелкерка, модель определяет 24,7% дисперсии вероятности повышения длительности госпитализации выше 30 суток. Исходя из значений регрессионных коэффициентов, применение лечебно-диагностической лапароскопии и стентирования главного панкреатического протока уменьшали шансы повышения длительности госпитализации свыше 30 суток в 1,5 раза, а выполнение лапароскопической холецистостомии, эндоскопической папиллосфинктеротомии, лапаротомии и лапаротомии из минидоступа повышали этот риск в 2,23 раза, в 2,03 раза, в 2,95 раза, в 2,46 раза соответственно. Специфичность модели составила 76,2%, чувствительность – 74,6%.

Обсуждение. В нашем исследовании выявлено, что характер хирургической тактики влияет на риск увеличения длительности госпитализации выше 30 дней. Применение лечебно-диагностической лапароскопии и стентирование главного панкреатического протока уменьшали этот риск. Это связано с малой инвазивностью данных оперативных вмешательств, снижением хирургической травмы, уменьшением риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Заключение. Использование предложенной модели поможет оптимизировать объем эндоскопических и хирургических вмешательств, что приведет к снижению длительности госпитализации и затрат на лечение больных данной категории.

Ключевые слова: Панкреонекроз, длительность госпитализации, хирургическая тактика, лапароскопия, лапаротомия.

---

33. Малые и большие ампутации у больных с критической ишемией нижних конечностей с дистальной стено-окклюзией артерий при непрямой реваскуляризации (корреляционно-статистический анализ)

Косаев Дж.В., Абушов Н.С., Намазов И.Л., Будагов И.К.

Азербайджан, Баку

Научный Центр Хирургии им.акад. М.А.Топчубашева

Актуальность. У больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) реконструктивные и эндоваскулярные вмещательства восстановливают кровоток и удается избегать ампутации конечности. При дистальной стено-окклюзии артерий не всегда удается выполнить прямую реваскуляризацию. В таких случаях проводятся различные методы непрямой реваскуляризации, как альтернатива к ампутации. Однако, полученные результаты у разных авторов неоднозначны, из-за прогрессирования ишемии выполняются малые и большие ампутации, не проводились корреляционно-статистические анализы зависимости уменьшения этих операций от метода операции.

Цель. Изучить вляние непрямых методов реваскуляризации на частоту малых и больших ампутаций у больных с КИНК при дистальном поражении артерий.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 210 больных с КИНК, обусловленной дистальной стено-окклюзией артерий. Из-за невозможности выполнения прямой реваскуляризации (открытые, эндоваскулярные, гибридные вмещательства) у 48 больных (контрольная группа) была проведено общепринятое хирургическое лечение. Стимуляция регионарного кровообращения у 42 больных (I группа) проводилась реваскуляризирующей остеотрепанацией (РОТ), у 51 больного(II группа) – поясничной симпатэктомией (ПСЭ), у 38 больных (III группа) – РОТ+ПСЭ, у 31 больного (IV группа) – РОТ с проведением внутрикостномозгового лазерного облучения (ВКЛО) в постоперационном периоде. Изучали частоту малой(трансметатарсальной) и большой(ампутации на уровне бедра и голени) ампутаций из-за прогрессирования ишемии в период нахождения больных в стационаре и в отдаленном периоде в сроки 6 мес.- 5 лет. Зависимость частоту ампутаций от применяемого метода непрямой реваскуляризации анализирована непараметрическим методом статистики с определением ?2, p, r.

Результаты исследования. В контрольной группе, несмотря на проведения комплексного лечения, из-за прогрессирования ишемии малые+большие ампутации выполнены у 14(29,2%) больного, а у больных I, II, III и IV групп – соответственно у 6(14,3%), 8(15,9%), 5(13,2%) и 2(6,5%) больных. Изучение зависимости полученных результатов от метода непрямой реваскуляризации выявило следующее : для группы операции РОТ – ?2=2,870, p>0,05, r=0,3; для группы операции ПСЭ – ?2=2,600, p>0,05, r=0,2; для группы операции ПСЭ+РОТ – ?2=3,158, p>0,05, r=0,3 ; для группы операции РОТ с ВКЛО в постоперационном периоде – ?2=6,017, p<0,01, r=0,4. Таким образом, в стационарном периоде частота уменьшения малой+большой ампутации достоверно уменьшается в IV группе с значительной корреляционной связью. В отдаленном периоде в сроки от 6 мес. до 6 лет под наблюдением находились 43 больных контрольной группы, 39 больных I группы, 46 больных II группы, 34 больных III группы и 31 больной IV группы. Малые+большие ампутаццц у больных контрольной группы выполнены у 32 больных, у больных I, II, III и IV групп – соответственно у 19(44,2%), 23(50%), 15(44,1%), 12(38,7%) больных. Изучение зависимости полученных результатов от метода непрямой реваскуляризации выявило следущее : для группы операции РОТ – ?2=5,745, p<0,05, r=0,3; для группы операции ПСЭ – ?2=5,613, p<0,05, r=0,3; для группы операции ПСЭ+РОТ – ?2=7,330, p<0,05, r=0,4 ; для группы операции РОТ с ВКЛО в постоперационном периоде – ?2=9,529, p<0,01, r=0,5. Корреляционно-статистический анализ свидетельствует о достоверном снижении частоты малых и больших ампутаций в зависимости от хирургической тактики в отдаленном периоде с достаточной корреляционной связью. При этом наилучшие результаты получены при операции реваскуляризирующей остеотрепанации с внутрикостномозговым лазерным облучением в постоперационном периоде.

Заключение. При невозможности выполнения операций прямой реваскуляризации у больных с КИНК, обусловленной дистальным поражением артерий, операции РОТ, ПСЭ, ПСЭ+РОТ и РОТ с ВКЛО в постоперационном периоде могут быть рекомендованы для снижения частоты малых+больших ампутаций в ближайшем и отдаленном периодах, позволяющие сохранить опорную функцию конечностей и улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: критическая ишемия, малые и большие ампутации, реваскуляризирующая остеотрепанация, внутрикостномозгое лазерное облучение

34. Спонтанные разрывы селезёнки у пациентов с инфекционной патологией.

Фаллер А.П., Пучков С.С.

Москва

ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 ДЗМ»

Актуальность: При многих инфекционных заболеваниях, при септических процессах, встречаются поражения селезёнки со специфической клинико-инструментальной картиной, требующие индивидуальной диагностической и лечебной тактики. Наш практический опыт показал, что вмешательство хирурга в лечение пациентов с инфекционными заболеваниями требуется при следующих патологических изменениях селезенки: инфаркт, абсцесс, подкапсульная гематома, спонтанный разрыв. Наиболее опасным состояниями являются разрывы селезёнки нетравматического характера, поскольку при этом возникает массивное жизнеугрожающее внутрибрюшное кровотечение из переполненного кровью органа.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения пациентов с инфекционными заболеваниями и спонтанными разрывами селезёнки, ускорить оказание хирургической помощи путем оптимизации их диагностики и лечения.

Материалы и методы: В период с 2004 г. по 2022 г. в хирургическом отделении ИКБ №2 находились на лечении 5 пациентов со спонтанными разрывами селезенки, из них 3 пациента с ВИЧ-инфекцией, 1 пациент с инфекционным мононуклеозом, 1 пациент с острым вирусным гепатитом С. Средний возраст 37 лет, 2 мужчины и 3 женщины. Также наблюдались 4 пациента с подкапсульными гематомами селезёнки. Основными критериями в диагностике служили: Жалобы пациента на гипертермию и боли в левом подреберье, ОАК с лейкоцитарной формулой, выполненные в кратчайшие сроки УЗИ брюшной полости, КТ органов брюшной полости. Было выявлено, что при остром гепатите и мононуклеозе встречаются подкапсульные гематомы и спонтанные разрывы с выраженным болевым компонентом и гипертермией, которые можно легко заподозрить при осмотре пациента, при ВИЧ-инфекции подобные жалобы практически не встречались, ввиду длительного течения заболевания на фоне ВИЧ по типу хронического процесса. Все вышеуказанные состояния точно верифицировались при выполнении УЗИ и КТ органов брюшной полости. По результатам гистологического исследования операционного материала и анализу клинико-инструментальных данных причиной процесса в селезёнке явились: генерализованная бактериальная инфекция с гематогенной диссеминацией – 2, атипичный микобактериоз – 1, спленомегалия при остром мононуклеозе и гепатите – 2.

Результаты: Все 5 пациентов со спонтанными разрывами селезёнки оперированы в экстренном порядке и выписаны в удовлетворительном состоянии. Наблюдаемые в хирургическом отделении 4 пациента с подкапсульными гематомами пролечены консервативно с организацией гематом в рубцово-фиброзные структуры.

Обсуждение: Всем пациентам с инфекционными заболеваниями, жалобами на интенсивные боли в левом подреберье, гипертермию, при выявлениии в ОАК лейкоцитоза и анемии необходимо скорейшее выполнение УЗИ органов брюшной полости и КТ органов брюшной полости, для определения необходимости проведения экстренного оперативного вмешательства либо госпитализации в хирургическое отделение, дальнейшего динамического наблюдения и проведения консервативной терапии.

Ключевые слова: Инфекционные болезни, селезёнка, подкапсульная гематома, спонтанный разрыв.

---

35. Абсцессы и инфаркты селезёнки у пациентов с инфекционными заболеваниями.

Пучков С.С., Фаллер А.П.

Москва

ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 ДЗМ»

Актуальность: Работа врача-хирурга крупного инфекционного стационара связана с диагностикой и лечением хирургических патологий в тесном сотрудничестве с врачами других специальностей. При многих заболеваниях, таких как ВИЧ-инфекция, инфекционный мононуклеоз, вирусные гепатиты, атипичный микобактериоз, а также при септических процессах на фоне инфекционных патологий, сальмонеллёза и COVID-19, встречаются абсцессы селезёнки со специфической клинико-инструментальной картиной, требующие определённого подхода к диагностике. Инфаркты селезенки также являются чрезвычайно частой патологией, однако, оценить их реальную встречаемость достаточно проблематично. Многие инфаркты без абсцедирования протекают без ярких клинических проявлений и диагностируются случайно при обследовании, либо самопроизвольно разрешаются и остаются не верифицированными.

Цель исследования: Ознакомить врачей многопрофильных городских стационаров с проблемами диагностики и лечения абсцессов и инфарктов селезёнки у пациентов с инфекционными заболеваниями, улучшить результаты лечения данной группы пациентов.

Материалы и методы: В период с 2004 г. по 2023 г. в хирургическом отделении ГБУЗ ИКБ №2 находилось на лечении 42 пациента с абсцессами и инфарктами

селезёнки. Средний возраст 34 года, 25 мужчин и 17 женщин. С инфекционным мононуклеозом (ВИЧ-) – 1, с острыми вирусными гепатитами (ВИЧ-) – 1, с ВИЧ-инфекцией – 37 (из них с атипичным микобактериозом – 2), с генерализованным сальмонеллёзом (ВИЧ-) – 2, с COVID-19 (ВИЧ-) – 1. Основными критериями в диагностике служили: Жалобы пациента на гипертермию и незначительные боли в левом подреберье, ОАК с лейкоцитарной формулой, а также выполненные в кратчайшие сроки УЗИ брюшной полости, КТ органов брюшной полости. В 35 случаях выявлены абсцессы селезёнки, в 5 случаях выявлены инфаркты, 2 пациента переведены из других стационаров после спленэктомии по поводу абсцессов. Установлено, что при ВИЧ-инфекции, атипичном микобактериозе и сепсисе на фоне инфекционной патологии чаще встречаются абсцессы и инфаркты селезёнки, сопровождающиеся лихорадкой без выраженного болевого компонента, трудно поддающиеся диагностике при первичном осмотре пациента, выявляемые только при УЗИ и КТ ОБП.

Результаты: 35 пациентов оперированы в нашем стационаре. Из них выписано из стационара 31, умерло 4, 2 пациента, переведённые из других стационаров в тяжёлом состоянии с сепсисом умерли. Все умершие имели осложнение в виде прорыва абсцесса в свободную брюшную полость с развитием перитонита. 5 пациентов с инфарктами селезёнки пролечены консервативно и выписаны с организацией патологического процесса в рубцово-кистозные образования.

Обсуждение: Знание особенностей клинической картины у пациентов с абсцессами и инфарктами селезёнки должно обеспечить быстрое выявление процесса, улучшение качества оказания медицинской помощи, уменьшение койко-дня и снижение летальности в данной группе пациентов. Для пациентов с ВИЧ-инфекцией, атипичным микобактериозом или сепсисом на фоне инфекционных патологий без болевого синдрома в кратчайшие сроки показано выполнение УЗИ органов брюшной полости и КТ органов брюшной полости для верификации характера процесса и назначения адекватного хирургического или терапевтического лечения.

Ключевые слова: Абсцесс, селезёнка, инфекционные заболевания.

---

36. Хирургическая тактика при новообразованиях, осложненных тромбозом нижней полой вены: опыт одного центра

Грицкевич А.А. (1,2), Полотбек уулу Ж. (1), Байтман Т.П. (1), Рагузина В.Ю. (1), Хромова С.В. (1), Чевина А.А. (1), Карельская Н.А. (1), Степанова Ю.А. (1), Кадырова М.В. (1)

Москва

1 – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
2 – ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Актуальность. Почечно-клеточный рак (ПКР) – наиболее частая причина опухолевой венозной инвазии. Формирование опухолевых венозных тромбов с распространением на почечную вену и нижнюю полую вену (НПВ) наблюдается в 4-25% случаев ПКР. В настоящее время нет консенсуса в стратегии хирургического лечения таких пациентов.

Цель исследования: разработка хирургической стратегии при различных уровнях распространения опухолевых тромбов НПВ.

Материалы и методы. В исследование включен 91 больной ПКР с опухолевым венозным тромбозом. Среди них мужчины составили 68 (74,7%), женщины –23 (25,3%). Пациенты проходили лечение в период с 2014 по 2022 гг. Средний возраст пациентов составил 60,9 + 9,1 лет. Стадирование по системе TNM: pT1a-3bN0-1M0-1 G1-3. Симптомы блока НПВ были выявлены у 54 (59,3%) пациентов. Верхняя граница головки опухолевого тромба (ОТ) была ограничена ПВ у 24 (26,4%) пациентов, ОТ распространялся менее чем 2 см выше ПВ в 21 (23,1%) случае, ОТ НПВ более чем 2 см выше ПВ, но ниже печеночных вен, 16 (17,6%), ОТ не достигал главных печеночных вен 15 (16,5%), головка ОТ находилась между устьями главных печеночных вен и диафрагмой – 7 (7,7%), между перикардом и диафрагмой у 1 (1,1%) пациента, на уровне диафрагмы диагностировался ОТ 1 (1,1%) пациента, в интраперикардиальном сегменте, выше диафрагмы 4 (4,4%), ОТ достигал правого предсердия у 2 (2,2%) пациентов. На момент проведения оперативного вмешательства у 47 (51,6%) пациентов имелись отдаленные метастазы.

Результаты. Нефрэктомия (НЭ) выполнена в 86 (94,5%) случаях, радикальная/циторедуктивная адреналэктомия – 5 (5,5%), расширенная забрюшинная лимфаденэктомия выполнялась всем пациентам 91 (100%), тромбэктомия из НПВ и резекция НПВ у 46 (50,5%) пациентов. При тромбах I уровня (ренальных и каваренальных) выполнялось краевое отжатие НПВ. У пациентов с ОТ, уровень, которого соответствовал уровню III-IV, производилась мобилизация правой доли печени, накладывался турникет и

производилось пережатие гепатодуоденальной связки. В 15 (16,5%) случаях верхний турникет накладывали в подпеченочном пространстве, по нижней границе печени. В случае ОТ IIIc уровня, поддиафрагмально накладывался турникет у 8 (8,8%) пациентов. При ОТ IVc уровня (2 (2,2%)), головка ОТ из предсердия удалялась атриотомическим доступом в условиях ИК. Обеспечение венозного оттока от нижних конечностей производилось: ушивание НПВ с сохранением просвета сосуда 73 (80,2%), ушивание дефекта НПВ, циркулярная резекция НПВ с сохранением оттока по левой почечной вене (ПВ) у 5 (5,5%), циркулярная резекция НПВ с перевязкой левой ПВ у 3 (3,3%), циркулярная резекция НПВ и протезирование НПВ синтетическим протезом 2 (2,2%). В связи с сосудистым тромбозом НПВ, у восьми (8,8%) пациентов была выполнена перевязка инфраренального отдела НПВ. Среднее время операции составило 294 (105-715) минут. Средний обьем кровопотери – 1178 (100-18 000) мл. Интраоперационные осложнения имели место у 1 (1,1%) пациента. Интраоперационных смертей не было. Общее количество послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo составило 13 (14,3%). Осложнения I-II степени выявлены у 9 (9,9%) пациентов, III-V степеней – у 4 (4,4%). Парез кишечника диагностирован у 6 (6,6%) пациентов, коагулопатия у 2 (2,2%), развитие острого поражения почек (ОПП), потребовавшие применение гемодиализа у 2 (2,2%) (выявлены у пациентов с единственной оперированной почкой), острый панкреатит развился у 3 (3,3%) пациентов, а также выявлен единичный случай энцефалопатии. Имел место 1 (1,1%) летальный исход на третьи сутки из-за острого инфаркта миокарда. Повторное оперативное вмешательство потребовалось 2 (2,2%) больным. Светлоклеточный ПКР диагностирован в 76 (83,5%) случаях, папиллярный ПКР – 8 (8,8%), адренокортикальная карцинома надпочечника у 6 (6,6%) и злокачественная ангиолипома 1 (1,1%). Сроки наблюдения составили 58,7 ± 19,1 мес. Прогрессирование онкологического процесса верифицировано у 1(1,1%) пациента.

Выводы. НЭ с тромбэктомией из НПВ является “золотым стандартом” лечения больных ПКР и опухолевым тромбозом НПВ. Данное хирургическое лечение остается травматичным технически сложным оперативным вмешательством. Мультидисциплинарный командный подход улучшает непосредственные результаты у этой сложной группы пациентов.

Ключевые слова: Почечно-клеточный рак, опухолевый тромб нижней полой вены, нефрэктомия, тромбэктомия из нижней полой вены

---

37. Результаты эндоскопического стентирования трахеобронхиального дерева металлическими саморасширяющимися стентами

Самсонян Э.Х. (1,2), Богданов Д.Ю. (1), Секундова М.А. (2), Баширов Р.А. (2)

Москва

1) ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России
2) Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность. В настоящее время рак легкого занимает 1-е место по заболеваемости и смертности среди злокачественных опухолей у мужчин и женщин во всем мире. Эндоскопическое стентирование (ЭС) трахеобронхиального дерева является эффективным малоинвазивным вмешательством, позволяющим реканализировать просвет трахеи и бронхов и обеспечить их вентиляционную проходимость у пациентов с обструкцией трахеобронхиального дерева, обусловленной нерезектабельной опухолью. ЭС трахеобронхиального дерева металлическими саморасширяющимися стентами в большинстве случаев выполняется пациентам с целью оказания паллиативной медицинской помощи, и позволяет разрешить симптомы одышки и ателектаза легкого у больных с нерезектабельными опухолями трахеобронхиального дерева.

Цель исследования. Отработать оптимальную оперативную технику эндоскопической установки трахеобронхиальных стентов; оценить собственные результаты выполнения ЭС трахеобронхиального дерева у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями: изучить непосредственные и отдаленные результаты, частоту возникновения послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2022 год нами изучены результаты выполнения ЭС трахеобронхиального дерева у 26 пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями трахеобронхиального дерева. У 7 больных (26,9%) было выполнено ЭС трахеи (у 3 больных диаметр оставшегося просвета трахеи был 7–10 мм (компенсированный стеноз), у 4 пациентов – 3-6 мм (субкомпенсированный стеноз)). У 15 больных (57,7%) с центральным раком легкого было выполнено ЭС главного бронха (9 стентирований правого главного бронха, 6 стентирований левого главного бронха). У 4 пациентов (15,4%) было выполнено ЭС сегментарных бронхов. ЭС трахеобронхиального дерева выполнялось с использованием металлических саморасширяющихся частично покрытых или полностью покрытых стентов типа Ultraflex и Wallflex. ЭС трахеобронхиального дерева выполнялось под под рентгеноскопическим контролем и под эндотрахеальным наркозом.

Результаты. Частота технического и клинического успеха составила 100%. У всех 26 пациентов (100%) разрешились

клинические симптомы одышки, а также значительно улучшились показатели объема форсированного выдоха и легочной вентиляции. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Сроки послеоперационного наблюдения за пациентами составили 1-6 месяцев. У 1 пациента (3,8%) на 3-е сутки после оперативного вмешательства был зафиксирован эпизод массивного кровотечения из распадающейся опухоли правого главного бронха, в связи с чем была выполнена бронхоскопия в экстренном прядке с последующей аргоноплазменной коагуляцией источника кровотечения. В дальнейшем рецидива кровотечения не было отмечено. У 3 пациентов (11,5%) на 2-3 сутки после операции выявлена обтурация просвета стента «слизистой пробкой» – выполнена эндоскопическая экстракция «слизистой пробки». У 5 пациентов (19,2%) после ЭС главных бронхов через 3-4 месяца динамического наблюдения при контрольной бронхоскопии были выявлены разрастания грануляционной ткани вокруг просимального края стента, при этом не перекрывающие его просвет, но при этом отмечались невыраженные нарушения показателей функции внешнего дыхания, проявляющиеся клинически незначительной одышкой. Было выполнено эндоскопическое иссечение грануляций. Миграция стента была отмечена у 1 пациента (3,8%) через 3 месяца после операции на фоне полной реканализации просвета левого главного бронха, на фоне проведенных 4-х курсов химиотерапии. Случаев интраоперационной летальности не было зафиксировано. Шестимесячный показатель летальности в целом составил 26,9% (7 случаев) в связи с прогрессированием основного заболевания.

Выводы. ЭС трахеобронхиального дерева продемонстрировало эффективные результаты быстрого улучшения функциональных показателей бронхолегочной системы, а также низкую частоту осложнений у пациентов с нерезектабельными опухолями, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи.

Ключевые слова: Стентирование трахеи

---

38. Периоперационное обеспечение эзофагэктомии с одномоментной пластикой пищевода. Одноцентровой опыт лечения 400 пациентов.

Ковалерова Н.Б., Ручкин Д.В.

Москва

ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава РФ

Актуальность. Эзофагэктомия (ЭЭ) с одномоментной пластикой пищевода – операция высокого риска развития осложнений. Основной путь улучшения результатов ЭЭ состоит в разработке моделей лечения больных на основе известных принципов ускоренного восстановления. В клиническую практику НМИЦХ внедрена программа рационально ускоренной периоперационной реабилитации (РУПОР) пациентов.

Материал и методы. В НМИЦХ в рамках программы РУПОР в период с 2012 по 2021 года выполнили 400 первичных ЭЭ с одномоментной пластикой пищевода. Заболевания пищевода чаще диагностировали у мужчин (59,2%). Медиана возраста составила 58 лет. При этом 11,8% пациентов были старше 70 лет. В 46,8% наблюдений операцию выполнили по поводу онкологического процесса. У остальных больных показанием явились доброкачественные заболевания пищевода: у 25,8% – протяженная рубцовая стриктура пищевода, у 21,8% – ахалазия кардии 4 стадии, у 5,8% – другие. Медиана индекса массы тела (ИМТ) составила 23,6 кг/м2. Пониженный ИМТ выявили у 14,8% пациентов. При оценке больных по шкале NRS-2002 риск недостаточности питания (>3 баллов) определили у 58% больных. Риск ASA III выставили 47,5%, IV – 10,2% пациентам. Госпитализация для предоперационной подготовки потребовалась 26,5% больным. Коррекцию нутритивного статуса провели 20,5% больных, сердечно-сосудистой патологии – 8%. Все операции выполнили открытым способом из трансторакального (44,5%) или трансхиатального (55,5%) доступов с формированием ручного шейного анастомоза. Чаще всего в качестве трансплантата использовали трубку из большой кривизны желудка (92,2%). В случае отсутствия или непригодности желудка эзофагопластику выполняли толстой кишкой. При дефиците длины желудочной трубки в 5 случаях сформировали комбинированный желудочно-тонкокишечный трансплантат. Еюностому в плановом порядке вывели 3% пациентов. Полученные результаты. По окончании операции немедленно экстубировали 85,5% пациентов. Медиана пребывания в ОРИТ составила 0,7 сут. У 400 пациентов, проведенных по программе РУПОР, медиана послеоперационного пребывания в стационаре составила 9 ПОД. При этом повторная госпитализация в первые 30 дней потребовалась лишь 2% пациентов. В раннем периоде осложнения наблюдали у 30% пациентов, легочные осложнения – у 16,25% больных. Самым частым осложнением (9,25%) явилась пневмония. Несостоятельность пищеводного соустья диагностировали у 5% пациентов. Некроз трансплантата произошел у 9(2,2%) больных. При оценке тяжести хирургических осложнений по Clavien-Dindo у 39 (9,75%) пациентов выявили осложнения III-а и более степени. Госпитальная летальность составила 1,75%. Традиционно большинству пациентов пероральный прием воды разрешали с 5 послеоперационного дня (ПОД). Однако 16,5% пациентов при обеспечении условий хирургической безопасности разрешили пить воду с 1 ПОД, сиппинг – со 2 ПОД, а прием протертой пищи – с 4 ПОД.

Обсуждение. По данным многоцентровых исследований частота осложнений ЭЭ составляет 59-64%. Легочные

осложнения самые частые (16,7%- 32%). Послеоперационную пневмонию диагностируют у 13,8-21,1% больных. Наиболее опасными являются несостоятельность пищеводного анастомоза (5,4-16%) и некроз трансплантата (1-10,4%), определяющие уровень летальности (3-4,5%).

Выводы и рекомендации. Внедрение программы РУПОР сократило частоту жизнеугрожающих осложнений и летальность после реконструктивных вмешательств на пищеводе. Создание междисциплинарной команды и индивидуальный подход к периоперационному ведению пациентов в купе с качественным хирургическим исполнением позволило расширить границы операбельности за счет возрастных и коморбидных больных и, тем самым, сделать ЭЭ с одномоментной пластикой пищевода более доступной.

Ключевые слова: Эзофагэктомия, эзофагопластика, ускоренная реабилитация, периоперационное обеспечение

---

39. Антеградные мининвазивные технологии в лечение холангиолитиаза после реконструктивных вмешательств

Трифонов С.А., Варава А.Б., Гончаров А.Б., Гурмиков Б.Н.

Москва

ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава РФ

Внутрипеченочный литиаз (гепатолитиаз) характеризуется наличием конкрементов в долевых и сегментарных желчных протоках. Несмотря на достаточно широкое распространение желчно-каменной болезни (ЖКБ), частота встречаемости внутрипеченочного холангиолитиаза незначительно и составляет менее 1% от всех случаев ЖКБ. Отмечается выраженная зависимость частоты заболеваемости от региона мира: так в юго-восточной Азии частота встречаемости на 30-40% больше, чем в среднем в мире. Опыт лечения больных внутрипеченочным литиазом во многих клиниках России и западных стран невелик и ограничивается единичными наблюдениями. Как правило, это вторичный холангиолитиаз, возникшей на фоне доброкачественных и стриктур желчных протоков. Лечение такого холангиолитиаза, проводится совместно с терапией основного заболевания, тогда как при первичном холангиолитиазе все манипуляции направлены на удаление конкрементов. В настоящий момент наиболее щадящей и безопасной методикой является антеградное чрескожное чреспеченочное удаление конкрементов желчных протоков, однако это не всегда возможно и многое зависит от мастерства и опыта специалиста.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения у больных со стриктурами билиодигестивных анастомозов в сочетании с холангиолитиазом.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 28 больных за период с 2013 по 2022 гг. со стриктурой гепатикоеюноанастомоза в сочетании с холангиолитиазом. Возраст больных составил от 20 до 82 лет, средний возраст 45 +/- 10лет. Женщин – 20 (70%) мужчин – 8 (30%). Все пациенты поступили в центр с рубцовыми стриктурами гепатикоеюноанастомозов, раннее сформированных по поводу повреждений желчных протоков. Показаниями к хирургическому лечению с помощью миниинвазивных технологий являлись рецидивирующий холангит и механическая желтуха. Для подтверждения диагноза, а также для планирования оперативного вмешательства всем больным выполняли магнитно-резонансную панкреатохолангиографию. Средний размер конкрементов составлял от 3 до 6 мм. Всем пациентам проведено чрескожное, чреспеченочное наружновнутреннее дренирование желчных протоков (ЧЧХС), баллонная дилатация области стриктуры с последующей баллонной литоэкстракцией конкрементов с низведением их в отводящую петлю тонкой кишки. В последующем выполнялись этапные баллонные дилатации стриктуры с заменой транспеченочных дренажей на дренажи с большим диаметром (максимальной 14 Fr.) При необходимости выполнялись повторные баллонные литоэкстракции. Критериями успешного лечения являлось отсутствие тени конкрементов при интраоперационной холангиографии по данным МР-панкреатохолангиографии.

Результаты: Чрескожная чреспеченочная баллонная литоэкстракция была успешна у 24 из 28 пациентов – 85%. Трем пациентам выполнены открытые вмешательства для извлечения множественных крупных конкрементов (10 мм м более), одному пациенту из-за невозможности выполнения открытого вмешательства, вследствие декомпенсированного цирроза печени проводились плановые замены транспеченочного дренажа. Достигнуты хорошие и отличные результаты у 26 из 28 пациентов (93%), сроки наблюдения от 1 года до 7 лет. У одной пациентки была выполнена повторная ЧЧХС с баллонной дилатацией стриктуры анастомоза из-за рецидива стриктуры, однако при этом рецидива холангиолитиаза не было. Один пациент умер вследствие прогрессирования цирроза печени.

Заключение: Накопленный опыт чрескожных чреспеночных вмешательств демонстрирует их надежность и малую травматичность в лечении холангиолитиаза в сочетании со стриктурами билиодигестивных анастомозов. Данное вмешательство является методом выбора для всех пациентов с холангиолитиазом, которым по каким – либо причинам, невозможно эндоскопическое удаление конкрементов.

Ключевые слова: холангиолитиаз, антеградное лечение, билидигестивный анастомоз

---

40. Эндоскопическое классификационное типирование аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки

Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В.

Москва

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского

Актуальность Аденомы БСДК это доброкачественные новообразования, но из-за высокой склонности к малигнизации они подлежат удалению. В настоящее время в лечении больных с аденомами БСДК применяются как хирургические, так и различные эндоскопические вмешательства. Для выбора оптимального метода лечения необходима классификация аденом БСДК, определяющая вариант оперативного вмешательства. Нами накоплен крупный опыт лечения и наблюдения пациентов с аденомами БСДК.

Материал и методы В нашем центре за последние 10 лет проходили обследование и лечение 104 пациента с опухолями БСДК. Всего выполнено 89 эндоскопических операций. Еще 15 пациентов с аденомами низкой степени дисплазии находятся под наблюдением в виду наличия конкурентных заболеваний. На основании опыта эндоскопической диагностики и лечения аденом БСДК нами разработано типирование аденом БСДК, которое позволяет определить выбор оптимального способа оперативного вмешательства. Данная классификация предусматривает точную топическую характеристику опухоли с учетом размера, роста аденомы в пределах БСДК и за его пределами, степень распространения на стенки ДПК, терминальные отделы ОЖП и ГПП. Полученные результаты В данной классификации нами выделено 4 типа аденом БСДК: I тип EP (ExtraPapillary): опухоль с экстрапапиллярным ростом. Новообразование данного типа локализуется в пределах БСДК, без признаков распространения на ДПК, ОЖП и ГПП. II тип EP+D (ExtraPapillary + Duodenum): опухоль с экстрапапиллярным ростом и распространением по стенкам ДПК. В зависимости от направления распространения аденомы на стенки ДПК по отношению к БСДК выделяются 4 подтипа II типа: SP – супрапапиллярное распространение проксимально от БСДК, IP – инфрапапиллярное распространение дистально от БСДК, LPR – латеропапиллярное распространение вправо от БСДК, LPL – латеропапиллярное распространение влево от БСДК. Также выделяются 2 дополнительных подтипа: PD – когда имеет место распространение аденомы на стенки пара- или перипапиллярного дивертикула, и MI – когда отмечается инвазия опухолью мышечной стенки ДПК. III тип ID (IntraDuctal): опухоль с внутрипротоковым распространением. В зависимости от характера вовлечения в опухолевый процесс протоковых структур аденомы III типа разделяются на 4 подтипа: IA – аденома локализуется в пределах БСДК и представлена интраампулярным компонентом, CBD – опухоль распространяется на терминальный отдел ОЖП, MPD – распространение опухоли на терминальный отдел ГПП, и подтип CBD+MPD – когда имеет место вовлечение обоих протоков. IV тип EP+ID (ExtraPapillary + IntraDuctal): опухоль со смешанным ростом. Аденомы данного типа характеризуются экстрапапиллярным ростом (с или без распространения на стенки ДПК) и распространением на ампулу БСДК или протоки и в целом представляют собой комбинацию I и III типов, или II и III типов.

Обсуждение Эндоскопическое типирование новообразований БСДК показывает практическую значимость в лечении пациентов с аденомами БСДК. Основным преимуществом данного типирования является возможность выбора на дооперационном этапе индивидуально для каждого пациента оптимального объема и характера оперативного вмешательства в зависимости от типа роста новообразования. Данный подход позволит специалистам четко определять тактику ведения пациентов с опухолями БСДК и снизить частоту осложнений.

Выводы и рекомендации Опыт применения в клинической практике классификационного типирования аденом БСДК показывает высокую ее эффективность в оценке характера роста опухолей БСДК, что является решающих фактором при установлении самой возможности применения эндоскопического метода лечения. Кроме того, предложенная классификация, благодаря детальной оценке степени распространенности опухоли, позволяет проводить стандартизацию выбора вида эндоскопического вмешательства в зависимости от типа аденомы. Основным преимуществом применения классификации является возможность выбора на дооперационном этапе индивидуально для каждого пациента оптимального объема и характера оперативного вмешательства.

Ключевые слова: Эндоскопическое типирование новообразований БСДК, классификация аденом БСДК, опухоли БСДК

---

41. Холедохостомия при остром калькулёзном холецистите как метод профилактики развития и диагностики билиарного панкреатита

Юренко М.В., Балацкий Е.Р.

Донецк

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького

Роль наружной холедохостомии (ХС), или внешнего дренирования общего желчного протока, в хирургии желчнокаменной болезни и её осложнений дискутируется

постоянно и остается окончательно не решенной. Особенно актуальная эта проблема для острого калькулезного холецистита (ОКХ). Существует несколько вариантов дренирования в зависимости от направления и вида дренажа, разработанных еще давно, которые можно распределить на 3 основные группы: 1) Т-образные по Керу и их модификации; 2) по Вишневскому (ретроградное проведение дренажа); 3) по Холстеду-Пиковскому (антеградное проведение дренажа через культю пузырного протока). В период развития видеоэндоскопических вмешательств и манипуляций под контролем УЗИ появилась возможность эндоскопического дренирования через культю пузырного протока, использования ретроградного назобилиарного дренирования и антеградного чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей. Самым простым и надёжным методом, по нашему опыту, является дренирование через культю пузырного протока после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Проведен анализ результатов лечения 208 больных с ОКХ за период 2019-2022 гг., которым была выполнена ЛХЭ. Соотношение мужчин и женщин 1:4,2, средний возраст больных составил 56,4±9,2 года. Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, общеклинических и биохимических исследований. Всем больным до операции проводили фиброэзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов панкреатогепатобилиарной зоны. Для выбора показаний к ХС ориентировались на необходимость поиска заболеваний холедоха, в том числе резидуального холедохолитиаза (РХ), и создания декомпрессии желчевыводящих путей для снижения риска развития билиарного панкреатита (БП). Эти 2 критерия (РХ и БП) использовали для оценки эффективности ХС. Предварительный анализ, направленный на выявление значимых факторов риска, позволил определить основные клинические и лабораторные признаки возможного развития БП и или наличия РХ. Такими скрининговыми критериями для выполнения ХС при ОКХ на дооперационном этапе (n=25, 12,02±2,25; Шанс=0,137, 95%ДИ=0,094-0,198) явились: 1) наличие во время поступления или в анамнезе желтухи, признаков БП (n=7); 2) расширение холедоха по данным УЗИ более 1,0 см в любом отделе (n=5); 3) повышение уровня билирубина и щелочной фосфатазы (n=5); 4) наличие микрохолецистолитиаза (n=3); 5) наличие в анамнезе попыток лекарственной литотрипсии желчных камней (n=2); 6) наличие признаков холедохолитиаза по данным УЗИ (n=2); 7) расширение основного протока поджелудочной железы более 0,1 см или ранее выявленное наличие добавочных протоков (оценивали как риск развития БП) (n=1). Во время выполнения ЛХЭ к ним прибавляли операционные признаки (n=3): 1) расширение пузырного протока более 0,5 см или наличие конкрементов в протоке; 2) аномальные анатомические взаимоотношения в зоне треугольника Кало; 3) спаечный процесс в панкреатогепатобилиарной зоне. Последние два признака имели значение также для раннего выявления возможного повреждения желчевыводящих путей и своевременного их устранения. Все эти признаки служили показаниями к ХС через культю пузырного протока, которую выполнили у 28 (13,46±2,37%; Шанс=0,156, 95%ДИ=0,014-0,042) больных. Холангиографическое исследование через ХС выполнено у 12 больных для поиска РХ или другой патологии холедоха. У 2-х больных выявлен холедохолитиаз, у 4 – стенотическое сужение холедоха или большого сосочка двенадцатиперстной кишки. В послеоперационном периоде признаки БП развились у 8 (3,85±1,33%; Относительный риск=0,040, 95% ДИ=0,020-0,079) больных, у всех лёгкой (n=7) и средней (n=1) степени тяжести течения, повторной госпитализации по поводу РХ не отмечено. Такие показатели значительно ниже метааналитических данных в отношении риска развития БП при ОКХ (в среднем 8,0-12,0%) и РХ (1,0-9,0%).

Ключевые слова: Холедохостомия, билиарный панкреатит, метод профилактики развития и диагностики билиарного панкреатита

---

42. Особенности диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы груди

Тулупов А.Н. (1,2), Мануковский В.А. (1), Демко А.Е. (1,2), Бесаев Г.М. (1,3), Гаврищук Я.В. (1,3), Есеноков А.А. (1), Никитин А.В. (1)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
2) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
3) Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

При политравме грудь повреждается более чем у 60% (почти у 2/3) пострадавших, причем у 28,6% из них имеются тяжелые, (доминирующие и конкурирующие) повреждения. Количество сочетанных ранений груди мирного времени за последние 20 лет возросло с 14,5% до 25,8%. Повреждения груди являются основной причиной смерти у 20-25% умерших от закрытых травм и ранений. Летальность при тяжелой сочетанной травме груди достигает 50%.

Целью работы является установление особенностей диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы груди. В основу работы положены результаты обследования и лечения в СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе более 1000 пострадавших с данной патологией. При их обследовании использовался комплекс современных лабораторных, лучевых (УЗИ, МСКТ, в т. ч. с внутривенным контрастированием), рентгенэндоваскулярных и

инструментальных (фибробронхоскопия, видеоторакоскопия) методов исследования. Установлено, что у 40% пострадавших травма груди сочеталась с различными повреждениями головы, живота, таза и конечностей. Практически все эти повреждения груди сопровождались шоком I степени – в 50%, II степени – в 20%, III степени – в 30%, а тяжесть повреждений по шкале AIS составляла более 25 баллов. Сочетанная травма груди и плечевого пояса у 86,6% пациентов характеризовалась повреждением костного каркаса, а у 96,2% – повреждением внутренних органов груди. Травмы грудной клетки без повреждения костей встречались реже и были представлены массивными кровоизлияниями и гематомами мягких тканей грудной стенки. Переломы ребер диагностированы у всех пациентов с повреждением костей грудной клетки, причем рентгенонегативными при рутинной обзорной рентгенографии были 25,9% из них. Двойные переломы ребер имелись у 23,7% пострадавших, исключая пациентов с реберным клапаном. Гемоторакс выявлен у 8,1% пациентов, гемопневмоторакс – у 39,3%, а пневмоторакс без гемоторакса – только у 10,2%. Малый гемоторакс имелся у каждого пятого пострадавшего, средний – у каждого восьмого, большой и тотальный – у каждого седьмого. У большинства (почти у 60%) диагностированы одновременные повреждения легких (ушибы и разрывы) и сердца (ушибы). Более чем у трети других были травмированы только легкие. Ушибы легких возникли у четверти пострадавших. У других пациентов патология была представлена повреждением легких отломками ребер, что стало причиной формирования закрытого пневмоторакса. У большинства из них пневмоторакс и гемопневмоторакс были средними и большими, а у 7% – напряженными. Медиастинальная эмфизема и скопление воздуха в мягких тканях грудной стенки, нередко с переходом на шею, лицо и живот, выявлены у 20% пациентов. Фиксацию реберного клапана производили с использованием ИВЛ, а в последующем, если он обусловливал наличие декомпенсированной вентиляционной дыхательной недостаточности, путем наложения аппарата внешней фиксации собственной конструкции. Не значимые в функциональном отношении боковые, переднебоковые и даже передние билатеральные реберные клапаны, а также одиночные и множественные переломы ребер, переломы грудины лечили консервативно, даже несмотря на наличие смещения костных отломков. Лечебно-диагностическую видеоторакоскопию проводили при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением по дренажам из плевральной полости крови в количестве от 250 до 500 мл/час, проникающих ранениях груди в проекции сердца и крупных сосудов и торакоабдоминальной зоне, нарастающаей и напряженной эмфиземе средостения, некупируемом пневмотораксе, свернувшийся гемоторакс давностью до 2 нед., инородных телах плевральной полости, легкого и средостения. При закрытых разрывах крупных бронхов использовали разработанный нами способ их эндобронхиального клипирования. Диагностику и лечение закрытых разрывов перешейка аорты наряду с традиционными методами производили путем ангиографии и установки стент-графта. Частота неотложных торакотомий составила около 4%. Благодаря использованию всего этого летальность при тяжелой сочетанной травме груди удалось снизить до 19%.

Ключевые слова: Политравма, сочетанная травма груди, реберный клапан, разрыв бронха, разрыв аорты, видеоторакоскопия

---

43. Динамика микробного состава декубитальных язв у пациентов с острым повреждением органов центральной нервной системы

Балеев М.С. (1), Смолькова Ю.Е. (2), Шалин В.В. (2), Фраерман А.П. (3), Рябков М.Г. (1)

1) Нижний Новгород,
2) Пенза

1) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, Нижний Новгород, Россия
2) ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия
3) ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39 Канавинского района», Нижний

Актуальность. Пролежень – ишемический некроз и изъязвление над костным выступом тканей, длительно подвергающихся непрерывному давлению извне, с развитием целлюлита (Гельфанд Б.Р., 2015). Данное осложнение часто встречается у пациентов перенесших спинальную травму – 68%, закрытую черепно-мозговую травму – 18%, инсульт – 22% (Fukuoka K., 2022; Farid J, 2022). Возникновение декубитальных язв приводит к снижению качества жизни пациента, к отсутствию возможности проходить полноценную реабилитацию, к проблеме социальной самореализации, к высоким затратам медицинского учреждения (Воронин Д.М., 2017). Активная хирургическая тактика не спасает от числа рецидивов пролежней, которая достигает – 82% (Paker N., 2018). Одной из причин данной проблемы является раневая инфекция, структура и видовой состав микрофлоры, которой во многом определяет рациональную антибактериальную терапию, являющуюся неотъемлемой частью в подготовке пациента к хирургическому этапу лечения (Larson J., 2019).

Цель. Изучить динамику микробного состава раневой поверхности у пациентов с впервые возникшими декубитальными язвами на фоне острого повреждения органов центральной нервной системы.

Материал и методы. Ретроспективно проанализиро-

ваны 266 историй болезни совершеннолетних пациентов с первые возникшими пролежнями на фоне острого повреждения органов центральной нервной системы (спинальная травма, закрытая черепно-мозговая травма, инсульт). Пострадавшие находились на лечении в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39 Канавинского района г. Нижнего Новгорода» в период с 2018 по 2022 гг. Предметом исследования стала динамика лабораторных показателей микрофлоры раневого отделяемого из пролежневых дефектов. Статистический анализ проводили с использованием программы IBM SPSS Statistics 20. Для оценки статистической значимости различий при сравнении по качественному признаку применяли непараметрический метод ?2 Пирсона.

Результаты. Сравнительный анализ микробного пейзажа показал, что подавляющее количество результатов представлены тремя основными микробными агентами: Escherichia coli – 38 (14,3%), Proteus mirabilis 36 – (13,5%), Acinetobacter baumannii – 33 (12,4%). К концу госпитализации у 93 пациентов микробный пейзаж менялся в сторону наличий ассоциаций микроорганизмов. Самыми распространенными из них явилась комбинация Acinetobacter baumannii и Corynebacterium xerosis – 4,6%, Escherichia coli и Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae и Pseudomonas aeruginosa – 3,7%, тройку лидеров замыкали Staphylococcus aureus и Proteus mirabilis – 2,7%. При этом стоит отметить, что частота выявления монокультуры Escherichia coli была выше, чем проявление данного патогена в ассоциациях (p = 0,048), когда Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis и Enterococcus faecalis в монокультуре были статистически ниже, чем в ассоциациях с другими микроорганизмами (p = 0,046).

Обсуждения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что длительность нахождения пациентов в стационаре обуславливает переход микробиологической картины с монокультур на ассоциации микроорганизмов. Подобное явление по всей видимости сопряжено с присоединяем внутрибольничной микрофлоры и возникновением резистентности некоторых штаммов, впоследствии инфицирующих раневую поверхность.

Выводы. Своевременная и правильная интерпретация лабораторных данных микробного состава декубитальных язв, поможет определить соответствующую антибактериальную терапию при подготовке пациентов к реконструктивно- пластическим операциям.

Рекомендации. С учетом полученных данных стоит тщательно подходить к вопросам оценки микробного пейзажа пролежневых дефектов перед их оперативным лечением. Забор бактериологического материала должен проводится непосредственно перед оперативным вмешательством. Подобный подход позволит снизить число послеоперационных рецидивов декубитальных язв у пациентов с острым повреждением органов центральной нервной системы.

Ключевые слова: Пролежни, декубитальные язвы, микрофлора, бактериальный посев

---

44. Оценка метаболизма в клетках слизистой оболочки тонкой кишки в остром периоде спинальной травмы методом флуоресцентного время-разрешенного имиджинга (FLIM)

Балеев М.С. (1), Комарова А.Д. (1,2), Можеров А.М. (1), Рябков М.Г. (1), Щеславский В.И. (1), Ширманова М.В. (1), Фраерман А.П. (3), Киселева Е.Б. (1)

Нижний Новгород

1) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, Нижний Новгород, Россия
2) ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», г. Нижний Новгород, Россия
3) ГБУЗ НО

Актуальность. Энтеральная недостаточность – основной субстрат обменных нарушений, являющихся предиктором развития ряда хирургических осложнений, в том числе и декубитальных язв (Blanke E., 2021). Возможность мониторинга метаболических процессов in vivo появилась с развитием технологий не инвазивного анализа метаболических кофакторов в живых клетках. Одной из таких является метод время-разрешенного флуоресцентного имиджинга (fluorescence lifetime imaging, FLIM) (Shirmanova M., 2020). Для проверки гипотезы о триггерном механизме энтеральной недостаточности в остром периоде спинальной травмы нами использована данная методика. Несмотря на высокую клиническую значимость темы, ранее подобные исследования в России и в мире не проводились.

Цель исследования. Оценить динамику метаболических изменений в слизистой оболочке тонкой кишки в остром периоде спинальной травмы методом FLIM микроскопии.

Материалы и методы. У лабораторных животных (крысы, n=10) была смоделирована спинальная травма, путем полного пересечения спигомозговых структур на уровне Th5-Th6 позвонков (Xie W, 2016). Динамику метаболических изменений в клетках слизистой оболочки тонкой кишки оценивали до травмы, через 3 и через 24 часа после нее. Метаболические изменения в тканях слизистого слоя кишечной стенки in vivo оценивали по автофлуоресценции метаболического кофактора никотинамидадениндинуклеотида НАД(Ф)Н методом FLIM на лазерном

сканирующем микроскопе LSM880 (Carl Zeiss, Германия). Возбуждение НАД(Ф)Н осуществлялось в двухфотонном режиме на длине волны 750 нм фемтосекундным лазером Mai Tai HP (Spectra-Physics, США). Мощность лазерного возбуждения на образце составляла 6 мВт, время сбора сигнала составляло 120 с. В ходе работы были проанализированы 2 параметра: средне-взвешенное время жизни флуоресценции tm и процентный вклад короткой компоненты a1 (SPCImage, Becker & Hickle GmbH, Германия, version 8.3). Для сравнения полученных результатов использовали критерий Манна-Уитни.

Результаты. Получен результат разницы показателей эндогенной флуоресценции от клеточного состава слизистой оболочки тонкой кишки: ее исходных данных с данными полученными после моделирования травмы через 3 и 24 часа соответственно. При этом средне-взвешенное время жизни флуоресценции (tm) в клетках слизистой оболочки тонкой кишки до моделирования травмы составило 1,17 [1,12; 1,20] нс. Спустя 3 часа после нее в слизистой оболочке произошло уменьшение tm в сравнении с интактной кишкой, показатель составил 1,05 [1,01; 1,09] нс (p=0,0001). Через 24 часа tm имело статистически значимую тенденцию к росту относительно двух предыдущих показателей и составил 1,23 [1,19; 1,27] нс (p=0,0001). Процентный вклад короткой компоненты (a1) в слизистом слое кишечной стенки спустя 3 часа после спинальной травмы возрос в сравнении с интактной кишкой с 73,4 [72,1; 74,8]% до 80,8 [79,6; 81,9]% (p=0,0001) и снизился до 76,1 [75,0; 78,0]% через 24 часа (p=0,0001).

Обсуждения. Острый период спинальной травмы характеризуется биохимическими нарушениями в клетках слизистой оболочки тонкой кишки. Подобное явление, по всей видимости, сопряжено с сосудистой реакцией кишечной стенки в ответ на травму, которая является пусковым механизмом в дисбалансе метаболических процессов в разных временных промежутках травматической болезни спинного мозга.

Выводы. Полученные данные являются важным аспектом в понимании патофизиологических процессов, происходящих в тканях кишечной стенки, возникающих после нейротравмы. Новые знания позволят оценить пробелы в интенсивной терапии у данной когорты пациентов, а их целенаправленная коррекция снизит процент хирургических осложнений.

Рекомендации. Особенности метаболических процессов в желудочно-кишечном тракте у пациентов со спинальной травмой требуют принципиально нового подхода в их изучении. Благодарность Работа выполнена при поддержке РНФ, проект № 19-75-10096.

Ключевые слова: Травма позвоночника, автофлуоресценция, FLIM, НАД(Ф)Н, метаболизм, саркопения, энергетический обмен, пролежни.

---

45. Ретроперитонеоскопическая адреналэктомия: опыт выполнения в центре эндокринной хирургии краевой клинической больницы г. Краснодара

Полянский Е.А., Рябченко Е.В., Дремлюга Н.В.

Краснодар

ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
Межтерриториальный центр эндокринной хирургии

Актуальность: трансперитонеальная адреналэктомия (ТПА) приобрела наибольшую популярность среди всех известных методов хирургического лечения опухолей надпочечников во всем мире. Для снижения осложнений широко используемого трансперитонеального доступа была разработана ретроперитоническая адреналэктомия (РПС АЭ), которая имеет несколько преимуществ перед ТПА и связана с меньшим операционным риском и отличным послеоперационными результатами.

Цель исследования: сообщить о нашем опыте применения РПС АЭ при оперативных вмешательствах на надпочечниках у 44 пациентов, прооперированных в отделении эндокринной хирургии с августа 2017 г. по декабрь 2021 г. Методы: ретроспективно проанализированы данные 44 пациентов, которых оценивали по следующим критериям: возраст не старше 70 лет, доброкачественные функционирующие опухоли надпочечников размером до 6 см в диаметре включительно, пациенты со стабильной гемодинамикой. Исключения составили пациенты с размером опухоли более 6 см и с подозрением на первичное злокачественное новообразование надпочечников с местной инвазией или метастазами после выполненных дополнительных исследований. Согласно анамнезу пациента и физикального обследования, были выполнены соответствующие гормональные тесты, включая уровни кортизола в сыворотке, уровень свободного кортизола в моче за 24 часа, метанефрины в моче за 24 часа, норметанефрины, альдостерон в плазме, уровень ренин – альдостеронового соотношения в плазме. Для определения локализации и диаметра образования надпочечников выполняли компьютерную томографию (КТ)/магнитно-резонансную томографию (МРТ). Исход лечения оценивали по длительности операции, кровопотери, частоте конверсии, длительности госпитализации и осложнениям.

Результаты: прооперированы 44 пациента: 24 женщины и 20 мужчин, средний возраст- 47,0±8,9 года. Средний индекс массы тела составил 23,5±2,2 кг/м2. Опухоль правого надпочечника встречалась в 18 случаях, левого – в 26 случаях. Средний размер образования надпочечников составил 2,6±0,85 см. При предоперационном обследовании у 10 пациентов была выявлена феохромоцитома, у 8 – болезнь Кушинга. Болезнь Конна диагностирована у 6 больных, у остальных 20 негормонально-активная опухоль. Оперативное вмешательство проводилось в

положении пациента на животе при этом тазобедренные суставы и колени сгибались под углом 75–90° и фиксировались в этом положении, создавая достаточное пространство между ребрами и подвздошным гребнем, тем самым обеспечивая свободное движение всех инструментов. Для прямого доступа к надпочечнику размещение троакаров при РПС АЭ без визуального контроля является безопасным, так как первоначально срединный троакар устанавливается в точке чуть ниже угла 12-го ребра, а от него, отступая около 5 см в медиальном и латеральном направлениях, происходит размещение остальных троакаров. Медиальный 10-мм трокар под углом около 45° позволял получить прямую визуализацию надпочечников и избежать изгиба камеры, боковой 5-миллиметровый трокар размещался точно латерально и ниже 11-го ребра. Ретроперитонеоскопия проводится с помощью эндоскопа 10 мм 30 градусов, который первоначально вводился через средний троакар, а затем перемещался через медиальный троакар вблизи позвоночника с вскрытием фасции Герота. Среднее время операции составило 60,1±21,16 мин, среднее падение гемоглобина- 0,47±0,26 г/л. Конверсия потребовалась у 1 пациента. Средний койко-день составил 4,0±0,91. Среднее значение времени восстановления после операции составило 12,18±1,7 дня. В окончательных результатах гистопатологического исследования преобладала аденома, которая была обнаружена в 25 случаях, феохромоцитома была выявлена в 10 случаях, липома надпочечника – в 4, доброкачественная кистозная опухоль – в 2, адренокортикальная карцинома – в 1 и миелолипома – в 1 случае

Обсуждение: ТПА в настоящее время используется в качестве стандартного метода хирургического лечения опухолей надпочечников, так как этот метод позволяет уменьшить послеоперационную боль, сократить время госпитализации, улучшить косметический результат. Однако при этом подходе необходимо мобилизовать внутрибрюшные органы и структуры, что сопряжено с высоким риском повреждения сосудов или органов, возможным развитием пареза кишечника после операции, задержкой CO2. Наиболее важными преимуществами ТПА является создание большого рабочего пространства в брюшной полости с более четкой визуализацией окружающих структур, а также наиболее знакомую хирургам анатомию. Поскольку большинство лапароскопических хирургов чувствуют себя безопаснее и увереннее при работе в более широком перитонеальном пространстве, они отказываются использовать РПС АЭ. В свою очередь РПС АЭ имеет ряд доказанных преимуществ по сравнению с ТПА: он обеспечивает прямой и быстрый доступ к надпочечнику без входа во внутрибрюшинную полость, отсутствие ретракции селезенки, поджелудочной железы или печени, небольшое пространство, в котором выполняется вся процедура, ограничивающая потенциальную максимальную кровопотерю, более короткое время операции, уменьшение боли в послеоперационном периоде чем при ТПА, безопасность и эффективность у пациентов с серьезными сопутствующими заболеваниями или имеющих в анамнезе перенесенные лапароскопические операции с вероятным развитием спаечного процесса.

Выводы: ТПА является наиболее часто используемым методом лечения опухоли надпочечника во всем мире, РПС АЭ предлагает альтернативный метод лечения опухоли надпочечника с лучшими хирургическими результатами. РПС АЭ является эффективным методом лечения пациентов с опухолью надпочечника среднего размера, особенно менее 6 см. Это технически безопасно и связано с меньшей кровопотерей, более короткой госпитализацией, низким уровнем конверсии, меньшим количеством осложнений и ранним выздоровлением. Лапароскопический опыт и хирургические навыки являются важными факторами для достижения неизменно хороших результатов.

Ключевые слова: адреналэктомия, лапароскопическая адреналэктомия, забрюшинная лапароскопическая адреналэктомия, ретроперитоническая адреналэктомия, опухоль надпочечника.

---

46. Иммунные нарушения при тяжелой сочетанной травме и новый способ их коррекции

Никитин А.В., Мануковский В.А., Пивоварова Л.П., Тулупов А.Н., Громов М.И., Бесаев Г.М., Есеноков А.А., Гаврищук Я.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

В первые часы и сутки после травмы изменения в иммунной системе носят срочный компенсаторный характер. В последующем, в зависимости от тяжести повреждения и исходной иммунной реактивности, происходит или компенсация нарушений, или дальнейшее развитие патологических процессов. Развитие иммуносупрессии обусловлено такими факторами как гипоксия, гипоперфузия, реперфузия, метаболические нарушения, оксидантный стресс, а при наиболее тяжелой травме и множественная недостаточность органов и тканей. Иммунорегуляторные центры головного мозга, костный мозг, вилочковая железа, селезенка, лимфатические узлы при геморрагическом шоке также находятся в режиме ограниченного кровоснабжения, что существенно влияет на метаболизм клеточных элементов органов иммуногенеза и их функциональную активность.

Цель – исследовать особенности гематологических и иммунных нарушений при политравме и определить воз-

можности их коррекции.

Материал и методы. В основу работы положены результаты многолетних комплексных клинико-лабораторных и иммунологических исследований более чем у 500 пострадавших с политравмой. Использованы современные клинические, лучевые, лабораторные и иммунологические методы.

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что тяжелая сочетанная травма характеризуется выбросом в кровоток большого количества ранних предшественников кроветворения, угнетением миелокариоцито-, мегакариоцито- и эритропоэза, усилением свободно-радикального окисления в клетках костного мозга, цитокинемией, появлением в крови метамиелоцитов и палочкоядерных нейтрофилов, функциональной неполноценностью лейкоцитов, дефицит количества и функциональной активности Т-лимфоцитов, анемией, грубыми нарушениями тромбоцитарного и плазменного гемостаза, увеличением содержания в крови IL-6, IL-8 и IL-10, СРБ, прокальцитонина, угнетением белковосинтетической функции печени и т.д. В результате одноцентрового проспективного рандомизированного слепого плацебо контролируемого исследования у 60 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. установлено, что ежесуточное внутримышечное введение с 1 по 10 сутки 75 мг дезоксирибонуклеата натрия (Дерината) приводит к стимуляции костномозгового кроветворения, активизации синтеза белка и повышению клеточной иммунной реактивности. Продолжительность периода анемии у подгруппы пациентов с развившимися инфекционными осложнениями и получавшими препарат, была существенно меньше по сравнению с аналогичной подгруппой с плацебо (Нв<100 г/л – 7,1±2,1 и 16,0±3,1 сут., p=0,026; Нв<90 г/л – 3,2±1,3 и 7,9±2,1сут., p=0,044 – соответственно). Такая же закономерность имела место и в отношении гипопротеинемии (общий белок<60 г/л – 8,2±2,2 и 19,5±4,1сут., p=0,034; общий белок<50 г/л – 1,1±0,5 и 5,4±1,6 сут., p=0,009 – соответственно). В подгруппе с осложнениями, пациенты которой получали препарат, количество инфекционных осложнений составило 1,6±0,3, а в аналогичной подгруппе с плацебо – 3,0±0,4, p=0,014. Продолжительность стационарного лечения в основной группе (с препаратом) – 32,8 суток, а в контрольной (с плацебо) – 39,6 суток (на 6,8 суток больше). В основной группе умер 1 пациент, в контрольной – 2. Новизна данного способа лечения защищена патентом на изобретение №2709104 от 16 декабря 2019 г.

Вывод: применение ДНК-содержащего препарата Дринат у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой способствует восстановлению уровня общего белка и гемоглобина в крови, активизации поступления в кровь стволовых клеток и нейтрофильных гранулоцитов, вооруженных антимикробными пептидами. Более чувствительными к действию препарата являются пациенты с инфекционными осложненным течением сочетанной травмы. В итоге было достигнуто почти двукратное снижение количества осложнений и семисуточное уменьшение продолжительности стационарного лечения пострадавших.

Ключевые слова: Политравма, сочетанная травма, иммунные нарушения, иммунокоррекция препаратом Дринат

---

47. Систематический обзор и анализ метаданных лапароскопических и лапароскопически ассистированных операций ушивания прободной язвы

Панин С.И. (1), Бебуришвили А.Г. (1), Федоров А.В. (2), Сажин И.В. (2), Михин И.В. (1), Нишневич Е.В. (3), Левчук А.Л. (2), Тимербулатов Ш.В. (4)

Волгоград, Москва, Екатеринбург, Уфа

ВолгГМУ, НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского Минздрава России, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, УГМУ, БГМУ

Актуальность исследования. Основные тенденции последних лет в лечения пациентов с прободной язвой у нас в стране разнонаправленные и заключаются в снижении абсолютного количества пролеченных и оперированных больных, а также увеличением количества умерших больных и соответственно ростом показателей госпитальной и послеоперационной летальности. Степень внедрения лапароскопических операций в лечении прободной язвы остается на низком уровне и необходимо дальнейшее изучение возможностей всего спектра миниинвазивных вмешательств при этой нозологии.

Цель работы. Провести систематический обзор и анализ мета-данных по сравнительной эффективности лапароскопического и лапароскопически ассистированного способов ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Систематический обзор и мета-анализ проведены согласно установкам ФГБУ ЦЭККМП Минздрава России и соответствующего раздела руководства Кокрейновского сообщества по особенностям метаанализа нерандомизированных исследований. Определение порогового числа наблюдений (DARIS), необходимого для статистической значимости мета-анализа, выполнено с помощью последовательного экспертного анализа (TSA). Для статистических расчетов использовано программное обеспечение RevMan 5.4 и Trial Sequential Analysis. Полученные результаты. Рандомизи-

рованных исследований по сравнению результатов лапароскопических и лапароскопически ассистированных операций ушивания прободной язвы в доступной литературе не выявлено. В основу метаанализа положены результаты отечественных нерандомизированных исследований с суммарной выборкой 478 наблюдений. При этом в 47,9% (n=229) выполнены полностью лапароскопические вмешательства, в 52,1% (n=249) – лапароскопически ассистированные операции с лапароскопической санацией и ушиванием перфорации из минидоступа. Конверсий в группах сравнения не было. Лапароскопические операции были менее продолжительны по времени (разница средних –8 мин, 95% ДИ –9,7, –6,4). Частота послеоперационных осложнений в группе лапароскопических вмешательств составила 4,36, в группе лапароскопически ассистированных – 8,83% (ОШ 0,39, 95% ДИ 0,08, 1,87). Послеоперационная летальность составила 0,87% и 0,81% соотвественн (ОШ 1,26, 95% ДИ 0,08, 8,24). Длительность стационарного лечения была менее продолжительной после лапароскопических операций (РС –4,6, 95% ДИ –9,7, –6,4).

Заключение. Лапароскопические операции, по сравнению с лапароскопически ассистированными, менее продолжительны по времени, сопровождаются меньшей частотой возникновения послеоперационных осложнений и продолжительностью стационарного лечения.

Ключевые слова: прободная язва, миниинвазивные операции, мета-анализ

---

48. Пациенты с системным воспалительным ответом на фоне критической ишемии конечности – группа риска в сосудистой хирургии

Борисов А.Г., Антропов А.В., Атмадзас К.А., Груздев Н.Н., Липин А.Н., Орлов А.Г., Соболев Р.С., Танкаева З.М., Эминов Я.П.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ «Городская больница №14»

Актуальность: Критическая ишемия нижней конечности (КИНК) – состояние, угрожающее не только сохранению конечности, но и жизни пациента. Все мировые сообщества сосудистых хирургов и рекомендации сходятся в том, что пациенту, страдающему КИНК, необходима скорейшая госпитализация в сосудистый центр и максимально быстрая хирургическая реваскуляризация ишемизированной конечности.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с КИНК, перенесших открытые сосудистые операции на периферических артериях 01.01.2017 – 1.02.2023 на базе СПБ ГБУЗ «Городская больница №14». Характеристика группы: всего 896 историй болезни. Из них 689 (76,9%) мужского пола, 207 (23,1%) женского пола. Средний возраст пациентов 66,53 (±0,61) лет. Средний возраст женщин в общей группе составил 69,57(± 1,43) лет, мужчин 65,62 (± 0,66) лет. Сахарный диабет являлся сопутствующим заболеванием у 335 (37,3%) пациентов. Период госпитализации в общей группе составил 38,5 (± 1,16) дней, период от выполнения сосудистой операции до выписки в общей группе составил 23,27(± 2,22) дней. Все пациенты имели трофические нарушения на уровне стопы и/или голени. 143 (16%) пациента уже перенесли ранее артериальные реконструкции на нижних конечностях в других стационарах, 141 (15,7%) пациенту выполнялись артериальные реконструкции в нашем стационаре. Пациенты были разделены на две группы: 1 – без лабораторных проявлений интоксикации (уровень лейкоцитоза крови при поступлении в приемное отделение менее 10*10^9/л (N = 423, 47,2%), 2 – с лабораторными проявлениями интоксикации (уровень лейкоцитоза при поступлении в приемное отделение более 10*10^9/л (N = 473, 52,8%). Полученные результаты: В ходе анализа была выявлена следующая частота наступления неблагоприятных исходов: Высокая ампутация нижней конечности: в 1 группе 6 (0,7%), во 2 группе – 20 (2,2%), группы значимо отличались по данному критерию (p-0,012). Внутригоспитальная летальность: в 1 группе 3 (0,3%) случая, во 2 группе – 10 (1,1%) случаев. Группы значимо не отличались по данному критерию (p-0,140). Частота нагноения послеоперационных ран в области сосудистого доступа: в 1 группе 8 случаев (1,9%), во второй – 21 случай (4,4%). Статистически значимое различие (p=0,031). Частота развития лимфорреи: 1 группа – 13 случаев (3%), 2 группа – 12 случаев (2,5%) – без существенных различий (p=0,627).

Обсуждение: Как правило, пациенты 2 группы изначально поступали с обширными трофическими изменениями (площадь – более 10 см^2), которые не позволяли после сосудистой реконструкции сохранить опороспособность стопы (0,2% в группе 1 против 4,3% в группе 2). Также, у данной группы пациентов на фоне реваскуляризации отмечалось развитие влажного процесса, что приводило к необходимости выполнения высокой ампутации после восстановления перфузии конечности (4,7% в группе 1 против 5,6% в группе 2). При этом наличие у пациентов других состояний, ассоциированных с высоким уровнем лейкоцитов крови (пневмония, хроническая инфекция мочевыводящих путей, острые инфекционные заболевания), были сопоставимы в обеих группах (около 5-6%).

Вывод: Наличие интоксикации при поступлении увеличивает вероятность высокой ампутации конечности, увеличивает число гнойных послеоперационных осложнений, но не влияет на летальность и частоту развития лимфорреи. Причинами позднего обращения пациентов, согласно данным анамнеза, были: отсутствие настороженности и боязнь госпитализации, длительная

задержка на амбулаторно-поликлиническом этапе с целью уточнения причин заболевания и определения дальнейшей маршрутизации, удаленность проживания от региональных сосудистых центров.

Рекомендации: Сокращение сроков догоспитального этапа для пациентов с КИНК.

Ключевые слова: сосудистая хирургия, критическая ишемия нижней конечности, лейкоцитоз, операции на периферических артериях

---

49. Эффективность способов завершения холедохотомии при лапароэндоскопической литэкстракции

Д.В.Захаров Д.В. (1,2), Жилин С.А. (1,2)
Уханов А.П. (1,2), Большаков С.В. (1),
Кочетыгов Д.В. (1), Леонов А.И. (1,2),
Муминов К.Д. (1), Асельдеров Ю.А. (1)

Великий Новгород

1) Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород, Россия
2) Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

Цель исследования: Провести сравнительную оценку результатов завершения лапароэндоскопической холедохолитотомии путем наружного дренирования и использования первичного шва общего желчного протока (ОЖП).

Материал и методы: Холедохолитиаз в сочетании с калькулезным холециститом при оперативном лечении желчнокаменной болезни у 2591 больного, в период с 2015 по 2022 годы, наблюдался у 345 пациентов (13,3%). В данной группе больных малоинвазивные вмешательства на гепатикохоледохе с использованием лапароскопии и фиброхоледохоскопии предприняты у 241 больных (69,9%) при этом у 169 больных лапароскопическая литоэкстракция завершена холедохостомией, а у 39 пациентов по завершении эксплорации гепатикохоледоха выполнено наложение первичного шва на общий желчный проток.

Результаты: Среди 241 больных комбинированные лапароэндоскопические вмешательства при холецистохоледохолитиазе удалось завершить малоинвазивным способом в 208, случаях, а у 33 больных (13,7%) выполнено чревосечение. Среди 169 больных, где операция завершена наружным дренированием ОЖП, послеоперационные осложнения наблюдались в 19 случаях (11, 2%), причем, в течение последнего года в раннем послеоперационном периоде, осложнений, потребовавших реинтервенции после наружного дренирования гепатихоледоха не отмечено. Желчеистечение после удаления холедохостомы (через 4 недели после операции) отмечено у 11 больных (6,5%). У всех больных произведена релапароскопия, ушивание дефекта гепатикохоледоха, санация и дренирование брюшной полости. Поздние осложнения в виде рубцовой стриктуры ОЖП наблюдались у 1 больной, через 3 месяца после дренирования по Керу. Выполнена гепатикоеюностомия по Ру. В группе 39 больных, где по окончании холедохолитотомии произведено ушивание гепатикохоледоха осложнения встретились у 5 (12,8%) больных, при этом недостаточность швов холедохотомной раны наблюдалась у 1 больного. Выполнена релапароскопия, дренирование ОЖП по Керу. Послеоперационной летальности при лапароскопических вмешательствах на гепатикохоледохе не наблюдалось.

Заключение: Выбор способа завершения холедохолитотомии является ключевым моментом окончания малоинвазивной лапароэндоскопической операции. Наложение первичного шва на ОЖП является, в определенном количестве случаев, оптимальным методом, поскольку отсутствует ряд отягчающих обстоятельств для больного, таких как необходимость временного наружного желчного свища, более высокая вероятность желчеистечения, удлинение срока стационарного и амбулаторного лечения, необходимость, в ряде случаев, повторной госпитализации.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, лапароскопическая холедохолитотомия, холедохоскопия, первичный шов общего желчного протока.

---

50. Возможности лапароскопического доступа в диагностике и лечении распространенного аппендикулярного перитонита и его безопасность

Арутюнян А.С. (2), Ярцев П.А. (1,2),
Благовестнов Д.А. (1,2), Гуляев А.А. (1,2),
Левитский В.Д. (2)

Москва

1. ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
2. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность. Острый аппендицит является наиболее распространенным хирургическим заболеванием. Летальность при этом заболевании минимальна и в среднем составляет 0,13%, однако в случае развития распространенного перитонита данный показатель увеличивается до 4,5-58%, а при тяжелых формах распространенного перитонита с развитием инфекционно-токсического шока может превышать 70%. Одним из путей улучшения

результатов лечения больных с перитонитом аппендикулярного генеза является внедрение лапароскопического доступа. Однако до сих пор нет единой точки зрения о его эффективности и безопасности при данной патологии, не стандартизированы показания и противопоказания к использованию данной методики.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с распространенными формами аппендикулярного перитонита путем применения лапароскопического доступа.

Материалы и методы. За период 2009 – 2021 гг. было пролечено 165 пациентов с распространенными формами аппендикулярного перитонита. Критерии включения в исследование: острый аппендицит с распространенным перитонитом 1-2 степени тяжести по МИП, с ИБП<16 баллов, в реактивной и токсической фазах по Симоняну (n=146). Женщин было 43 (29,5%), мужчин – 103 (70,5%). Средний возраст 42,3±17,24 лет. Диффузная форма перитонита была верифицирована у 143 больных (98%), а разлитая – у 3 пациентов (2%). Данная выборка пациентов была разделена на основную группу (пациенты после лапароскопического метода лечения, n= 102, 69,8%) и группу сравнения (больные после конверсии лапароскопического доступа в открытый, n=44, 30,2%). Показаниями к конверсии считали: спаечный процесс в брюшной полости III-IV степени по Блинникову, наличие множественных гнойных карманов и затеков с формированием межкишечных абсцессов. Критерии не включения в исследование: 3 степень тяжести по МИП, терминальная фаза перитонита, 17 и более баллов по шкале ИБП (n=19). Этим больным сразу выполняли лапаротомию из срединного доступа. В основной группе аппендэктомия выполнялась лигатурным способом, промывание брюшной полости проводилась только при неэффективности простой аспирации, операция завершалась дренированием брюшной полости. При установлении показаний к конверсии, больному выполнялось оперативное вмешательство из срединного доступа по общепринятой методике.

Результаты: Интраоперационных осложнений в обеих группах не было. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе составила 88,9±29,1 минут против 136±37,6 минут в группе сравнения. При анализе результатов послеоперационного лечения пациентов, корреляция между частотой интраабдоминальных абсцессов и инфильтратов с операционным доступом в обеих группах отсутствовала. В основной группе течение послеоперационного периода осложнилось формированием абсцессов у 5 пациентов (4,9%), инфильтратов в области операции – у 13 больных (12,8%). Данные показатели в группе сравнения были представлены 2 пациентами (4,6%) с абсцессами и 8 больными (18,2%) с инфильтратами соответственно, что доказывает безопасность лапароскопического доступа по сравнению с открытым. Послеоперационные осложнения различной степени по классификации Clavien—Dindo отмечены у 59 (40,41%) пациентов: в основной группе их частота составила 20,6%, в группе сравнения- 81,8%. В основной группе длительность пребывания в ОРИТ составила 0,39±0,8 суток, в группе сравнения – 2,68±1,55 суток; длительность стационарного лечения в основной группе составила 8,02±3,88 суток, в группе сравнения – 16,27±7,2.

Выводы. Таким образом, лапароскопический доступ при распространенных формах перитонита аппендикулярного генеза является эффективным и безопасным, его применение не увеличивает количество интраабдоминальных осложнений, при этом отмечено значимое сокращение частоты экстраабдоминальных осложнений, снижение сроков стационарного лечения и ранняя социальная и трудовая реабилитация.

Ключевые слова: аппендицит, перитонит, лапароскопия

---

51. Обоснованность повторного оперативного вмешательства при раке щитовидной железы

Дробышевский Г.А., Рябченко Е.В., Атаманская С.В..

Краснодар

ГБУЗ ККБ №2, Межтерриториальный центр эндокринной хирургии.

Актуальность Впервые проанализированы результаты хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы, которые позволили определить, что в наблюдениях, где выполнена гемитиреоидэктомия по поводу фолликулярной опухоли в моноузле с верифицированным онкологическим диагнозом, риск рецидива заболевания минимальный. Достигнутый результат заключался в разработке дооперационного определения объема хирургического лечения высокодифференцированных опухолей, локализованных в одной доле щитовидной железы, с определением дальнейшей тактики после полученного гистологического ответа: папиллярного, фолликулярного или медуллярного рака.

Материал и методы Проанализированы результаты лечения 781 пациентов отделения эндокринной хирургии ГБУЗ Краевая клиническая больница №2г. Краснодар с 2015 по 2019 г., госпитализированных по поводу цитограммы фолликулярной опухоли в единственном узле ЩЖ. Онкопроцесс был подтвержден в 210 препаратах. Повторное хирургическое вмешательство из этих 210 случаев было выполнено 52 (27%) пациентам с завершающим этапом – тиреоидэктомия. Также проанализированы результаты лечения 312 пациентов того же отделения с 2013 по 2016 г., с многоузловым эутиреоидным зобом и фолликулярной опухолью, которым выполнена тиреоидэктомия.

Полученные результаты Для оптимизации результатов лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы необходим комплексный, многоуровневый подход с анализом всех факторов в каждом конкретном случае. Отсутствие единства мнения в нашей стране и стремительное накопление научных наработок по всему миру заставляет нас оптимизировать тактику хирургического лечения после гемитиреоидэктомии с патогистологическим заключением «высокодифференцированный рак щитовидной железы». Продемонстрирован низкий процент (3.85%) гистологически подтвержденного рака после повторной (тиреоидэктомии) операции у пациентов с онкопатологией после органосохраняющего вмешательства. Этим пациентам с подтвердившимся раком выполнена расширенная тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией. Наглядное сравнение структуры осложнений исследуемых групп пациентов выявило значимый количественный прирост всех рисков при повторном оперативном вмешательстве у пациентов с раком щитовидной железы после гемитиреоидэктомии по поводу фолликулярной опухоли в моноузле.

Обсуждение Выполнение органосберегающей операции (гемитиреоидэктомии) при высокодифференцированном раке щитовидной железы является обоснованным выбором объема вмешательства, при соблюдении ряда условий: 1. Односторонний процесс 2. Сохраняемая доля не имеет морфологической перестройки и узловых образований 3. Подтвержден нормальный функциональный статус органа 4. Отсутствуют неблагоприятные факторы. Тем более, что многочисленные морфологические исследования показывают преимущественное поражение онкопроцессом одной доли (51–90,3%) и редкие случаи рецидива в другой (4,2–6%). Среди эндокринологов, хирургов, радиологов продолжается обсуждение и усовершенствование тактики лечения инциденталомы щитовидной железы с цитограммой папиллярной карциномы до 10 мм. Для данного вида поражения прогноз благоприятен. Актуальным остается прогнозирование вероятности развития послеоперационного гипотиреоза (ПОГ). Хирургическое лечение папиллярных карцином является достаточным для выздоровления пациентов. Как правило, дополнительная терапия не нужна, рецидивы возникают в 10% случаев за счет метастазов в регионарные лимфатические узлы шейных коллекторов, локального рецидива истинной ткани щитовидной железы или редких отдаленных метастазов (чаще в костную ткань или легкие). В нашем исследовании рак щитовидной железы подтвердился лишь в 3,85% случаев у повторно оперированных, что является основанием полагать, отсутствие необходимости в дальнейшей тиреоидэктомии, даже при гистологически установленной высокодифференцированной опухоли. В любом случае объем оперативного вмешательства и вспомогательная терапия определяются исключительно после оценки группы риска пациентов. Кроме того, при дифференцированном подходе к каждому пациенту, при выявлении рецидива или метастазирования рака, обоснованное повторное оперативное вмешательство выполняется на порядок реже нежели регулярная тиреоидэктомия по поводу рака щитовидной железы после гемитиреоидэктомии. У наших двух исследованных случаев рецидива заболевания у пациентов пока нет, несмотря на постоянное амбулаторное наблюдение у специалистов. Отметим, что число осложнений ожидаемо ниже после гемитиреоидэктомий в сравнении с контрольной группой. А вот частота осложнений после повторной операции (тиреоидэктомии), при верифицированном высокодифференцированном раке после гемитиреоидэктомии, значительно выше по сравнению с гемитиреоидэктомией выполненной по поводу фолликулярной опухоли, и выше в сравнении с группой, где выполнялись рутинные тиреоидэктомии. Так риск кровотечения и снижения фонации возрастает в полтора раза, а риск послеоперационного гипопаратиреоза вдвое.

Выводы и рекомендации Таким образом, исследование показало нецелесообразность проведения повторного оперативного вмешательства у пациентов после гемитиреоидэктомии по поводу фолликулярной опухоли в единственном узле с гистологически установленным дифференцированным раком, как по причине малого процента подтвержденного рака в тиреоидном остатке, так и в силу большего риска осложнений при удалении единственной доли щитовидной железы.

Ключевые слова: пункционная биопсия, рак щитовидной железы, фолликулярная опухоль, гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия, центральная лимфодиссекция.

---

52. Диагностическая ценность серийного измерения С-реактивного белка в сыворотке крови при выявлении послеоперационных осложнений при оперативном лечении перфоративных гастродуоденальных язв

Магомедов М.М., Омаров М.Д., Магомедов А.А.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Диагностическая ценность серийного измерения С-реактивного белка в сыворотке крови при выявлении послеоперационных осложнений при оперативном лечении перфоративных гастродуоденальных язв Магомедов М.М., Омаров М.Д., Магомедов А.А. ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным литературы, частота развития перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) остается

стабильным и составляет 7–15% от общего числа больных ЯБ. При этом летальность варьирует от 3,3% до 12,5% и не имеет тенденции к снижению за последнее десятилетие. Послеоперационные инфекционные осложнения являются одной из наиболее важных проблем при хирургическом лечении ПГДЯ.

Цель. Установить значимость серийного измерения С-реактивного белка в сыворотке крови для выявления послеоперационных осложнений при лечении перфоративной гастродуоденальной язвы.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 66 больных с ПГДЯ. Мужчин было 39 (59,1,0%), женщин – 27 (40,9,0%). Возраст больных на момент обследования и лечения колебался от 18 до 76 лет. Средний возраст пациентов составил 43 года. Большая часть (78,8%) представлена больными молодого и среднего возраста (по градации ВОЗ). В первые 6 часов от момента перфорации поступило 49 (74,2%) пациента, в интервале 6–24 часа – 10 (15,2%), после 24 часов —7 (10,6%) пациентов. Перфоративная язва локализовалась в теле желудка в 4 (6,1%) случаях, в области выходного отдела – в 12 (18,2%), в ДПК – в 50 (75,8%) случаях. Все больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 31(47%) пациентов, которым было выполнено эндовидеохирургическое вмешательство. Контрольная группа состояла из 35 (53,0%) пациентов, подвергшихся традиционному ушиванию перфоративной язвы. Достоверных статистических различий в исследуемых группах по полу и возрасту не было. Для оценки риска послеоперационной летальности использовалась прогностическая шкала J. Boey, основанная на трех критериях: шок при поступлении, длительность заболевания более 24 часов, выраженность сопутствующей патологии (ASA III–V). Значения СРБ в сыворотке крови были измерены на первый, третий, пятый и седьмой день после операции.

Результаты. Уровень СРБ в основной и контрольной группах показал тенденцию к росту с 1 до 4 сутки: (26,7 ± 8,4) мг/л против (28,0 ± 5,6) мг/л; 2-й день: (29,8 ± 4,6) мг/л против (38,3 ± 2,1) мг/л, 3-й день : (28,8 ± 7,59) мг/л против (33,8 ± 7,6) мг/л, 4-й день: (22,0 ± 2,2) г / л против (28,4 ±3,7) мг/л, в то время как различия у 62 (93,9%) не были значимыми (P>0,05). На 4 сутки у 4 пациентов контрольной группы уровень СРБ непрерывно увеличивался, в то время как в основной группе снижался со значительной разницей (28,3 ± 3,7) мг/л против (44,7 ± 12,5) мг/л, t = -2,85, (P = 0,005). Все 66 пациентов были успешно прооперированы. У 4 пациентов контрольной группы на 4 сутки была несостоятельность шва с развитием перитонита, а у 2 пациентов на 6 сутки был диагностирован подпеченочный абсцесс. Уровень сывороточного СРБ у пациентов с несостоятельностью шва продолжали увеличиваться на 3-4 сутки после операции (60,04 ± 17,98) мг/л до (112,75 ± 12,98) мг/л и были диагностированы осложнения с развитием перитонита. Снижался СРБ через 5 суток после повторной операции до (52,02±8,26) мг/л, а при выписке уровень СРБ был в пределах 23,4 мг/л. Показатель СРБ у пациентов с подпеченочным абсцессом продолжался рост с 3 суток постепенно от 39,9мг/л до 112 мг/л на 6 сутки после операции. Анализы результатов исследования СРБ у пациентов с ПГДЯ в послеоперационном периоде показали, что уровень сывороточного СРБ в основной группе достиг пика на вторые сутки после операции (39,8 ± 4,6) мг/л и снизился через 3 суток после операции до (28,8 ± 2,59) мг/л. Показатели уровня СРБ после операции являются точкой отсечения для прогнозирования с чувствительностью, специфичностью и положительной прогностической ценностью до 79,3%, 92,3% и 74,2% соответственно.

Заключение. Серийное измерение СРБ рекомендуется для скрининга инфекционных осложнений ПГДЯ. Пациенты со значениями СРБ выше 98 мг/л на 5-6 сутки не могут быть выписаны из больницы и требуют интенсивного поиска инфекционных осложнений, в частности ограниченного инфильтрата или абсцесса. Мониторинг послеоперационного уровня СРБ в сыворотке может помочь предсказать возникновение послеоперационных осложнений по поводу ПГДЯ. Пороговое значение относительно высокого уровня СРБ в сыворотке > 80,09 мг/л на 3-5 сутки после операции может помочь прогнозировать послеоперационные осложнения. Ключевые слова: перфоративная язва; СРБ; шкала Boey; прогноз.

Ключевые слова: перфоративная язва; СРБ; шкала Boey; прогноз.

---

53. Возможности использования эндовидеохирургической технологии в лечении перфоративных пептических язв

Жилин С.А. (1,2), Захаров Д.В. (1,2), Уханов А.П. (1,2), Большаков С.В. (1), Кочетыгов Д.В. (1), Леонов А.И. (1,2), Муминов К.Д. (1), Асельдеров Ю.А. (1), Амбарцумян В.М. (1)

Великий Новгород

1) Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород
2) Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

Цель исследования: оценить эффективность использования лапароскопической техники при лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы: Лапароскопическое ушивание пер-

форативных пептических язв применяется в Центральной городской клинической больнице Великого Новгорода с 2013 года и за 10-летний период с использованием данное технологии оперировано 206 больных, что составило 41,9% от всех вмешательств по поводу перфоративных язв выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (492 больных).

Результаты: В большинстве случаев перфоративный язвенный дефект ушивали с использованием интракорпорального зет-образного шва с проведением бабл-теста на герметичность. У 194 из 204 больных (95,1%) оперативное пособие было выполнено эндовидеохирургичесаим способом, а показатель конверсии на чревосечение составил 4,9%. Послеоперационные осложнения отмечены у 9 пациентов (4,6%) и 3 больных умерли, таким образом, показатель послеоперационной летальности составил 1,5%. Следует отметить, что по мере отработки техники эндовидеохирургического шва и наборе опыта лапароскопическая технология стали более широко применяться в работе муниципальной скоропомощной больницы. Так если в 2013 году лапароскопическое ушивание пептических язв применяли только у 25% больных, то в 2022 году этот показатель возрос 72,3% (34 из 47 больных).

Выводы: Использование эндовидеохирургичской технологии ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки расширяет возможности использования малоинвазивных технологий в экстренной хирургии органов брюшной полости, позволяет, в значительном количестве случаев, успешно и эффективно закончить хирургическую коррекцию, не прибегая к чревосечению.

Ключевые слова: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, лапароскопическое ушивание

---

54. Аутоадипоцитарный волюмизирующий лифтинг межъягодичной борозды у пациентов с пилонидальной кистой копчика

Клименко К.В.

Москва

Клиника пластической и реконструктивной хирургии «Revitalife»

Введение. В последние годы в хирургической практике увеличилось количество обращений пациентов в возрасте от 17 до 23 лет страдающих кистой копчика, с рецидивами заболевания, от ранее выполненных хирургических вмешательств. Главная причина является наличие у пациентов глубокой межъягодичной борозды с глубиной от 2,5 до 4,0 см. С наличием в ней волос, присутствие постоянной влажности, инфекции и недостаточной аэрации воздуха, ведет к формированию абсцесса с последующим формированием свища. Основные хирургические методы лечения направлены на устранение абсцесса, свища в межъягодичной борозде, но не на устранение её глубины. К распространенному хирургическому методу относиться операция Cleft lift. Нами предложен новый, малоинвазивный метод, устранения глубины межъягодичной борозды с использованием липофилинга собственной жировой тканью.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2022г. нами выполнено 37 коррекций межъягодичной борозды липофилингом, у пациентов с глубокой межъягодичной бороздой. Пациенты находились на амбулаторном лечении, соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Всем пациентам выполнялось УЗИ межъягодичной борозды до фасции крестца на предмет локального воспаления. Всем пациентам находившимся на лечении была выполнена малоинвазивная аутоадипоцитарная коррекция межъягодичной борозды собственной жировой тканью (Патент на изобретение № 2760094 «Способ пластики послеоперационых ран после хирургических вмешательств в крестцовокопчиковой области»). Методика операции. С пациентом согласовывается, из какой анатомической области выполнить забор жировой ткани: живот или ягодичная область. Из выбранного донорского участка, специальной канюлей диаметром 3-5 мм длиной 15-20 см выполняется аспирация жировой ткани, в количестве до 30-40 мл после этого, жировая ткань центрифугируется, очищается от элементов крови, выполняется подготовка области крестца для введения жировой ткани на всем протяжении. Под местной анестезией выполняется локальное рассечение кожного покрова до фасции крестца в длину 0,5 см строго по срединной линии крестца в верхней точке у места горизонтального пересечения проекции подвздошных костей. Канюлей Толедо вдоль крестца по срединной линии, выполняется диссекция мягких тканей, в виде тоннеля (скользя по фасции крестца) в ширину до 2,5-3,0 см и в длину до 15 см в направлении к анальному каналу, не доходя до него на 2,0 см. После того, как сформирован тоннель вдоль крестца, для введения жировой ткани, выполняется контроль гемостаза, затем выполняется введение отцентрифугированного жира через металлическую канюлю с боковым окошком. Окошко нужно повернуть строго в сторону мягких тканей, а не крестца, жировую эмульсию вводят очень медленно через шприц (луер лок), в количестве от 35 до 50 мл в зависимости от глубины и протяженности межъягодичной борозды до появления ее сглаженности или до полного ее исчезновения, под контролем УЗИ датчика. После введения липотрансфера, пальпаторно распределяется жир вдоль межъягодичной борозды. Линейная рана в верхней части крестца ушивается проленом 4-0 на две недели, чтобы введенный жир не имел возможности самостоятельно эвакуироваться из введенной полости. Приживаемость жира составляет в среднем 2-3 недели.

После выполненной операции необходимо проведение антибиотикотерапии цефалоспоринового ряда роцефин 1 гр внутримышечно 1 раз в день, на протяжении 5 дней. После проведенной коррекции межъягодичной борозды у 35 пациентов отмечался стойкий результат, контрольные осмотры выполнялись через 1-3-5 месяцев. После операции, все пациенты находились под динамическим наблюдением, под УЗИ контролем. У 2-х пациентов требовалась докоррекция межьягодичной борозды. Гнойно-воспалительных осложнений не зафиксировано ни у одного пациента.

Выводы. Данный хирургический способ, липотрансферной корреции межъягодичной борозды является малоинвазивным и малотравматичным, это позволяет устранить глубину межъягодичной борозды и получить стабильный безрецидивный результат.

Ключевые слова: Аутоадипоцитарный волюмизирующий липофилинг межъягодичной борозды, при радикальном лечение кисты копчика.

---

55. Пути улучшения результатов экстренной помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости в межрайонной многопрофильной больнице

Уханов А.П. (1,2), Захаров Д.В. (1,2), Жилин С.А. (1,2), Большаков С.В. (1), Кочетыгов Д.В. (1), Леонов А.И. (1,2), Муминов К.Д. (1), Асельдеров Ю.А. (1), Амбарцумян В.М. (1)

Великий Новгород

1) Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород,
2) Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

Цель исследования: провести анализ госпитализаций больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (ОХЗОБП) и оценить результаты оказания им ургентной помощи на основе расширения использования малоинвазивных технологий (МИТ).

Материал и методы: с 2011 по 2022 годы в хирургическом отделении Центральной городской клинической больницы Великого Новгорода, являющейся межрайонным центром, госпитализировано 13545 больных с ОХЗОБП, из у 9325 (68,8%) выполнены экстренные и неотложные оперативные вмешательства. Среди операций на органах брюшной полости у 6198 больных (66,5%) выполнены малоинвазивные вмешательства с использованием эндовидеохирургии, либо под контролем ультразвука. В 3127 случаях использованы хирургические вмешательства традиционным, открытым методом.

Результаты: Разработанная программа и принятый тренд к широкому использованию (МИТ) позволил довести долю видеолапароскопических вмешательств при остром аппендиците и остром холецистите до 99% и 98% соответственно, при этом послеоперационной летальности в течение 2022 года при этих нозологических формах не наблюдалось. Аналогичная тенденция наблюдается и при использовании МИТ при прободных пептических язвах, острой кишечной непроходимости, ущемленных грыжах и остром панкреатите, где количество их использования в последнее время составляет 37,3%, 72,3%, 38,1% и 61,5% соответственно, при этом послеоперационной летальности в течение последнего года в случаях использования МИТ, за исключением острого панкреатита, не наблюдалось.

Заключение: Расширение объема использования МИТ является одним из путей улучшения результатов хирургического лечения ОХЗОБП и позволяет в межрайонном лечебно-профилактическом учреждении второго уровня обеспечить доступность качественной специализированной хирургической помощи не только жителям областного центра, но и прикрепленных районов.

Ключевые слова: экстренная хирургическая помощь, абдоминальная хирургия, лапароскопическая хирургия, летальность.

---

56. Оптимизация в тактике лечения перитонита и псевдоперитонита в хирургической практике у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии

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

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Актуальность: В последние десятилетия наряду с неуклонным ростом количества пациентов находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ), проявляются различные патологические изменения в органах брюшной полости, диагностика которых инструментальными и лабораторными методами весьма затруднительна, а подходы к тактике лечебных мероприятий весьма неоднозначны. Значимость данной проблемы характеризуется неуклонным ростом воспалительных хирургических заболеваний внутренних органов, где у четверти больных диагностируют перитонит. Однако у пациентов, находящихся на ЗПТ отмечается высокая выявляемость псевдо-

перитониального синдрома, псевдоперитонита, острого ложного живота, как проявление системных заболеваний, в которых дифференциальный диагноз весьма затруднен, а для исключения абдоминальной катастрофы в большинстве случаев хирургам приходиться прибегать к лапароскопии. Нередко хирургическая тактика лечения становится неоправданной или напрасной у пациентов, находящихся на ЗПТ, с клиническими проявлениями «острого живота» и является одной из причин тяжелого течения основного заболевания, «напрасные лапароскопии» являются одной из причин неблагополучного исхода. Проведенный анализ данных показывает отсутствие единых практически значимых критериев в диагностике истинного перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ, а также неоднозначны подходы в тактике ведения данной группы пациентов. В дифференциации уремического характера «воспаления» в брюшной полости наряду с рутинным определением уровней креатинина и мочевины, интерес представляет органоспецифический белок почечной дисфункции в сыворотке крови ?2-микроглобулин (?2-МГ), а в ранней диагностике перитонита хорошо зарекомендовали себя белки воспаления и деструкции С-реактивный белок (СРБ), лактоферрин (ЛФ).

Цель исследования явилось улучшение тактики лечения перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ.

Материалы и методы: Предложенный алгоритм дифференциальной диагностики и тактики лечения перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ применен у 51 больных поступивших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот». Из них у 32 больных выявлен уремический псевдоперитонит, лечение продолжено проведением процедур экстренного гемодиализа, а у 19 больных диагностирован перитонит, которые подверглись оперативному вмешательству. В исследование не включены пациенты с подозрением на перитонит не получающих ЗПТ. Полученные результаты: По результатам исследования установлено, что между группами с псевдоперитонитом и перитонитом статистически значимых различий концентрации креатинина и мочевины не выявлено, что доказывает неинформативность данных маркеров для дифференциальной диагностики перитонита и псевдоперитонита. Наиболее статистически значимо высокая концентрация ?2-МГ выявлена в группе пациентов с псевдоперитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группах с перитонитом и контроля ($p<0,001$). Статистически значимо высокие концентрации СРБ и ЛФ отмечены в группе пациентов с перитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группе контроля и с псевдоперитонитом ($p<0,001$). Исходя из значений регрессионных коэффициентов, была установлена прямая связь ?2-МГ, обратная связь СРБ и ЛФ с вероятностью развития уремического псевдоперитонита. Полученные результаты позволили нам разработать алгоритм дифференциальной диагностики и лечения перитонита и псевдоперитонита.

Обсуждение: Алгоритм применен у 51 больных поступивших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот», находящихся на программном гемодиализе. Из них у 32 больных коэффициент дифференциальной диагностики (КДД) по формуле КДД = ЛФ/ ?2-МГ (Патент РФ №2761732) был менее 20 баллов, а КДД= ?2-МГ/СРБ (Патент РФ № 2761725). был более 10 баллов, что свидетельствовало о наличии уремического псевдоперитонита. У данных больных после проведенного экстренного гемодиализа в течении суток отмечена стабилизация состояния (перитониальные симптомы отсутствуют). На 2-3 сутки наблюдалась тенденция к восстановлению клинико-лабораторных параметров. А у 19 больных КДД = ЛФ/?2-МГ был более 20 баллов, а КДД= ?2-МГ /СРБ был менее 10 баллов, что диагностировало перитонит. Данные пациенты оперированы в экстренном порядке, диагноз перитонит подтверждён интраоперационно.

Выводы и рекомендации: Таким образом, использование предложенного алгоритма у больных находящихся на ЗПТ, поступивших в хирургический стационар с диагнозом перитонит (острый живот) позволяет избежать напрасных инвазивных методов диагностики (лапароскопии, лапаротомии) и выбрать рациональную тактику лечения.

Ключевые слова: лечение, перитонит, псевдоперитонит, пациент, заместительная, почечная, терапия

---

57. Оптимизация диагностических подходов в хирургической практике перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии

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

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Актуальность: Количество пациентов поступающие в хирургический стационар находящиеся на заместительной почечной терапии (ЗПТ) неуклонно увеличиваются за последние десятилетия. Отмечается также высокая частота выявляемой хирургической абдоминальной патологии у больных, находящихся на ЗПТ, которые подводят клиницистов в хирургической практике к оптимизации дифференциальных подходов в диагностике перитонита и псевдоперитонита. Однако проведенный анализ данных показывает отсутствие единых практически значимых критериев в диагностике истинного перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ, а также неоднозначны подходы в тактике ведения данной

группы пациентов. В качестве маркеров ранней диагностики перитонита хорошо зарекомендовали себя белки воспаления и деструкции С-реактивный белок (СРБ), лактоферрин (ЛФ), а для дифференциации уремического характера «воспаления» в брюшной полости наряду с рутинным определением уровней креатинина и мочевины, интерес представляет органоспецифический белок почечной дисфункции в сыворотке крови ?2-микроглобулин (?2-МГ).

Цель исследования явилось оценка диагностической значимости концентраций биомаркеров креатинина, мочевины, ?2-МГ, СРБ, ЛФ в сыворотке крови для диагностики перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ.

Материалы и методы: Проведен анализ обследования 76 пациентов с подозрением на перитонит, поступившие в экстренном порядке в хирургический стационар, получающих ЗПТ (программный гемодиализ) в анамнезе. Из обследованных 76 больных у 49 больных диагностирован псевдоперитонит, а у 27 больных выявлен перитонит. В группу контроля включено 60 амбулаторных пациентов, находящихся на ЗПТ (программный гемодиализ). В исследование не включены пациенты с подозрением на перитонит не получающих ЗПТ. Полученные результаты: По результатам исследования установлено, что высокие концентрации креатинина и мочевины выявлены в группах с псевдоперитонитом и перитонитом, что было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля ($p<0,001$), однако между группами с псевдоперитонитом и перитонитом статистически значимых различий концентрации креатинина и мочевины не выявлено, что доказывает неинформативность данных маркеров для дифференциальной диагностики перитонита и псевдоперитонита. Наиболее статистически значимо высокая концентрация ?2-МГ выявлена в группе пациентов с псевдоперитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группах с перитонитом и контроля ($p<0,001$). Статистически значимо высокие концентрации СРБ и ЛФ отмечены в группе пациентов с перитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группе контроля и с псевдоперитонитом ($p<0,001$). У пациентов, находящихся на амбулаторном гемодиализе, диагностических значимых высоких концентраций не выявлено ни одного из 5 исследуемых маркеров.

Обсуждения: Выявлена четкая зависимость концентрации ?2-МГ и СРБ от степени выраженности псевдоперитонита и перитонита, что позволило разработать способ, включающий определение концентрации ?2-МГ и СРБ в сыворотке крови при поступлении в стационар у больных с подозрением на перитонит и расчет коэффициента дифференциальной диагностики (КДД) по формуле КДД=?2-МГ/СРБ?100, где ?2-МГ – концентрация ?2-микроглобулина, мг/л, СРБ – концентрация С – реактивного белка, мг/л. При значении КДД менее 10 диагностируют перитонит, а при значении КДД более 10 диагностируют уремический псевдоперитонит (Патент РФ № 2761725). Параллельно по данным концентрации ЛФ и ?2-МГ в сыворотке крови разработан коэффициент дифференциальной диагностики (КДД) по формуле КДД= ЛФ / ?2М?100, где ЛФ – концентрация лактоферрина, нг/мл, ?2-МГ – концентрация ?2-микроглобулина, нг/мл. При значении КДД более 20 диагностируют перитонит, а при значениях КДД менее 20 диагностируют уремический псевдоперитонит (Патент РФ №2761732).

Выводы и рекомендации: По результатам исследования, представленные биомаркеры СРБ, ЛФ и ?2-МГ в совокупности являются высокочувствительными индикаторами, отражающими состояние воспалительного процесса и степень уремии, а их комплексная оценка обеспечивает получение достоверных результатов при дифференциальной диагностике перитонита и псевдоперитонита у пациентов, получающих ЗПТ.

Ключевые слова: диагностика, перитонит, псевдоперитонит, пациент, заместительная, почечная, терапия

---

58. Хирургическое лечение сочетанных осложнений пилородуоденальных язв в условиях стационара скорой помощи

Парфёнов А.О. (1,2), Демко А.Е. (1,2), Вербицкий В.Г. (1,2)

Санкт-Петербург

1.Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия.
2. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования: провести анализ результатов хирургического лечения сочетанных осложнений пилородуоденальных язв за период с 2010 по 2020 г.г. для улучшения результа-тов лечения данной категории больных в условиях стационара скорой помощи.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения 134 пациентов с со-четанными осложнениями язвенной болезни пилородуоденальной области, которые находи-лись на лечении в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2010 по 2020 г.г. У 66 больных (1 группа) кровотечение сочеталось с перфорацией язвы. 2-ю группу составили 38 пациентов с сочетанием стеноза двенадцатиперстной кишки и кровотечением. В 3-ю – вошли 30 больных, у которых перфорация сочеталась со стенозом ДПК. Средний возраст пациентов составил: в первой группе – 58,6 ±14,2 года, во второй группе – 54,5±12,5 года и в третьей группе -57,4±12,5. Средний показатель

тяжести состояния по шкале APACHE II составил: в первой группе – 17,5 балла, во второй группе – 12,5 балла и в третьей группе – 16,5 балла.

Результаты и их обсуждение. Всего оперативным вмешательствам подверглись 126 (94%) пациентов из 134, из них поддиафрагмальная стволовая ваготомия с дренирующей же-лудок операцией выполнена 91 (73%) пациенту, резекция желудка – 7 (5%). Паллиативные вмешательства произведены 28 (22%) больным, находящимся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Консервативную терапию получали 8 (6%) пациентов 2-й группы. По нашим данным, сочетание перфорации ДПК и язвенного кровотечения являлось наиболее частым (до 50%) осложнением ЯБ. Показатель оперативной активности в группе больных с сочетанием кровотечения и стеноза составил 78%, что в 10 раз выше, чем при язвенных кровотечениях. Показанием к операции, как правило, были признаки перфорации полого органа или рецидив кровотечения. Объем оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния пациента и определялся индивидуально. Наиболее распространенной операцией являлась пилоропластика с ваготомией. Наибольший показатель послеоперационной летальности был в 1 группе пациентов и составил 18,2% (12 случаев). В большинстве случаев причиной смерти была декомпенсация тяжелых, конкурирующих с язвенной болезнью общесоматических заболеваний.

Выводы. Таким образом, по нашему мнению, рациональная хирургическая тактика у больных с сочетанными осложнениями пилородуоденальной язвы строится на основании комплексной диагностики, следствием которой является наиболее быстрое установление показаний к оперативному вмешательству. Индивидуальный подход к выбору оперативного вмешательства должен быть обоснован с учетом общего состояния больного. При этом, по нашему мнению, предпочтение следует отдавать радикальным органосохраняющим опера-тивным вмешательствам в виде стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею, как наиболее полно отвечающей условиям неотложной хирургии.

Ключевые слова: язвенная болезнь, сочетанные осложнения пилородуоденальных язв

---

59. Прогноз тяжести течения панкреатита, по развитию хирургических осложнений и летального исхода, в зависимости от ультразвуковых признаковвыявляемых при поступлении пациента

Шурлов А.А., (1) Шурлова А.Н. (2)

Азов

ГАУ РО ЦГБ в г. Азове

При возникновении у пациента тяжелого панкреатита с трансформацией в панкреонекроз, многократно возрастает риск хирургических осложнений и летального исхода заболевания. Нами проведено исследование вероятности развития хирургических осложнений и вероятности летального исхода заболевания при остром панкреатите в зависимости от выявленных изменений при ультразвуковом исследовании в момент поступления пациента. Выполнен анализ 319 случаев заболевания острым панкреатитом за период 2020-2022года. В зависимости от полового признака выделены две группы пациентов: группа А, женщины 121пациент-37,93%. Группа Б, мужчины 198 пациентов-62,07%. Распределение по возрастам значительно отличалось в каждой группе. В группеА преобладали пациенты от 41года и старше-78,51%. В группе Б преобладали пациенты от 31 до 40 лет 35,86%. При поступлении выполнялся стандартный набор обследований, в обязательном порядке узи органов брюшной полости, забрюшинного пространства и плевральных полостей. КТ по показаниям. При развитии хирургических осложнений выполнялись различные виды оперативных вмешательств в их сочетании:лапароскопия, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, дренирование сальниковой сумки, холецистостомия, некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, оментостомия, пункция и/или дренирование плевральных полостей, спленэктомия, дренирование забрюшинного пространства, наложение энтеро или колостом. Пациентам выполнялись различные виды экстракорпоральной гемокоррекции (ЭГ) по показаниям (плазмообмен, гемодиафильтрация, биоспецефическая антипротеазная гемосорбция, фотомоделирование крови). Ультразвуковые признаки выявляемые у пациентов, при исследовании в день поступления на лечение, были распределены на 5 групп: 1я-увеличение размеров поджелудочной железы(головка более 30мм, тело более 25мм, хвост более 30мм) 157 пациентов-49,21%. 2я – 1й признак+увеличение объёма желчного пузыря(более 50см3) 109 пациентов-34,17%. 3я – 1й, 2й признаки+наличие жидкости в сальниковой сумке(любое количество) 29 пациентов – 9,09%. 4я – 1й, 2й, 3й, признаки + наличие жидкости в брюшной полости(любое количество) 20 пациентов – 6,27%. 5я – 1й, 2й, 3й, 4й признаки + распространение жидкостипо забрюшинному пространству и/или реактивный выпот в одной или обеих плевральных полостях 4 пациента – 1,25%. Всем пациентам с признаками 1 и 2

проводилась стандартная консервативная терапия, без ЭГ. При выявлении признаков 3,4,5, или появлении этих признаков у пациентов у которых изначально определялись признаки 1и2, к терапии добавляли ЭГ в различном сочетании, определяемых реаниматологом.

Выводы: при выявлении у пациентов с острым панкреатитом в момент поступления признаку 1 достаточно проведения стандартной консервативной терапии, без применения ЭГ, прогноз благоприятный. Прривыявлении у пациентов признаку 2 прогноз благоприятный, при тщательном ультразвуковом контроле, на предмет прогрессирования признаков заболевания. При выявлении признака 3 необходимо к терапии обязательно добавлять ЭГ, прогноз относительно благоприятный. С высокой степенью вероятности развития хирургических осложнений (13,8% в группе) и низкой вероятностью развития летального исхода (3,45% в группе). При выявлении признак 4 даже применение ЭГ не исключает высокий риск развития хирургических осложнений (40% в группе) и высокий риск развития летального исхода (10% в группе). При выявлении признак 5 прогноз крайне сомнительный, больше не благоприятный. Крайневысокий риск развития хирургических осложнений(75% в группе), и очень высокий риск развития летального исхода (50% в группе). Тем не менее при использовании в схеме лечения ЭГ, существенно улучшается прогноз заболевания и снижается процент как хирургических осложнений, так и вероятности летального исход.

Ключевые слова: Панкреатит, экстракорпоральная коррекция, ультразвуковые признаки

---

60. Подготовка хирурга: стандартизация или индивидуальность

Непомнящая С.Л. (1,2), Белоусов А.М. (1)

Санкт-Петербург

1)Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И.Пирогова
2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Основной путь подготовки специалиста по хирургии – это обучение в ординатуре. Именно в клинической ординатуре молодые хирурги приобретают теоретические знания и практические навыки обследования, диагностики, выбора хирургической тактики, оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с заболеваниями органов брюшной полости, забрюшинного пространства, в условиях стационара, а также осваивают принципы диагностики и неотложной хирургической помощи при патологии органов грудной клетки, сосудов конечностей, хирургической инфекции. К сожалению, приходится констатировать тот факт, что уровень базовых знаний по хирургии, с которыми поступают в ординатуру выпускники ВУЗов, за последние годы снизился. Сказалось постепенное сначала удаление из программ медицинских ВУЗов субординатуры, а затем и интернатуры по хирургии. Существенную отрицательную роль сыграла эпидемическая ситуация последних лет, во многом ограничившая допуск студентов медиков в лечебные учреждения. В результате часть клинических ординаторов 1 года обучения не знает элементарных правил асептики и антисептики, не в состоянии выполнить такие простые хирургические манипуляции, как перевязки больных, снятие швов, завязывание узлов., что никак не корелирует с высоким вступительным баллом поступающих. Учитывая низкий базовый уровень подготовки молодых врачей, отсутствие знаний по семиотике основных хирургических заболеваний, клинические ординаторы 1 года обучения оказываются не в состоянии выполнять самостоятельную практическую работу в качестве больничного ординатора-хирурга, ведущего 5-6 больных, как того требует стандартная 2-х летняя программа подготовки в клинической ординатуре по хирургии. В результате в течение 1 года обучения приходится восполнять знания и навыки, с которыми он должен был уже прийти на обучение. На их фоне явным преимуществом обладают ординаторы, занимавшиеся в студенческих научных обществах, которые уже имеют определенные базовые мануальные хирургические навыки и больший объем теоретических знаний в области хирургии. Наряду с клиническими ординаторами, поступающими сразу после окончания ВУЗа, в хирургию приходят врачи, которые закончили ординатуру по другим специальностям (например эндокринология, онкология, дерматология) и имеют опыт работы по данным специальностям. Они приходят в хирургию с четким пониманием достаточно узкой сферы своей будущей работы (эндокринная хирургия, хирургия молочной железы, онкодерматология). Таким образом, всех поступивших на обучение на основную образовательную программу ординатуры по специальности «Хирургия» можно разделить на 3 основные группы в соответствии с их базовыми навыками и поставленными целями получения специальности. Тем не менее ФОС по специальности не подразумевает гибких вариантов изучения предмета, либо формирования мобильных траекторий образования; Исходя из всего вышесказанного, можно сделать следующие выводы: 1. При приеме в клиническую ординатуру следует отдавать предпочтение выпускникам ВУЗов, занимавшимся в студенческих научных обществах по хирургии, что должно выражаться дополнительными баллами при бальной системе поступления. 2. Необходимо внедрять дифференцированный подход к обучающимся в клинической ординатуре с возможностью формирования мобильной траектории образования на 2 году обучения, учитывающей сферу будущей профессиональной деятельности ординатора.

Ключевые слова: обучение хирургии, ординатура, хирургия

---

61. Эволюция лечения геморроидальной болезни: от геморроидэктомии к малоинвазивным и комбинированным хирургическим вмешательствам

Непомнящая С.Л. (1,2), Погосян Г.Н. (1,2), Давлетшина В.В. (1), Новикова А.Д. (1)

Санкт-Петербург

1)Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И.Пирогова
2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность: Геморроидальная болезнь является одним из самых частых заболеваний прямой кишки и наиболее частой причиной обращения к колопроктологу. Ее распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. В практику проктолога активно внедряются малоинвазивные технологии – геморроидэктомия с использованием лигирующих инструментов, дезартериализация геморроидальных узлов, лазерная коагуляция и другие. Тем не менее никуда не исчезает «классическая» операция, направленная на иссечение трех геморроидальных узлов, предложенная Е.Миллиганом и Г.Морганом еще в 1937 г. С 1996 года широко стала использоваться предложенная японским ученым Моринагой трансанальная допплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией слизистой (операция HAL-RAR). По мере расширения использования в клинической практике каждого из методов становятся очевидны их ограничения. Возникают ситуации, при которых возникает необходимость повторных операций.

Цель: Оценка результатов лечения хронического геморроя III-IV стадий различными способами, выбор оптимальной тактики лечения.

Материалы и методы: За 10 лет с 2013 по 2022 гг. в нашей клинике было пролечено 672 больных хроническим геморроем Всего было 314 (46,7%) мужчин и 358 (53,3%) женщин 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%. Пациентов с III и IV стадиями заболевания было 324 (48,2%) и 160 (23,8%) соответственно. Осложненное течение геморроидальной болезни было в 173 (25,7%) случаях. Среди осложнений преобладали кровотечения (115 – 18,3%), у 76 (12,3%) больных ранее возникали тромбозы геморроидальных узлов. У 91 больного в анамнезе уже были различные методики лечения: склерозирование геморроидальных узлов, лигирование узлов латексными кольцами, лазерное удаление, дезартериализация под УЗ-контролем, тромбэктомия или удаление тромбированного узла. Кроме того у 37 больных имелась сопутствующая патология: полип анального канала (16), хроническая анальная трещина – (18), хронический анопромежностный свищ. Комбинированное лечение использовано у 249 больных: 134 пациентам с III стадией заболевания и 115 при IY стадии геморроя.

Результаты: Комбинированное хирургическое вмешательство выполнялось в 3-х основных вариантах: лазерная вапоризация внутренних геморроидальных узлов с удалением крупных наружных узлов; выполнение дезартериализации под УЗИ контролем с лифтингом слизистой и удалением остающихся наружных узлов и удаление одного выпадающего внутреннего или крупных фиброзированных наружных узлов электролигирующим инструментом с последующим выполнением дезартериализации под УЗ-контролем. Оперативное лечение выполнялось под общей или спинальной анестезией. Средняя продолжительность операции составила 43,5 мин (от 25 до 65 мин.). Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купирован назначением НПВС. Однократное введение наркотических анальгетиков потребовалось у 7 пациентов (1,1%). Пребывание в стационаре после операции варьировалось от 1 до 3 дней. Средний послеоперационный койко-день составил 1,9. В дальнейшем пациенты продолжали лечение амбулаторно. Сроки амбулаторного лечения до восстановления трудоспособности составляли от 6 до 28 дней (16,6 в среднем) в зависимости от характера работы. Отдаленные результаты прослежены нами в сроки до 3 лет. По результатам анкетирования результаты лечения оценены пациентами как отличные – 38 (6,1%), хорошие – 486 (77,5%) и удовлетворительные – 103 (14,4%). Повторное лечение в виде удаления оставшихся наружных узлов или лазерной коагуляции потребовался 26 пациентам (4,1%) в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции.

Заключение: Использование комбинированных методик хирургического лечения хронического геморроя III-IY стадии является эффективным, существенно не увеличивает длительность операции, не оказывает отрицательного влияния на течение послеоперационного периода и обеспечивает хороший отдаленный результат.

Ключевые слова: геморрой, лечение геморроя, склерозирование, лигирование узлов, лазерное удаление, дезартериализация

62. Результаты выполнения чрескожной пункционной эндоскопической гастростомии в зависимости от методики установки

Фролова Е.В. (1), Самсонян Э.Х. (1), Емельянов С.И. (1), Богданов Д.Ю. (1), Баширов Р.А. (2)

Москва

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

Актуальность. Чрескожная пункционная эндоскопическая гастростомия (ЧПЭГ) – является процедурой выбора у пациентов с дисфагией различного генеза, нуждающихся в осуществлении длительного (свыше 4 недель) энтерального питания и является альтернативой хирургической лапаратомной гастростомии (ХЛГ). В настоящее время существует 2 основные методики установки ЧПЭГ: методика «на себя» (pull-метод) и методика «от себя» (push-метод). Различие этих методик заключается в способе установки гастростомической трубки: при методике ЧПЭГ «на себя» гастростомическая трубка при помощи проводника протягивается через ротоглотку в желудок, и далее через его стенку на переднюю брюшную стенку, при методике ЧПЭГ «от себя» гастростомическая трубка под контролем эндоскопа по проводнику вводится в желудок через переднюю брюшную стенку.

Цель исследования. Сравнить применение двух методик установки ЧПЭГ «на себя» и «от себя» между собой; проанализировать непосредственные и отдалённые результаты при применении данных методик ЧПЭГ.

Материал и методы. В период с 2019 по 2022 год нами были изучены результаты ЧПЭГ у 103 пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 53 пациента (51,5%), которым была выполнена ЧПЭГ по методике «на себя». В группу 2 вошли 50 пациентов (48,5%), которым была выполнена ЧПЭГ по методике «от себя».

Результаты. Технический успех достигнут в 100% случаев. Клинический успех в группе 1 наблюдался у 100% больных, а в группе 2 – у 98% пациентов (p>0,05). Время оперативного вмешательство в группе 1 составило 12,2?3,4 минуты, в группе 2 – 22,3?3,6 минут (p> 0,05). У 3 (6%) пациентов в группе 2 наблюдалось диффузное кровотечение в месте установки гастростомы, гемостаз был достигнут путем плотного прижатия бампера и антибампера к стенке органа на 24 часа. Аспирационная пневмония наблюдалась у трёх пациентов: у 1 пациента в группе 1 и у 2 пациентов в группе 2, вследствие чрезмерного ввода питательной смеси при осуществлении кормления. Все пациенты были госпитализированы в отделение реанимации, где им была осуществлена санационная бронхоскопия, дезинтоксикационная и антибиотикотерапия. В первые 7 дней после операции в 4 (7%) случаях в группе 1 и в 2 случаях (4%) в группе 2 наблюдалось локальное воспаление послеоперационной раны в месте размещения гастростомической трубки, пациентам, в зависимости от выраженности воспаления, была назначена антибиотикотерапия и/или асептические повязки с антибактериальной мазью. «Бампер-синдром» наблюдался у 1 пациента (внутренний бампер в пределах подслизистого слоя) в группе 1 (1,9%), по поводу чего было успешно выполнено эндоскопическое рассечение слизистой передней стенки желудка в области расположения внутреннего бампера. В обеих группах наблюдалось подтекание желудочного содержимого вокруг стомы: в 1 группе у 5 (9,4%) пациентов, во 2 группе у 4 (8%) пациентов – всем пациентам была произведена замена гастростомической трубки. У одного (2%) пациента в группе 2 наблюдалась миграция гастростомической трубки, что потребовало эндоскопического извлечения и повторной установки гастростомической трубки. 30-дневный показатель летальности в группе 1 составил 5,7% (3 пациента), в группе 2–2% (1 пациент). Шестимесячная выживаемость в группе 1 составила 81,1% (43 пациента), а в группе 2 – 86% (43 пациента).

Вывод. ЧПЭГ у пациентов с дисфагией различного генеза характеризуется хорошими результатами независимо от применяемых методик. При этом считаем, что применение методики ЧПЭГ «на себя» является более простым в техническом плане. Однако, для обеспечения клинической эффективности необходимо индивидуализировать критерии выбора методики ЧПЭГ для каждого пациента.

Ключевые слова: Чрескожная пункционная эндоскопическая гастростомия

63. Результаты хирургического лечения больных осложненным колоректальным раком в условиях городской многопрофильной больницы скорой медицинской помощи

Муминов К.Д. (1), Захаров Д.В. (1,2), Уханов А.П. (1,2), Жилин С.А. (1,2), Большаков С.В. (1), Кочетыгов Д.В. (1), Леонов А.И. (1,2), Асельдеров Ю.А. (1), Амбарцумян В.М. (1)

Великий Новгород

1) Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород, Россия
2) Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

Цель исследования: Изучить результаты оперативного лечения больных с осложненным колоректальным раком в условиях городской многопрофильной больницы скорой помощи.

Материал и методы: За период с 2017 по 2022 г. по поводу осложненного колоректального рака в хирургическом отделении в ургентном порядке было оперировано 304 больных, возрасте от 24 до 93 лет. Мужчин было 134 (44,1%), женщин – 170 (55,9%). Наиболее частым осложнением колоректального рака явилась острая обтурационная кишечная непроходимость, которая отмечена у 198 больных (65,1%). Из других осложнений встретились диастатическая перфорация толстой кишки у 28 (9,2%), перифокальное воспаление опухоли – у 24 (7,9%), перфорация опухоли – у 42 (13,8%) больных, кровотечение из опухоли выявлено в 12 (3,9%) случаях. Опухоль слепой кишки наблюдалась у 24 (7,9%) больных, поражение правого фланга ободочной кишки— у 74 (24,3%), левого фланга ободочной кишки – у 43 (14,1%), сигмовидной кишки – у 114 (37,5%) и прямой кишки – у 46 (15,1%) пациентов. У 3 больных наблюдалось первично-множественное поражение толстой кишки. При поступлении больного с осложненным колоректальным раком в общехирургический стационар оперативное лечение проводилось бригадой дежурных хирургов, как правило, в первые часы после госпитализации.

Результаты: Операции с удалением опухоли выполнены у 258 больных (84,9%), в том числе у 11 пациентов операции проведены с использованием лапароскопии. У 38 больных (15,1%) хирургические вмещательства носили симптоматический характер и ограничены были выведением колостомы, либо наложением обходного анастомоза. Умерло после операций по поводу осложненного колоректального рака 49 больных, что составило послеоперационную летальность 16,1%.

Заключение: При поступлении больного с осложненным колоректальным раком в общехирургический стационар, диагностические мероприятия должен быть оптимальными и включать в себя общеклинические исследования, пальцевое исследование прямой кишки, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, при необходимости – с контрастным исследованием кишечного пассажа, ультразвуковое исследование живота, ректороманоскопию, фиброколоноскопию. Объем оперативного вмешательства зависит от вида осложнения и локализации опухолевого процесса, при этом, при отсутствии противопоказаний, целесообразно выполнение радикального оперативного вмешательства, независимо от уровня поражения толстой кишки.

Ключевые слова: колоректальный рак, кишечная непроходимость, резекция толстой кишки, колостома

---

64. Современная тактика хирургического лечения больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза в многопрофильном стационар

Балюра О.В., Суров Д.А., Еселевич Р.В., Агаханова М.Д., Румянцев В.Н., Исентемиров Р.Р.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, 194044, ул. Академика Лебедева д.6, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

Введение. По данным GLOBOCAN в 2020 году в мире выявлено 1?931?550 случаев колоректального рака, что занимает 3 место из всех установленных онкозаболеваний. Ежегодная смертность составила 935?177 случая и заняло 2 место среди всех онкозаболеваний в мире. По прогнозам ожидается, что к 2030 году смертность от колоректального рака увеличится на 27% и составит около 1,1 миллиона смертей в год. 23% пациентов поступает в экстренные стационары с различными осложнениями, самым частым из которых является острая обтурационная непроходимость.

Цель исследования – оценить эффективность разработанной лечебно-диагностической тактики, позволяющей улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материалы и методы. В исследование вошел 348 больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Все больные в зависимости от применявшейся лечебно-диагностической тактики были разделены на 3 группы. Стадирование осуществлялось с учетом тяжести состояния пациентов

и наличием сопутствующей патологии. Применявшаяся лечебно-диагностическая тактика основана на принципах ранней диагностики развившегося осложнения колоректального опухолевого процесса, объективной оценке его тяжести, а также тяжести состояния пациента (шкала MODS II), результаты которой определяли особенности внутристационарной маршрутизации пациентов. Критериями, позволяющими отнести пациента к 1 сортировочной группе, являлись: признаки распространенного перитонита, наличие множественной органной дисфункции, наличие более 8 баллов по шкале MODS II на фоне декомпенсированных нарушений толстокишечной проходимости. Лечебная тактика в отношении 1 группы (n=102) больных заключалась в кратковременной интенсивной терапии и предоперационной подготовке в течение 2 часов в условиях ОРИТ с последующим экстренным оперативным вмешательством. Во 2 группу (n=215) входили больные (с декомпенсированными нарушениями толстокишечной проходимости без признаков распространенного перитонита и множественной органной дисфункции, а также при отсутствии эффекта от экстренной эндоскопической реканализации опухолевого стеноза и декомпрессии толстой кишки и комплексной консервативной терапии. Больные данной группы после предоперационной подготовки в течение 4 часов оперировались в срочном порядке не позднее 6 часов от момента госпитализации в стационар. 3 группа (n=31) была представлена пациентами с субкомпенсированными нарушениями толстокишечной проходимости, без признаков распространенного перитонита и множественной органной дисфункции, в отношении которых комплексная консервативная терапия и/или эндоскопическая декомпрессия толстой кишки оказались эффективными. Больных 3 сортировочной группы дообследовали, осуществляли дооперационное стадирование опухолевого процесса и после тщательной предоперационной подготовки оперировали в отсроченном порядке в течение 7 суток. Базовыми элементами интраоперационной тактики являлись декомпрессия толстой и тонкой (по показаниям) кишок, отказ от пролонгированного дренирования ее просвета, создание условий для ранней энтеральной поддержки, минимизация количества дренажей в послеоперационном периоде. Основными задачами оперативного вмешательства являлись устранение жизнеугрожающих осложнений, соответствие требованиям онкологического радикализма и обеспечение высокого качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. Основыми требованиями к оперативной хирургии являлись: соответствие принципам эмбриональной обоснованности, ориентированность на получение качественного препарата (негативных крав резекции), обеспечение адекватного контроля за лимфогенными путями метастазирования.

Результаты. Послеоперационные осложнения развивались у 12% (n=41): у 8 пациентов I-IIIa степени и у 29 пациентов – IIIb-V степени по классификации Clavien-Dindo. Наибольшая частота осложнений зарегистрирована у пациентов первой и второй групп: 15 и 9 случаев, соответственно. В третьей группе пациентов зарегестрировано 8 послеоперацинных осложнений. Общая летальность составила 10,5% (n=36). Восстановление уровней показателей качества жизни до исходных на 30 сутки после выписки из стационара были зарегистрированы у 82% пациентов (n=285).

Выводы. Таким образом, разработанная лечебно-диагностическая тактика является эффективной в отношении пациентов, больных колоректальным раком, осложненным острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Требования к оперативному вмешательству позволяют обеспечить хорошие отдаленные результаты в отношении выживаемости и качества жизни данных пациентов.

Ключевые слова: острая обтурационная толстокишечная непроходиимость, колоректальный рак

---

65. Перспективы совершенствования хирургической обработки огнестрельных ран

Хрупкин ВИ, Савостьянов ВВ

Москва

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И М Сеченова

Во всех вооруженных конфликтах последних десятилетий легкораненые составляли более 50%.К сожалению при выплнении ПХО и лечении огнестрельных ран отмечалось большое число ошибок, что ухудшало исходы лечения раненых.При огнестрельных ранениях выделяют три зоны раневого канала.Наибольшие сложности отмечаются при определении и обработке зоны молекулярного сотрясения.Чаще всего применяют су бъективные признаки:цвет, сократимость и кровоточивость.В Государственном медицинском институте усовершенствования врачей МО РФ прведена программа изучения процессов формирования огнестрельных ранений.Был создан медицинский многофункциональный аппаратно-программный комплекс предназначенный для диагностики в ролевых условиях.В состав комплекса входит модуль хирурга, позволяющий определять жизнеспособность поврежденных тканей при огнестрельных ранениях.В основе его работы заложен метод тканевой пульсометрии, заключающийся в определении длительности и амплитуды пульсовой волны на участке исследуемой ткани. Разработано уравнение позволяющее вычилить коэффициент жизнеспособности.Метод опрабирован при ведении боевых действий на Северном Кавказе и позволил достоверно выявлять жизнеспособность тканей

и уменьшить уровень ампутации при минно-взрывных ранениях и оптимальную резекцию кишки.В настоящее время данные работы прекращены. В Институте проблем химической химии РАН проведены работы по обоснованию явления возникновения и развития механо-химических свободнорадикальных процессов поражения органов и тканей при действии боеприпасов стрелкового оружия (Шапошников ЮГ, Богданов ГН, Варфоломеев ВН,2002).Проведенные эксперименты покпзали, что применение антиоксидантов позволяет существенно затормозить развитие вторичного некроза при раневом процессе и ускорить заживление ран. Антиоксидант дибунол успешно применен при лечении огнестрельных ран. Наконец важнейшим фактором совершенствования качества проведения ПХО огнестрельных ран является подготовка по военно-полевой хирургии.В период проведения реформ эта система была во многом нарушена, особенно медицинских институтах.Восстановление этой системы является сложной, но необходимой задачей.

Ключевые слова: огнестрельная рана, патогенез раневого процесса, первичная хирургическая обработка

---

66. Особенности инкрустации мочеточниковых стентов у пациентов с кальций оксалатными и мочекислыми камнями

Пранович А.А., Борукаев А.Ю.

Москва

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

Актуальность: Инкрустация стента является одной из наиболее сложных проблем, которая может привести к трудностям при удалении стента, а обструкция просвета мочеточника может стать причиной почечной недостаточности. Несмотря на поиски различных способов устранения этой проблемы вопрос остается по-прежнему не решённым.

Материалы и методы: Представлены результаты исследования, проведенного с января по август 2022 г., куда было включено 60 пациентов с камнями мочеточника, и выполнялась контактная уретеролитотрипсия. Всем пациентам в завершении операции устанавливали мочеточниковые стенты 6,0 Ch. Пациенты с мочекислыми и кальций оксалатными камнями были рандомизированы в две группы: в первой группе (n = 20) пациентам назначался препарат Блемарен до удаления стента. В контрольной группе (n = 28) пациенты не получали дополнительной терапии. Для определения выраженности инкрустации мы применяли собственную классификацию, где рассчитывали процент литогенных отложений относительно просвета стента. Визуальную оценку и микроскопическое исследование удаленных стентов проводили на 30±4,1 и на 60±7,3 сутки.

Результаты: У пациентов основной и контрольной групп на 30 сутки после установки стента выраженность инкрустации была низкой (до 30%). Статистически значимых различий между группами выявлено не было (p = 0,421). Основные изменения по изучаемому признаку были обнаружены через 60 дней после установки стента. При микроскопии выявлены статистически значимые различия между основной и контрольной группами. У пациентов, не принимавших Блемарен микроскопические признаки инкрустации проксимального конца стента встречалась в 2,5 раза чаще по сравнению с основной группой (p=0,001).

Обсуждение: В нашем исследовании пропорция инкрустации солями увеличивалась по мере повышения длительности установки стента. Если через 30 дней микроскопические признаки инкрустации были у 3(10,7%) пациентов, то к 60 дню их количество в контрольной группе увеличилось более чем в 4 раза и составило 12(42,8%). Так же показано, что Блемарен обладает профилактическим эффектом в отношении инкрустации стентов у пациентов с кальций оксалатными и мочекислыми камнями, которым проводилась контактная уретеролитотрипсия с установкой стента.

Выводы: Как показывает наше исследование, пропорция инкрустированных стентов у пациентов с кальций оксалатными и мочекислыми камнями и не получавших Блемарен, значительно возрастает через 2 месяца. Таким образом, мы ставим вопрос о целесообразности дренирования мочевых путей катетер-стентом на период более 2 месяцев при отсутствии клинической необходимости или если не предприняты меры по снижению риска инкрустации.

Ключевые слова: Ключевые слова: мочекислые камни, кальций оксалатные камни, блемарен, камень мочеточника, инкрустация стента.

---

67. Хирургическое лечение и профилактика рефлюкс-эзофагита после проксимальной резекции желудка

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

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Введение. Проксимальная резекция желудка широко применяется в лечение экзофитных форм рака верхней трети желудка, некоторых доброкачественных заболеваний кардии и хирургической коррекции портальной гипертензии. Неоспоримым аргументом в пользу ее выполнения является сохранение дуоденального пассажа пищи, как известно, влияющего на деятельность всей пищеварительной системы. Высокие цифры несостоятельности швов пищеводно-желудочных анастомозов (33,4%), тяжелый рефлюкс-эзофагит (97,3%) и рубцовые стенозы соустья (25,8%) развивающиеся после проксимальной резекции, не позволяет признать функциональные результаты в стандартном ее исполнении удовлетворительными. Предложенные методики инвагинационных (клапанных) анастомозов лишь уменьшают процент несостоятельности в раннем периоде, не решая проблему послеоперационного рефлюкса. В 1955 году A. Merendino и D. Dillard после резекции кардии, располагали сегмент тощей кишки на сосудистой ножке между пищеводом и резецированным желудком с антирефлюксной целью. Однако предложенная методика практически не используется, тому подтверждения редкие экспериментальные работы зарубежных коллег без доказательности эффективности, присущие метаанализам, в основном из-за малого количества наблюдений. В отечественной литературе подобных исследований нет, что вызывает особый интерес, как в научном, так и в практическом отношении о роли и функции интерпонированного тощекишечного сегмента после проксимальной резекции желудка.

Цель. Изучить антирефлюксную функцию интерпонированного сегмента тощей кишки на сосудистой ножке после проксимальной резекции желудка.

Материалы. В период 2012-22 гг. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского выполнили 75 операций с интерпозицией сегмента тощей кишки между пищеводом и культей дистального отдела желудка, из них 66 (88,0%) – после субтотальной проксимальной резекции желудка, 8 (10,7%) – после резекции эзофагогастроанастомоза. Еще 1 (1,3%) пациентке выполнили транспозицию отводящей петли гастроэнтероанастомоза (малого желудка) в культю желудка после гастрошунтирования по Ру. Показаниями к операции у 61 (81,3%) пациентов явился рак верхней трети желудка, у 2 (2,7%) рецидив рака в зоне эзофагогастроанастомоза, и 12 (16,0%) больных были оперированы по поводу болезней оперированного желудка, из них 6 (50,0%) ранее перенесли проксимальную резекцию желудка по поводу рака, и 5 (41,7%) после неоднократных и неудачных антирефлюксных вмешательств, и 1 (8,3%) после гастрошунтирования по Ру. Средний возраст пациентов составил 63 года, мужчин было 48 (64,0%), женщин – 27 (36,0%). Все операции выполняли через лапаротомный доступ, формируя эзофагоеюноанастомоз трансхиатально, ни разу не столкнулись с дефицитом длины или натяжением сосудистой ножки тощекишечного сегмента. Лишь в 1 (1,3%) наблюдении после высокой резекции пищевода на уровне среднегрудного отдела, из-за распространенности онкологического процесса, выполнили торакотомию для формирования пищеводного соустья.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 6 (8,0%) больных зафиксирована несостоятельность эзофагоеюноанастомоза. Данные осложнения купированы путем адекватного дренирования под УЗИ-контролем. Летальный исход зафиксирован у 1 (1,3%) больного, причина которого – неокклюзионная мезентериальная ишемия, с некрозом кишечника на 2-ые сутки после операции. Оценку эффективности выполненных операций в отдаленном периоде провели на основании динамике питательного статуса, частоты патологических синдромов пищеварения, наличия поздник хирургических осложнений (пептической язвы, структуры анастомоза, перекрута и атонии кишечного сегмента, его некроза), данных фиброгастродуоденоскопии и рентгенографии с пероральным приемом бариевой взвеси. Эндоскопических признаков рефлюкса-эзофагита в исследуемой группе не выявлено, как и не отмечено наличие пептических изменений со стороны слизистой тощекишечной вставке и анастомозов. Рентгенологически анастомозы свободно проходимы, первая порция контраста сразу попадает в кишечный сегмент, откуда непрерывно небольшими порциями эвакуируется в культю желудка. После наполнения культи контраст депонируется в дистальной части кишечной вставки, а сохраненный привратник в дальнейшем обеспечивает порционную эвакуацию сульфата бария из дистальной части желудка в нижележащие отделы тонкой кишки. По мере продвижения контраста из культи желудка в двенадцатиперстную кишку, опорожняется кишечный сегмент. Наличие газового пузыря в культе желудка и отсутствие регургитации контрастной взвеси в положении Тренделенбурга, характеризует антирефлюксную функцию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Специфических хирургических осложнений со стороны интерпонированного тощекишечного сегмент в отдаленном периоде не отмечено, повторно нами оперировано 3 (4,0%) больных по поводу рецидива рака желудка.

Вывод. Интерпозиция сегмента тощей кишки после проксимальной резекции желудка, бесспорно, усложняет реконструктивный этап операции, но в тоже время надежно предотвращает гастро-эзофагеальный рефлюкс, являющийся основной причиной развития кишечной

метаплазии пищевода и пептических стриктур пищеводного соустья.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, проксимальная резекция желудка, еюногастропластика

---

68. Реконструктивно-пластическая хирургия пищевода и желудка с применением сегмента тощей кишки на сосудистой ножке

Ручкин Д.В., Козлов В.А.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Введение. Болезни оперированного пищевода и желудка давно приобрели нозоло-гическую самостоятельность, их частота составляет в среднем 40-60%, и тенденции к ее снижению по данным современной литературы не прослеживается. Желание избежать тяжелых нарушений пищеварения после операций на желудке и пищеводе – давнее стремление хирургов, свидетельством которого служат многочисленные исследования по созданию и поиску наиболее физиологических вариантов восстановления пищеварительного тракта после эзофагэктомии, гастрэктомии и резекции желудка. Степень восстановления функции пищеварения служит основным критерием эффективности и физиологичности применяемых способов пластического замещения пищевода и желудка. Использование тонкокишечного сегмента на сосудистой ножке после гастрэктомии или эзофагэктомии имеет многолетнюю историю. Однако широкое применение еюногастро – и еюноэзофагопластики ограничено по причине “технической сложности”. Существующие работы о различных вариантах использования тощекишечного сегмента при первичной и повторной реконструкции верхних отделов пищеварительного тракта до сих пор немногочисленны. Достоинства и недостатки этого пластического материала вызывают споры, а выводы различных клинических исследований противоречивы. Все это поддерживает особый интерес, как в научном, так и в практическом отношении к применению интерпонированного тощекишечного сегмента для полного или частичного замещения желудка и пищевода.

Цель. Разработать концепцию пластического применения сегмента тощей кишки на сосудистой ножке в реконструкции верхних отделов пищеварительного тракта.

Материалы. В период 2011-22 гг. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского выполнили 351 операцию с изоперистальтической еюногастропластикой (ЕГП). Показаниями к операции у 280 (79,7,4%) пациентов явился рак желудка, у 50 (14,2%) – болезни оперирован-ного желудка и у 11 – (3,1%) рак культи или рецидив рака желудка. Тотально заместили желудок сегментом тонкой кишки по типу ЕГП 233 (66,4%) больным, из них 219 после гастрэктомии, 14 – после экстирпации культи, и в 1 наблюдении – после резекции эзофа-гоеюноанастомоза. Операцию типа Merendino-Dillard выполнили 75 (21,4%) пациентам, из них 62 – после субтотальной проксимальной резекции желудка, 13 – после резекции эзофагогастроанастомоза. Интерпозицию сегмента тонкой кишки между культей желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) осуществили 14 (3,9%) пациентам после резекции гастроэнтероанастомоза и перерезекции культи желудка. Транспозицию отводящей петли в культю ДПК выполнили 15 (4,3%) пациентам, из них 12 – после гастрэктомии в петлевой реконструкцией и 3 – после резекции желудка по Гофмейстеру. Еще 10 (2,8%) пациентам сформировали комбинированный висцеральный трансплантат после эзофагэктомии, од-ним из фрагментов которого выступил сегмент тощей кишки на сосудистой ножке.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 37 (10,5%) больных. Несостоятельность пищеводно-тонкокишечного анастомоза диагностировали у 25 (7,1%) пациентов. Абсцесс поддиафрагмального пространства сформировался в 2 (0,3%) наблю-дениях. Все эти осложнения купировали путем адекватного дренирования под УЗ-контролем с вакуум-аспирацией. В раннем периоде 7 (1,9%) больным потребовалась рела-паротомия. У 1 больного после гастрэктомии развился венозный тромбоз тонкокишечной вставки, потребовавший ее удаления и повторной ЕГП. В 2 (0,3%) наблюдении показани-ем к релапаротомии явилась перфоративная язва ДПК, выполнили ее ушивание. Так же поводом для повторной операции по одному наблюдению послужили: кишечная непроходимость, эвентрация и поддиафрагмальная гематома. Зафиксирован один летальный исход у пациента после неоднократных релапаротомий по поводу послеоперационного панкреонекроза. Госпитальная летальность составила 5 (1,4%) больных. Отдаленные результаты по совокупности объективных клинических и функцио-нальных критериев можно признать благоприятными. Обнадеживающим является факт отсутствия в исследуемой группе больных с моторно-эвакуаторными нарушениями ин-терпонированного кишечного сегмента, требующими хирургической коррекции. Повтор-но оперировали 9 (2,6%) пациентов по поводу рецидива рака желудка.

Вывод. Сегмент тощей кишки на сосудистой ножке является самостоятельной ана-томо-функциональной единицей, способной решить, как оперативно-технические задачи реконструктивного этапа (восстановить дуоденальный пассаж пищи), так и частично за-местить утраченные функции удаленного, либо резецированного органа. Физиологическая концепция ЕГП, состоит в реализации ее основных принципов: – патогенетическая обоснованность в выборе варианта ЕГП (приоритет кла-

панной и резервуарной над стандартной); – изоперистальтическая направленность (предупреждает эвакуаторные нарушения и предотвращает ишемию сегмента); – алгоритм выбора питающего сосуда тонкокишечного трансплантата (3 пара кишечных сосудов, оставляя 2 и 4 в резерве); – минимальная достаточность (основной принцип повторной ЕГП, где холодный и взвешенный расчет должен остановить хирурга от ее выполнения в пользу любого другого варианта петлевой реконструкции).

Ключевые слова: сегмент тощей кишки на сосудистой ножке, гастрэктомия, резекция желудка, эзофагэктомия, болезни оперированного желудка

---

69. Лечение пациентов с минно-взрывными повреждениями проксимального отдела бедра в рамках специальной военной операции (СВО)

Ахмедов Б.Г., Чеботарев В.В.

Москва

НМИЦ Хирургии им. А.В. Вишневского

Актуальность. Масштабы специальной военной операции и роль медицинской службы, ставят множество вопросов по оказанию специализированной медицинской помощи на всех этапах. В ряду различных ранений, возникающих в военных конфликтах, минно-взрывная травма является одной из самых тяжелых. Однако, несмотря на имеющиеся успехи и накопленный опыт, в рамках различных вооруженных конфликтах, проблема травматологической помощи раненым, остается актуальной и недостаточно изученной. Боевые повреждения конечностей зачастую несут угрозу жизни пострадавшему, являясь клинической проблемой в военно-полевой хирургии и травматологии. В числе мероприятий «damage control» проводится борьба с шоком, стабилизация поврежденного сегмента аппаратом внешней фиксации. Касаемо перелома проксимального отдела бедра компановкой аппарата чаще всего выступает бедро-таз, что не позволяет в ранние сроки активизировать пациента, тем самым повышая риск осложнений. В силу анатомических особенностей проксимального отдела бедра, в частности действия приводящих и отводящих мышц происходит смещение проксимального фрагмента бедренной кости кнаружи и кпереди, тем самым увеличивается размер раны. В силу подвижности проксимального отломка возникает воспаление мягких тканей в области фиксаторов, а компановка бедро-таз причиняет дискомфорт пациенту и усложняет работу врачей. В настоящее время вопрос оптимизации и улучшения оказания медицинской помощи таким раненым крайне актуален. Нами разработан и внедрен в клиническую практику метод лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедра, заключающийся в перемонтаже аппарата внешней фиксации, с полисегментарной компановки на моносегментарную с многоплоскостным проведением стержней

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с минно-взрывными повреждениями проксимального отдела бедра в рамках специальной военной операции.

Материалы и методы. Нами проанализирован опыт лечения раненых с повреждениями проксимального отдела бедра при минно-взрывных ранениях у 16 пострадавших в 2023 году. На долю переломов проксимального отдела бедра, среди всех повреждений конечностей, приходилось 16 (17,2%) пострадавших. Всем пациентам на первом этапе, до поступления в госпиталь переломы проксимального отдела бедра стабилизировались аппаратами внешней фиксации в компановке бедро-таз. Оперативное лечение заключалось в выполнении репозиции перелома, и перемонтаже аппарата внешней фиксации в моносегментарную компановку с многоплоскостным введением стержней.

Результаты и обсуждение. Лечение раненых предложенным методом характеризовалось лучшей переносимостью пациентов данной компановки аппарата по сравнению с компановкой бедро-таз, доступом к брюшной полости и активизацией пациента в пределах кровати в первые дни после операции. При анализе результатов лечения предложенным методом, преимущества заложены в конструктивных особенностях: в проксимальный отломок вводилось не менее 2-х стержней, в дистальный отломок вводилось 3 стержня. Стержни вводились в разных плоскостях. Данное введение стержней обуславливало жесткость конструкции, стабильную фиксацию перелома и раннюю активизацию пациента, а так же облегчало доступ к абдоминальной области при смежных повреждениях, а меньшее количество графитовых стержней делает предложенный метод фиксации экономически более эффективным.

Заключение. Конструктивные особенности моносегментарной фиксации перелома проксимального отдела бедра с многоплоскостным введением стержней позволяет комфортнее пациентам переносить лечение, быстрее активизировать пациентов и делает более удобным доступ к абдоминальной области для работы хирургов. Таким образом применение предложенной компановки аппарата внешней фиксации с применением тактики «damage control» позволяет значимо улучшить результаты лечения раненых.

Ключевые слова: повреждение проксимального отдела бедра, минно-взрывные ранения, аппарат внешней фиксации

---

70. Особенности лечения раненых с повреждениями конечностей в рамках специальной военной операции

Ахмедов Б.Г., Чеботарев В.В.

Москва

НМИЦ Хирургии им. А.В. Вишневского

Актуальность. В настоящее время актуальность проблемы лечения военной травмы не вызывает сомнений. Непрерывное развитие и применение различных видов вооружения, ведущих к калечащим повреждениям, тяжести разрушения мягких тканей и костей, общим воздействием на организм раненого, приобретает особое значение. Вопросы оптимизации лечения раненых с повреждениями конечностей и скорейшее возвращение их в строй является приоритетной задачей. Совершенствование подходов к тактике лечение, эволюция металлофиксаторов, направлены на сохранение конечности и восстановление функции в максимально короткие сроки. Приоритетом в лечении раненых является купирование инфекционного процесса и щадящие отношение тканям организма. Реализация данной концепции осуществляется путем выполнения адекватной обработки зоны поражения, закрытия мягкотканного дефекта со стабилизацией перелома аппаратом внешней фиксации, малоинвазивным остеосинтезом пластинами с угловой стабильностью.

Цель: Улучшить результаты лечения раненых с повреждениями конечностей в рамках специальной военной операции.

Материалы и методы. Нами проанализирован опыт лечения раненых с переломами конечностей при боевой травме различной этиологии у 93 пострадавших в 2023 году. Структура травмы: перелом бедра 21, голени 17, верхней конечности 26, ампутации 29 у пациентов. Переломы дифференцировались по классификации AO/ASIF, мягкотканные повреждения по классификации Gustilo-Anderson. Стабилизация костных отломков на первом этапе проводилась: спице-кольцевыми аппаратами в 6 случаях, стержневыми аппаратами в 36 случаях, гипсовой иммобилизацией в 22 случаях, раны не ушивались. На втором этапе проводились ВХО ран, репозиция и стабилизация перелома, закрытие раны. Приоритетом в рамках хирургической обработки ран, являлось щадящее отношение к тканям. Лечение пациентов с множественными повреждениями проводилось в соответствии с концепцией «Damage Control». При множественных гнойных затеках, нарастающей интоксикации, прогрессированием инфекционного процесса при неэффективности этапных ВХО, пациентам выполнялась ампутация конечности по типу ПХО, с последующими этапными ВХО и формированием культей. Окончательная фиксация переломов проводилась с помощью перемонтажа стержневых аппаратов в одноплоскостные с полиаксиальным введением стержней, внеочагового остеосинтеза аппаратом Илизарова и погружного миниинвазивного остеосинтеза пластинами с угловой стабильностью.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения мы проводили по следующим критериям: ранние инфекционные осложнения, репозиция костных отломков, функциональные результаты (годность к дальнейшей военной службе). При костных дефектах мы выполняли секвестрнекрэктомию, укорочение кости в сочетании с методом частичного дистракционно-компресионного остеосинтеза в условиях спице-кольцевого аппарата. В рамках погружного остеосинтеза приоритетом являлось бережное отношение к тканям: щадящая открытая репозиция, с восстановлением оси, длинны, ротации, а так же время операции. При отсутствии клинических признаков инфекции выполнялся демонтаж стержневого аппарата с конверсией на малоинвазивный погружной остеосинтез, с ушиванием раны. При наличии инфекции, дефекта тканей, выполнялся перемонтаж стержневого аппарата, рана велась открыто, после формирования грануляций проводилась дерматотензия на аппарате внешней фиксации, с последующим ушиванием.

Заключение. Приоритетом в лечении раненых с огнестрельными и минно-взрывными переломами конечности является восстановление функции конечности и скорейшее восстановление раненых. Время операции, щадящее отношением к мягким тканям, надкостнице и стабильная фиксация, а так же минимально затраченное время на операцию, укрытие мягкотканного дефекта, являлись ведущими факторами успешного лечения.

Ключевые слова: повреждения конечностей, военная травма, погружной остеосинтез, переломы конечностей

---

71. Гендерные особенности критической ишемии нижних конечностей: у кого выше риск ранних послеоперационных осложнений?

Звягинцева А.Н., Волкова А.А., Иванов М.А.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Целью настоящего исследования явился анализ гендерных особенностей критической ишемии нижних конечностей и риска ранних послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 103 пациента: 65 мужчин и 39 женщин, прооперированные на стадии критической ишемии нижних конечностей. Всем пациентам выполнялись реконструктивные

вмешательства по поводу периферической артериальной болезни. Анализировались непосредственные (первые 30 суток после операции) результаты вмешательств – число тромбозов оперированного сегмента, положительный клинический результат, частота инфекционных осложнений, кровотечений и ампутаций, а также общее число осложнений и повторных операций.

Результаты. Мужчины, прооперированные на стадии критической ишемии, чаще женщин сталкивались с ранними послеоперационными осложнениями (53,8 vs 35,9% соответственно; p <0,05). Тромбоз оперированного сегмента (29,2% мужчин vs 15,4% женщин; p <0,05) наблюдались чаще у представителей мужского пола. Острое нарушение мозгового кровообращения у мужчин было зарегистрировано в 4,6% случаев, а у женщин в 2,6%. Послеоперационные кровотечения у мужчин также встречалось чаще, чем у женщин (12,3% vs 7,7% соответственно); инфекция области вмешательства регистрировалась в 10,8% случаев у мужчин, а у женщин – в 15,4%; ампутация конечности – в 15,4% случаев у оперированных мужчин и в 7,7% – у женщин).

Выводы. Результаты реконструкций хуже у представителей мужского пола, что требует требует тщательного анализа оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства, а также выполненных хирургических операций.

Ключевые слова: критическая ишемия, периферический атеросклероз, послеоперационные осложнения

---

72. Эндоваскулярное лечение критической ишемии нижних конечностей у пациентов с диабетической стопой

Джуракулов Ш.Р., Майтесян Д.А., Горюнов С.В., Ташлиев К.В.

Москва

Городская клиническая больница №15 имени О.М. Филатова, Москва, Россия

Введение.По данным мировой литературыдоля облитерирующего атеросклероза аорты и артерий нижних конечностей составляет около 20% среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, это составляет 2-3% от общей численности населения.В России ежедневно выполняют около 15 ампутаций нижних конечностей на 100000 человек, причиной которых является окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей.

Цель.Оценить эффективность и безопасность эндоваскулярного лечения критической ишемии нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проанализированы результаты эндоваскулярного лечения критической ишемии нижних конечностей более чем у 800 пациентов с сахарным диабетом, в их числе 201 пациентс COVID-19-ассоциированной пневмонией. Которые находились на лечении в городской клинической больнице №15 им. О.М. Филатова в период с июня 2019 г. по январь 2023 г.Средний возраст пациентов составил 72,3±3,6 лет. Полученные результаты. Непосредственный ангиографический успех былдостигнут в 93% случаях. Обширные постпункционные гематомы были зафиксированы у 8пациентов (1%).Повторные операции по поводу тромбоза артерий нижних конечностей в раннем послеоперационном периодебыли выполнены в 2,5%: у 4пациентов (2%) по поводу тромбоза берцовых артерий после баллоннойангиопластики и у одного пациента из-за тромбоза ранее имплантированного стента.Большие ампутации были выполненыу 35человек (это те, пациенты, у которых после первичного вмешательства не был достигнут ангиографический успех. Малые ампутации былисделаны в 70случаях: в 40 случаях это была ампутация пальцев, в 30 случаях – стопы по Шопару. Летальный исход на госпитальном этапе был зафиксирован у 12% пациентов. Так же получены сравнительные данные в выживаемости, отдаленными и непосредственными результатами в группах пациентов получивших эндоваскулярное лечение по поводу критической ишемии с диабетической стопой сподтвержденнымCOVIDи группой без коронавирусной патологии.

Выводы.Эндоваскулярные методы лечения при критической ишемии нижних конечностей у пациентов с критической ишемией и диабетической стопой при COVID-19 могут и должны рассматриваться в качестве операции выбора.

Ключевые слова: критической ишемии нижних конечностей у пациентов с диабетической стопой.

---

73. Результаты эндоваскулярной тромбоаспирации и тромбэктомии при периферических тромбозах подколенно-голеностопного сегмента на фоне COVID-19 (SARS-CoV-2)

Джуракулов Ш.Р., Майтисян Д.А., Шукуров И.Х.

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 имени О.М. Филатова ДЗМ»

Актуальность. Проблема хирургического лечения острого тромбоза артерий подколенно-голеностопного сегмента весьма актуальна в период пандемии COVID-19. Однако рост числа неблагоприятных артериальных событии? отмечается также в случаях асимптомных или легких форм инфекции SARS-CoV-2. Особое внимание стало уделяться эндоваскулярным методикам ввиду их малой травматичности. Нами представлен клинический случай успешного выполнения ретроградно ассистированной катетерной тромбоаспирации из артерий голени при острой ишемии.

Цель. Анализ результатов эндоваскулярной тромбоаспирации и тромбэктомии из подколенно? артерии (ПКА) и артерии голени у пациентов с острым тромбозом на фоне новои? коронавирусно? инфекции (COVID-19)

Материалы и методы исследования. В отделение рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения (РЭДиЛ)в городской клинической больнице №15 им. О.М. Филатова в период с октября 2021г, по декабря 2022г. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа (59 пациентов) состояла из лиц, у которых первое вмешательство было эндоваскулярным, а второе или все последующие операции могли быть открытыми или же снова эндоваскулярными. Во вторую группу (42 пациента) были включены пациенты, у которых методом лечения первого выбора были открытая тромбэктомия, эндоваскулярное вмешательство могло выполняться во вторую очередь в случае возникновения ретромбоза. Среди обследованных пациентов было 89 мужчин (88,2%) и 22 женщины (21,8%). Возраст больных варьировал от 47 лет до 91 года, средний возраст в группе эндоваскулярного лечения составил 73,7±8,3 года, а в группе открытой хирургии – 71,8±9,6 года. Более половины пациентов в каждой из групп были в возрасте от 60 до 74 лет. В трудоспособном возрасте находились 24 пациента, что составило 23,7%. Общее соотношение пациентов мужского пола к пациентам женского пола в обеих группах составило приблизительно 5:1

Результаты. В общей сложности, у 101 пациента было выполнено 102 эндоваскулярных вмешательства и 85 открытых операций. Ограничиться лишь одним эндоваскулярным вмешательством удалось у 32 (54,2%) человек. Отсутствие ретромбозов после первичного вмешательства – открытой тромбэктомии – было зафиксировано у 24 (57,1%) человек. Таким образом, в двух группах доли пациентов, у которых была выполнена только одна операция (первичное вмешательство), были схожи и достоверно не различались (p>0,05). У 45 (44,1%) пациентов (27 (45,7%) в группе эндоваскулярного лечения и 18 (42,9%) в группе открытой тромбэктомии) было проведено более одного вмешательства, т.е. выполнялись различные повторные операции, в том числе эндоваскулярные (53 операции – от одной до четырех повторных операций) и открытые (43 операции – от одной до четырех повторных операций). В группе пациентов с ретромбозами поражение легочной ткани, соответствовавшее критериям «КТ3» и «КТ4» было зафиксировано у 63,6% пациентов, тогда как в группе лиц без ретромбозов – лишь у 25%. Ампутация нижних конечностей была выполнена у 6 (16,2%) пациентов. У 14 пациентов (37,8%) был зафиксирован летальный исход. При оценке отдаленных результатов также было отмечено, что при первичном эндоваскулярным лечении частота ампутаций нижних конечностей ниже.

Выводы. Катетерная тромбоаспирация при острых окклюзиях подколенной артерии и артерии голени, начинает активно внедряться в клиническую практику, и более детальное изучение ее применения в эру пандемии COVID-19 приобретает особую актуальность. Ключевые слова. Острая ишемия, подколенно-голеностопный сегмент, тромбоаспирация и тромбэктомия, COVID-19 (SARS-CoV-2)

Ключевые слова: тромбоаспирации и тромбэктомии при периферических тромбозах подколенно-голеностопного сегмента

---

74. Виды флотирующих тромбов в общей бедренной вене и их эмбологенность

Бебуришвили А.Г. (1), Шаталов А.В. (1), Любимов М.А. (2), Рязанова И.И. (2), Кандыбина И.Г. (1), Строганова Е.П. (1,2), Рясков Л.А. (1,2)

Волгоград

ВолгГМУ (1),
ГУЗ КБСМП №7 (2)

Актуальность. Профилактика тромбоэмболических осложнений в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем.

Цель. Определение эмбологенности различных видов флотирующих тромбов в общей бедренной вене (ОБВ).

Материалы и методы. За период с 2012 по 2022г. в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ обследовано и

оперировано 105 больных с флотирующими тромбами общей бедренной (ОБВ)- 91(86,7%) больной и наружной подвздошной венами 14 (13,3%) больных. Все больные разделены на две группы, а каждая группа на две подгруппы: 1группа с сохранённым кровоток по бедренной вене -26 (24,8%) пациентов: 1а – флотирующая верхушка из устья сафено-феморального соустья 23 (21,9%) больных, 1б – и глубокой вены бедра -3 (2,9%) больных. 2 группа – с тромбозом бедренной вены с флотирующей верхушкой 79 (75,2%) (больных: 2а) до впадения БПВ -27 (34,2%) больных и 2б) проксимальнее впадения БПВ 52 (65,8%) пациента. Критерии исключения: флотирующие тромбы (ФТ) в общей подвздошной и нижней полой венах, ПТФБ, тромбы длиной до 4см. Применялась активная хирургическая тактика. Всем больным выполнено цветное дуплексное сканирование (ЦДС) с функциональными пробами на сканерах «ESAOTE S.p.A» Италия и GE LOGIQ P9 9 (США) и операция тромбэктомия. Ультразвуковыми критериями эмбологенного тромба являлись: флотирующий тромб, не фиксированный к стенкам вены, имеющий неровный контур; анэхогенную или гетерогенную структуру с анэхогенным контуром, его осевая компрессия и высокая подвижность. Степень подвижности тромбов оценивалась как незначительная, умеренная и выраженная. Полученные результаты. Расстояние между ГВБ и СФС~ 4см. При длине флотирующей верхушки в 3 см выше впадения БПВ и изъеденной поверхности (характер внешнего контура – неровный гипо- и изоэхогенный) в 51 (48,6%) случаях выявлено вытягивание и небольшая закрутка всего флотирующего тромба. ФТ из ГВБ червячного типа флотировал при спонтанном дыхании. Тромбэктомия из ОБВ с кроссэктомией произведена в 26 случаях. Все больные 1 группы являлись эмбологенными независимо от длины -24,8%. Среди больных 2 группы количество ФТ в ОБВ до 7см – 17 пациентов (16,2%). ФТ в ОБВ до впадения БПВ не эмболоопасный – 34,2%. Общая эмбологенность составила 58,1%.

Обсуждение. Показано, что длина тромба, определённая при УЗАС в НарПВ, не может быть критерием эмбологенности из-за большой ошибки. Для сцепления поверхности верхушки с потоком крови 3 см достаточно, чтобы закручивать и одновременно вытягивать ФТ. Это связано с повторным увеличением скорости в ОБВ. Чем больше диаметр тромба в этом месте, тем больше скорость потока крови вокруг его. 3) в покое и при одновременном тромбозе подколенной вены кровоток по ГВБ снижен и не участвует в закручивании флотирующей верхушки.

Выводы и рекомендации. 1) Не все флотирующие тромбы в ОБВ являются эмбологенными.2) Наиболее эмболоопасными являются флотирующие тромбы с двойным гемодинамическим действием на тромб при длине флотирующей верхушки 7см и более с закруткой кровотока вокруг её. 3) Флотирующие тромбы из БПВ и ГВБ находясь под действием интенсивного потока крови из БВ имеют выраженную флотацию, менее склонны к фиксации и требуют операции по их удалению.

Ключевые слова: флотирующий тромб, общая бедренная вена, эмбологенность

---

75. Гемодинамические ультразвуковые критерии эмбологенных флеботромбозов нижних конечностей

Бебуришвили А.Г. (1), Шаталов А.В. (1), Любимов М.А. (2), Рязанова И.И. (2)

Волгоград

ВолгГМУ (1),
ГУЗ КБСМП №7 (2)

Цель. Установление и расширение гемодинамических критериев эмбологенных флеботромбозов нижних конечностей. Новые свойства эмбологенных тромбов.

Материалы и методы. На кафедре факультетской хирургии ВолгГМУ за последние 10 лет исследованы 110 пациентов с флотирующими тромбами нижних конечностей. В исследование были включены пациенты в возрасте от 26 до 81 года (средний возраст 54,5±4.8 года); 62,1% составили женщины, 37,9% – мужчины. Ультрасонографическая диагностика и эхоскопический мониторинг проводились на сканерах Megas (Esaote S.p.A., Италия), LOGIQ P9 (GE HC, США) в поперечном и продольном сечениях с использованием проб. Всем выполнено цветное дуплексное сканирование. Критерии исключения: флотирующие тромбы в общей подвздошной и нижней полой венах, ТЭЛА, ПТФБ, острый варикотромбофлебит бедра. Степень подвижности флотирующего тромба (ФТ) определяли в продольной и поперечной плоскостях как: высокую, среднюю и низкую в положениях лёжа и стоя с подъёмом на носки. К гемодинамическим факторам изначально отнесены:1- поперечная, радиальная флотация и её степень; 2- реакция на пробы: компрессионная и с натуживанием, проба Вальсальвы.

Результаты. Выявлен ряд новых гемодинамических признаков: 1- продольная, осевая флотация верхушки тромба; 2) истинная и «ложная флотация», 3) степень её подвижности: спонтанное колебание, симптом «горба». симптом «пружины»); 4) наличие «камеры тромбообразования» с циркулярным потоком крови вокруг тромба в режиме ЦДК при продольном сканировании с образованием цветных кольцевидных структур; 5)- вторичное увеличение скорости в зоне флотации верхушки тромба; 6) факторы, изменяющие поток крови: наличие сужений вены (сопло Вентури в сосудистой лакуне) с увеличением скорости потока, искривление вены (угол впадения притоков, угол между ОБВ и наружной подвздошной веной с возникновением вторичных циркуляций, увеличение площади её сечения при флебогипертензии; 7)- зона

расположения верхушки в местах высокой подвижности (суставы); 7)- возможность формирования градиента давления в этой области; 8) симптом «слоистого пирога» в подколенной вене при тромбозе ЗБББВ. Установлено, что осевая флотация уменьшается в дистальном направлении и её практически нет после двух остиальных клапанов в бедренной вене. Наклонно-тангенциальный, винтовой поток вокруг флотирующей верхушки обнаружен выше впадения БПВ у 64 больных (58,2%).

Обсуждение. Главное не длина флотирующей верхушки, а резкое изменение гемодинамики проксимальнее впадения БПВ вокруг флотирующей части тромба. Закрученный поток и его скорость в сегменте от впадения БПВ до сосудистой лакуны усиливается повторно в связи: 1) с увеличением скорости потока крови в БПВ в 5-6 раз (компенсаторный механизм) при окклюзии БВ и 2) с уменьшением площади поперечного сечения общей бедренной вены за счёт сечения флотирующего тромба. Увеличиваются и градиенты давлений и радиально и по оси. Далее скорость увеличивается в сосудистой лакуне (сопло Вентури). Провисание ОБВ при физической нагрузке увеличивает угол впадения БПВ в ОБВ, что оптимизирует закрутку кровотока.

Выводы и рекомендации. Разделение ультразвуковых признаков флотирующих тромбов в венах на структурные и гемодинамические наиболее важно с точки зрения разработки патогенеза развития флотирующих тромбов, определения их эмбологенности и тактики лечения. Наличие винтового потока в определённых зонах венозной системы, вокруг ФТ и его диагностика расширяет спектр гемодинамических критериев эмбологенных флеботромбозов.

Ключевые слова: Гемодинамика, флотирующие тромбы в венах, винтовой поток

---

76. Высокотехнологичные методы лечения при профузном кровотечение у пациентов с осложнениями цирроза печени

Джуракулов Ш.Р., Ступин В.А., Аносов В.Д., Хоконов М.А., Крючков Г.И., Шмаков А.Ф.

Москва

Городская Клиническая Больница №15 им. О.М. Филатова, Москва

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 не эффективным и требует повторных эндоскопических вмешательств, с последующей летальностью до 80%. Открытые хирургические вмешательства в настоящее время противопоказаны при остром варикозном кровотечении. Трансъюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование является малоинвазивной альтернативой открытого хирургического вмешательства и может быть выполнено на высоте кровотечения.

Материалы и методы. Всего с 2019 по 2023 год трансъюгулярное порто-системное шунтирование было проведено 38 пациентам в возрасте от 28 до 80 лет (20 мужчин и 18 женщин; средний возраст 52,9) с циррозом печени и острым рефрактерным варикозным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и прямой кишки. Во всех случаях диагноз цирроза печени устанавливался на основании клинических и лабораторных данных. Среднее баллы тяжести цирроза по Child-Pugh, составили 8,25 баллов, что соответствует классу В. Оценивали технический успех, осложнения и рецидивы кровотечения. Все исследования проводились на базе 15 ГКБ им.Филатова, г.Москва. Все операции проводились на ангиографе Artiz Zeego. Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Excel. Полученные результаты. У 38 человек было зафиксировано острое профузное кровотечение из вен пищевода/желудка или нижнего этажа ЖКТ, что составляет 100%. Среди поступивших рецидив кровотечения у 26 человек (70%) и впервые возникшее кровотечение у 12 человек (30%). Вирусный гепатит С в анамнезе был выявлен у 6 человек (15%), алиментарный гепатит – у 8 (20%), гепатит В у 2 пациентов (5%), токсический гепатит у 5% (2 человек), сочетанный гепатит (гепатит С сочетании с алиментарным) наблюдался у 9 пациентов (25%), неуточненный гепатит у 11 пациентов (30%). Среднее значение оценки тяжести по классификации тяжести цирроза Child-Pugh, составили 8,25 баллов, из которых: Child-Pugh A – 2 (5%), Child-Pugh B – 25 (65%), Child-Pugh C – 4 (10%) и Child-Pugh B/C – 7 (20%). Основными клиническими проявлениями цирроза печени были: кровотечение из варикозно-расширенных вен у 36 человек (95%), асцит у 26 человек (70%), спленомегалия у 23 человек (60%), гидроторакс у 13 человек (35%), энцефалопатия наблюдалась у 11 человек (30%), гидроперикард и гепаторенальный синдром по 1 человеку соответственно (5%). За данный период 21 пациентам была выполнена операция ТИПС (трансъюгулярное портокавальное шунтирование) без эмболизации (55%) и у 17-и пациентов была проведена ТИПС в сочетании с эмболизацией (45%). На высоте кровотечения операция ТИПС была проведена у 38 человек (100%). Рецидивы кровотечения были выявлены у 5 пациентов (15%), летальный исход у 10 пациентов (26%), выписка с улучшением у 28 пациентов (74%).

Обсуждение. Полученные нами результаты в целом совпадают с данными зарубежных метаанализов. Особенностью нашей работы было не только проведение пациентам ТИПС на высоте кровотечения, но и оценка результатов у пациентов с комбинированной техникой ТИПС в сочетании с эмболизацией, а также опре-

деление ангиографических критериев для проведения эмболизации. По нашим данным, пациентам, которым проводилось ТИПС с эмболизацией не имели рецидивов кровотечения в течение 3 месяцев наблюдений. Ангиографическими критериями эмболизации являются варикозно-расширенные вены пищевода более 5 мм в диаметре. Полученные данные требуют изучения отдаленных результатов с включением оценки смертности. Процедура ТИПС является жизненно важной операцией у пациентов при неэффективности консервативного и эндоскопического лечения

Выводы и рекомендации. Создание порто-системного шунта является малоинвазивной, малотравматичной и высокотехнологичной операцией у пациентов как на высоте кровотечения, так и в отсроченном периоде. Трансъюгулярный порто-кавальный шунт в сочетании с эмболизацией является эффективным методом остановки кровотечения и профилактики рецидивов кровотечения у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени.

Ключевые слова: Портальная гипертензия, операция порто-кавальный анастомоз

---

77. Превентивное стентирование панкреатического протока в комплексной профилактике острого постманипуляционного панкреатита после транспапиллярных вмешательств.

Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Михайличенко Г.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский университет

Актуальность. Острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) является одним из осложнений эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК) при лечении больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной области. Это частое и тяжелое, а иногда и фатальное осложнение. По данным ряда авторов, его частота достигает 16,5%. Вопрос выбора метода профилактики ОПМП до настоящего времени является предметом дискуссий. Одним из наиболее эффективных методов профилактики ОПМП является стентирование панкреатического протока, которое рекомендуют выполнять у пациентов с высоким риском развития данного вида осложнения и наличии предполагающих факторов развития ОПМП.

Цель: оценить эффективность превентивного стентирования панкреатического протока в профилактике острого постманипуляционного панкреатита после транспапиллярных вмешательств.

Материалы и методы: на базе ГКБ СМП №25 г период с сентября 2022 по февраль 2023 гг 139 пациентам были выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательств по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны. Все пациенты поступили в многопрофильный стационар в срочном порядке. После комплексного обследования, включающее магнитно-резонасную холангиопанкреатикографию, компьютерную томографию и ряд лабораторных исследований, пациентам были выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательства в различном объеме. Пациенты разделены на две группы: основная, которая составила 67 (48,2%) пациентов, которым выполнялось превентивное стентирование панкреатического протока. Вторая группа – 72 (51,8%) пациентов, стентирование данной категории пациентов не выполняли. Исключение составили пациенты, которые поступили с явлениями острого панкреатита.

Результаты и обсуждения: Всем пациентам основной группы в предоперационном периоде и во время транспапиллярного вмешательства проводилась оценка факторов риска развития ОПМП (женский пол, молодой возраст, «трудная» канюляция, попадание контрастного вещества в панкреатический проток). Учитывая наличие двух и более факторов риска, пациентам выполнялось превентивное стентирование панкреатического протока полиуретановыми стентами диаметром 5 Fr длиной 45 – 50 мм. Пациентам второй группы превентивное стентирование панкреатического протока не выполняли. ОПМП в основной группе диагностировали у 3 (4,5%) пациентов, в контрольной группе – у 8 (11,1%). Развившийся ОПМП у всех пациентов купирован консервативной терапией. Летальных исходов не было.

Выводы: Превентивное стентирование панкреатического протока при транспапиллярных вмешательствах позволяет снизить частоту возникновения ОПМП до 4,5%.

Ключевые слова: Острый постманипуляционный панкреатит, транспапиллярное вмешательство, стентирование панкреатического протока

---

78. Ускоренное восстановления (ERAS) в неотложной онкологии: наш опыт хирургического лечения больных геронтологического профиля с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза

Сизоненко Н.А. (1), Суров Д.А. (1), Демко А.Е. (1,2), Балюра О.В. (1), Логинов В.А. (1)

Санкт-Петербург

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

Введение. В настоящее время растет интерес к применению концепции ускоренного восстановления после операций (ERAS) в неотложной абдоминальной гериатрической хирургии.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов применения ERAS в экстренном хирургическом лечении пациентов пожилого и старческого возраста с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 64 пациента с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, включенных случайным порядком основную и контрольную группы (33 и 31 человек, соответственно). В лечении больных основной группы использовалась адаптированная программа ERAS. Отдельно оценивали «индекс слабости» пациентов, используя mFI-5 (5-Factors Modified Frailty Index, S.Subramaniam et al, 2018). В качестве критериев сравнительной оценки изучали: интенсивность болевого синдрома, восстановление моторной и эвакуаторной функций ЖКТ (сроки появления шумов кишечной перистальтики), количество послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo, 2004; CCI-индекс, 2013), длительность послеоперационного периода, летальность. Группы пациентов были сопоставимы по основным показателям (пол, возраст, локализация опухоли), в том числе по значению mFI-5.

Результаты. Группа ERAS: Начиная со вторых суток послеоперационного периода, отмечено снижение болевого синдрома менее 4 баллов по RAS, отсутствовала потребность в применении опиоидных анальгетиков. Появление шумов кишечной перистальтики в первые сутки послеоперационного периода отмечено у 25 больных (75,7%). У 4 (12,1%) больных выявлено 7 послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo I-IIIa – 4, IIIb-IV – 3). По CCI-индекс сумма осложнений составила 197,4 баллов. Летальность 9,1% (n=3). Контрольная группа: У 9 больных (29%) потребовалось хотя бы однократное введение наркотического анальгетика. Появление шумов кишечной перистальтики в первые сутки послеоперационного периода отмечено у 14 больных (45,1%). У 8 (25,8%) пациентов зарегистрировано 15 послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo I-IIIa – 8, IIIb-IV – 7). По CCI-индекс сумма осложнений составила 386,7 баллов. Летальность 16,1% (n=5). Отмечено снижение длительности послеоперационного периода в среднем с 14 до 9 суток в группах сравнения. В группе ERAS у 8 больных (24,2%) с mFI-5 ? 3 не отмечалось развитие послеоперационных осложнений, в контрольной группе тяжелые послеоперационные осложнения наблюдались закономерно с высоким mFI-5.

Выводы. Оригинальная программа ERAS является безопасным и эффективным путем улучшения непосредственных результатов в экстренной хирургии осложненного колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста, в том числе с отягощённым преморбидным фоном.

Ключевые слова: Ускоренное восстановление, ERAS, толстокишечная непроходимость, рак ободочной кишки

---

79. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в диагностике и лечении осложненного холедохолитиаза.

Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Михайличенко Г.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский университет

Актуальность. На современном этапе эндоскопические транспапиллярные вмешательства представляют комплекс диагностических (дуоденоскопия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией – ЭРХПГ) и лечебных (эндоскопическая папиллосфинктеротомия – ЭПСТ и др.) манипуляций с широким спектром. В 90 – 97% удается установить точный диагноз во время ЭРХПГ. Эффективность метода в лечении больных с осложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ) составляет 70 – 97%. После традиционных хирургических методов лечения холедохолитиаза наблюдается много осложнений в послеоперационном периоде (8 – 37%) и высокая летальность (3,5 – 28%). Поэтому, в настоящее время не вызывает сомнения превосходство миниинвазивной методики декомпрессии желчевыводящих протоков (ЖВП) перед общехирургическими операциями при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой и холангитом.

Цель: обосновать эффективность применения эндоскопических транспапиллярных вмешательств в диагностике и лечении пациентов с осложненным холедохолитиазом.

Материалы и методы: на базе ГКБ СМП №25 г период с сентября 2022 по февраль 2023 гг 118 пациентам были выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательств по поводу, осложненного в 82 (69,5%) случаях механической желтухой и в 36 (30,5%) случаях в сочетании с гнойным холангитом. Все пациенты поступили в многопрофильный стационар в экстренном порядке. В анализах крови отмечено повышение общего билирубина от 42 до 390 мкмоль/л. В течении 24-48 часов с момента поступления, пациентам выполнены инструментальные (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, магнитно-резонансная холангиопанкреатикография, видеогастроскопия) и лабораторные (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, коагулограмма, мочевина, креатинин, сахар, коагулограмма), определение лейкоцитарного индекса интоксикации) обследования. Всем пациентам были выполнены одномоментные или двухэтапные эндоскопические транспапиллярные вмешательства после предоперационной подготовки

Результаты и обсуждения: Всем пациентам выполнили эндоскопическое транспапиллярное вмешательство с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). У 63 (76,8%) пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой выполнено одноэтапное вмешательство с литоэкстракцией (в 17 (27%) случаях с применением механической литотрипсии). У 19 (23,2%) выполнили двухэтапное вмешательство, в связи с множественным холедохолитиазом и тяжестью состояния пациентов. Первым этапом в данной категории пациентов выполнили ЭПСТ с частичной литоэкстракцией и последующим дренированием желчевыводящих протоков (назобилиарное дренирование, стентирование пластиковым стентом). Вторым этапом, после стабилизации состояния пациентов и купирования явлений механической желтухи выполнили литоэкстракцию с санацией желчевыводящих протоков. Пациентам же с холедохолитиазом, осложненным гнойным холангитом во всех случаях выполнено эндоскопическое транспапиллярное вмешательство с ЭПСТ, литоэкстракцией, с последующим назобилиарным дренированием или установкой пластикового стента с целью санации желчевыводящих путей.

Выводы: Таким образом, эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются в настоящее время является методом выбора в лечении пациентов с осложненным холедохолитиазом. Этапность выполнения данной методики позволяет минимизировать количество осложнений у тяжелых пациентов с осложненным холедохолитиазом и подготовить пациентов к плановому оперативному лечению с минимальным риском осложнений для пациентов.

Ключевые слова: Холедохолитиаз, гнойный холангит, эндоскопическое транспапиллярное вмешательства

---

80. К вопросу о хирургической тактике лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Абдурзаков М-С.А-С., Медоев В.В., Калицова М.В., Халлаев Р.А., Миндзаева Е.Г.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии представляет собой серьезную проблему ургентной хирургии и онкологии, которая все еще далека от своего решения. Показатели послеоперационных осложнений и летальных исходов достигают 23-77,6% и 11,9-27% соответственно. Требует дальнейшего уточнения и совершенствования хирургическая тактика у данной категории пациентов.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материалы и методы. В исследование было включено 568 пациентов, которые были госпитализированы в экстренном порядке с признаками острой обтурационной толстокишечной непроходимости. У всех этих больных нами был использован разработанный в клинике лечебно-диагностический алгоритм. Из 568 больных 407 (71,7%) пациентов были старше 60 лет.

Результаты. У 174 (30,6%) больных после проведения декомпрессионной и корригирующей терапии была выставлена I стадия острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки. Все эти больные были оперированы в отсроченном порядке после купирования непроходимости спустя 7-12 дней, за исключением больных которым проводилась неоадъювантная лучевая или химиолучевая терапия. У 166 (95,4%) пациентов были выполнены радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства с формированием первичного анастомоза, еще у 8 (4,6%) больных постоянные стомы из минидоступа. У 197 (34,9%) больных была выставлена II стадия непроходимости, у 139 (24,5%) – III стадия. У 44 (13,1%) больных со II и III стадиями непроходимости была успешно проведена эндоскопическая реканализация, в связи с чем эти больные были оперированы в один этап в отсроченном порядке. Оставшиеся 170 больных со II стадией были оперированы в течение 24 часов, а 122 пациента с III стадией в течение 12 часов. Всем больным на первом этапе были сформированы проксимальные трансверзо или илеостомы из минидоступа. В последующем спустя 7-12 дней после разрешения непроходимости больным выполнялись радикальные или циторедуктивные вмешательства с формированием анастомозов и сохранением проксимальных стом, пациентам с опухолями прямой кишки – неоадъювантное лечение с после-

дующим оперативным вмешательством. У 58 (10,2%) больных при поступлении была выставлена IV стадия кишечной непроходимости, всем им были выполнены операции в экстренном порядке после короткой предоперационной подготовки. Из них у 48 больных были выполнены различные резекции толстой кишки с формированием стом, а у 10 больных с распространённым опухолевым процессом – постоянные колостомы. Третий реконструктивный этап у больных с временными декомпрессионными стомами проводился спустя 2-3 месяца. После всех этапов лечения умерло 29 (5,1%) больных, различные послеоперационные осложнения были выявлены у 102 (17,9%) пациентов. Неоадъюватная лучевая и химиолучевая терапия была проведена у 33 больных, внутрибрюшная и внутритазовая у 122, послеоперационная системная химиотерапия – у 456 больных.

Заключение. Разработанная и используемая в клинике хирургическая тактика позволяет улучшить результаты лечения больных с острым обтурационным нарушением проходимости толстой кишки и дает возможность осуществлять комбинированные и комплексные методы лечения аналогично плановой хирургии и онкологии.

Ключевые слова: Острая кишечная непроходимость, рак толстой кишки, хирургическая тактика

---

81. Наш 30-летний опыт лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости

Тотиков В.З., Калицова М.В., Тотиков З.В., Медоев В.В., Халлаев Р.А.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) достигает 93% от всех видов механической неопухолевой непроходимости. Летальность составляет от 8 до 30%, послеоперационные осложнения до 40%.

Материалы и методы В основе исследования результаты комплексного обследования 3080 пациентов хирургических отделений РКБ СМП г. Владикавказа, разделенных на две репрезентативные группы: контрольную – 152 пациента (1988-1995 гг.), и основную – 2928 пациентов (1996-2019 гг.). Полученные результаты и обсуждение. Проведен анализ результатов контрольной группы. В послеоперационном периоде осложнения развились у 58 больных, летальные исходы у 28 пациентов. Тактика не была единой. У 94 пациентов – тактика агрессивно хирургическая, они оперированы в течение 2-3 часов, после короткой предоперационной подготовки.

Результаты худшие, умерло 18 больных. У 58 больных – тактика пассивно выжидательная, попытка декомпрессионной терапии. Результаты лучше, умерло 10 (из-за отсутствия критериев длительности и эффективности терапии, оперативные вмешательства задержаны). Изучена динамика развития ОСКН на фоне декомпрессионной терапии у 58 больных контрольной и 2890 пациентов основной групп. В связи с выявленными особенностями течения ОСКН на фоне декомпрессионной терапии была разработана новая классификация и лечебно –диагностический алгоритм, которые были использованы у 2928 больных основной группы. У 2470 (84,3%) больных выявлена 1 стадия нарушения проходимости тонкой кишки, т.е. у всех 2470 пациентов в течение 6-7 часов было спрогнозировано полное разрешение спаечной кишечной непроходимости, в связи с чем проводилась декомпрессионная терапия до полного разрешения непроходимости. У 242 (8,3%) пациентов в течение 6-7 часов на основе предложенной диагностической программы выставлена 2 стадия нарушения проходимости тонкой кишки (т.е. непроходимость принимает волнообразное течение). Этим больным в течение 12 часов после корригирующей терапии выполнялись оперативные вмешательства. У 178 (6,1%) больных выявлена 3 стадия ОСКН. У этих больных прогнозировалось прогрессирование клинических и рентгенологических проявлений кишечной непроходимости и ухудшение метаболических нарушений, в связи с чем, предоперационная подготовка ограничивалась 6 часами. У 38 (1,3%) пациентов при поступлении установлена IV стадия, то есть на фоне ОСКН имелись клинические проявления перитонита, в связи с чем, больные были оперированы в течение 2-3 часов. Оперативный метод лечения применен у 458 (15,6%) пациентов. У пациентов основной группы в послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 124 (27,1%), у 38(8,3%) они привели к летальному исходу. Общая летальность в основной группе составила 1,3%.

Выводы. Разработанная тактика позволила снизить количество оперативных вмешательств с 88,2% до 15,6%, послеоперационных осложнений с 43,3% до 27,1%, послеоперационную летальность с 20,9% до 8,3%, общую летальность с 18,4% до 1,3%.

Ключевые слова: спаечная непроходимость, хирургическая тактика

---

82. Аллопластическая коррекция тазового пролапса

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Тарамов У.У., Медоев В.В., Калицова М.В.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность. Тотальный тазовый пролапс представляет собой комплексную проблему, которая затрагивает многих женщин и влияет на качество их жизни. Неудовлетворительные результаты хирургической коррекции и высокая частота рецидивов заболевания обуславливают актуальность проблемы лечения данной патологии.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с тотальным тазовым пролапсом III-IV степени путем разработки нового способа аллопластики тазового дна.

Материалы и методы: в настоящее исследование было включено 66 женщин с тотальным тазовым пролапсом III-IVстепени, в лечении которых использовался новый разработанный в клинике способ аллопластики тазового дна (патент № 2764370). Из 66 больных у 29 (43,9%) пациенток данный способ был осуществлен лапаротомным доступом и у 37 (52,1%) – лапароскопически. Возраст пациенток колебался от 41 до 84 лет. С целью оценки качества жизни в до и послеоперационном периоде использовался опросник PFDI-20. С помощью системы количественной оценки POP-Q оценивали степень выраженности тазового пролапса. В послеоперационном периоде с целью объективной оценки проведенного хирургического лечения контрольные исследования проводили через 3 и 6 месяцев, а также через 3 года.

Результаты. В послеоперационном периоде летальных исходов и воспалительных осложнений у наблюдаемых пациенток не отмечено. У 4 (6,1%) больных отмечались серомы в области послеоперационной лапаротомной раны, которые были дренированы. В течение трехлетнего периода наблюдений рецидивов тазового пролапса не зафиксировано, улучшение качества жизни согласно опроснику PFDI-20 и функциональных показателей отмечено всеми наблюдаемыми пациентками.

Заключение. Разработанный способ аллопластики дает возможность безопасно осуществлять тотальную пластику тазового дна с надежной фиксацией органов малого таза в естественном анатомическом положении, устранять путем замещения аллопластическим материалом дефекты ректовагинальной и цистовагинальной перегородок, тем самым снизить вероятность развития рецидивов заболевания, уменьшить число послеоперационных осложнений, улучшить функциональные показатели и качество жизни больных, а так же ускорить их социальную реабилитацию.

Ключевые слова: Тотальный тазовый пролапс, аллопластика.

83. Наш опыт лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Казиев Т.Т., Хубецова Р.А., Медоев В.В., Калицова М.В., Миндзаева Е.Г.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии являются одной из самых частых и тяжелых патологий в ургентной хирургической практике. Несмотря на развитие современных лекарственных и эндоскопических технологий проблема лечения этой группы пациентов еще далека от своего решения.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

Материалы и методы. В настоящее исследования было включено 1982 больных, госпитализированных в экстренном порядке с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Из них женщин было 632 (31,9%), мужчин – 1350 (68,1%).

Результаты. На фоне проведённой консервативной терапии и методов эндоскопического гемостаза стойкий гемостаз был достигнут у 1726 (87,1%) пациентов. У остальных 256 (12,9%) больных были произведены оперативные вмешательства. Из них у 79 (30,8%) больных в экстренном порядке в следствие продолжающегося кровотечения, в том числе у 22 больных на фоне неудачных попыток эндогемостаза, при этом у 57 пациентов по техническим причинам методы эндоскопической остановки кровотечения использованы не были. У 144 (56,2%) из 256 больных операции были выполнены в срочном порядке на фоне сохраняющегося высокого риска рецидива кровотечения и у 33 (13,0%) пациентов на высоте рецидива кровотечения. Резекции желудка были произведены у 7 (2,7%) пациентов, остальным 249 (97,3%) больным были выполнены различные органосохраняющие оперативные вмешательства с последующей ранней противоязвенной терапией. У 106 больных с локализацией язвы на передней стенке желудка или ДПК производилось иссечение язвы с ушиванием дефекта стенки. При локализации язвенного дефекта по задней стенке у 122 больных осуществлялось иссечение рубцовых тканей, прошивалось дно язвы с ликвидацией дефекта низведенной слизистой. И у остальных 21 пациента с циркулярными язвами ДПК производились циркулярные резекции с формированием анастомозов конец в конец, при этом пилорический жом во всех случаях старались сохранить. У 38 больных оперативные вмешательства были выполнены из минидоступа, в том числе с помощью разработанного в клинике ранорасширителя. В раннем послеоперационном периоде умерло 10 (3,9%)

пациентов, из них 4 больных после резекций желудка, еще 5 больных которые изначально отказывались от экстренного вмешательства, а в последующем соглашались на фоне прогрессирующего ухудшения состояния. В послеоперационном периоде на фоне проводимой противоязвенной терапии не зафиксировано случаев рецидива кровотечения. У 7 (0,4%) пациентов, которым при поступлении проводилась консервативная терапия и риск рецидива был расценен как невысокий, в последующем развилось повторное кровотечение, что потребовало выполнения хирургического гемостаза, во время которого была установлена ошибочность изначальной эндоскопической оценки.

Заключение. У подавляющего большинства больных консервативная антисекреторная терапия и методы эндоскопического гемостаза позволяют осуществить остановку кровотечения и тем самым избежать хирургического вмешательства. Выполнение минимальных по объему оперативных вмешательств, направленных на остановку кровотечения, в том числе с использованием малоинвазивных доступов, на фоне проводимой противоязвенной терапии представляется наиболее оптимальным.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, язвенная болезнь, хирургическая тактика

---

84. Результаты хирургического лечения острого холецистита в частном стационаре

Ус О.А., Бушенева С.Н., Чепурина Н.Г., Михайлов Д.В., Нестеров С.С.

Волгоград

АО»ММЦ» клиника Сова

Актуальность. Проблема желчнокаменной болезни и заболеваний желчного пузыря, несмотря на достигнутые успехи современной хирургии, до настоящего времени является одной из актуальных проблем клинической медицины. Позднее обращение за медицинской помощью чревато осложнениями. Среди пациентов с острым калькулезным холециститом неоперированных и выписанных домой, вероятность проблем, связанных с холелитиазом составляет 14, 19 и 29% через 6, 12 недель и 1 год соответственно. Рецидив заболевания проявляется желчной коликой в 70% случаев, в то время как обструкция желчевыводящих путей возникает у 24% из них, а билиарный панкреатит – в 6% случаев. Увеличивается доля технически сложных операций и осложнений.

Цель работы. Сравнение результатов хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом в частном стационаре в зависимости от сроков госпитализации.

Материалы и методы: за 2021-2022 гг. в клинике пролечены 48 пациентов с острым калькулезным холециститом. Из них n=33 (69%) женщины и n=15 (31%) мужчин. Средний возраст больных 55±4 года. 45% пациентов пролечены за счет средств ОМС. I группу составили n=24 (50%) больные до 72 часов от момента начала заболевания, II группа n=24 больные от 4-10 суток соответственно. Всем пациентам выполнялись клинико-биохимические анализы крови, УЗД органов брюшной полости, ФГДС, консультации смежных специалистов. Статистический анализ осуществлялся с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 365. В зависимости от характера распределения и характера сравнений был использован U-критерий Манна-Уитни, критерий Х2.

Результаты: Поздняя обращаемость больных за медицинской помощью связана с длительной консервативной терапией по месту жительства – это были районные жители n=14 (29%), некоторые лечились самостоятельно дома n=13 (27%), другие обратились в нашу клинику к гастроэнтерологу и с целью посещения кабинета УЗД, по поводу болей в правом подреберье n=21 (43%). Были изучены длительность операции, сложность выполнения ЛХЭ, длительность пребывания больных в стационаре и частота послеоперационных осложнений. Дооперационный койко/день у всех пациентов составил до 24 часов от момента поступления в стационар. Все больные оперированы после предоперационной подготовки. Операции выполнялись лапароскопическим способом. Деструктивные формы холецистита выявленные интраоперационно, подтверждены гистологически и составили 63% от общего количества всех острых холециститов, 37% подтверждены, как катаральный острый холецистит. Среднее время операций составило в 1 группе 79(40-130) минут, во 2 группе 107 (40-240) минут ($p<0.005$). Общий койко /день в 1 группе составил 3,6, во 2 группе-4,1 ($p=0.426$), послеоперационный койко/день в первой группе -2,6, во 2 группе 3,1 ($p=0.066$). Технически сложных ЛХЭ (3-4 степени) было во 2 группе больше ($p<0.005$), чем в первой об этом свидетельствует и увеличение длительности операции. В структуре осложнений было одно – желчеистечение в послеоперационном периоде у пациента с острым гангренозным холециститом в инфильтрате, поступившего через 7 дней с момента начала заболевания, купировано консервативным путем на 2-е сутки после операции. Конверсия была в одном случае, из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в подпеченочном пространстве. Летальных исходов после операций не было. 45% пациентов пролечены за счет средств ОМС.

Выводы и обсуждения. В настоящее время необходимость выполнения именно ЛХЭ у больных с острым холециститом не вызывает сомнений. Лечение больных с острым холециститом в частном стационаре не противоречит принципам лечения больных с острой хирурги-

ческой патологией. Применение ЛХЭ при сроках более 72 часов необходимо рассматривать также, как операцию выбора при остром холецистите, несмотря на технические сложности операции, имея достаточную квалификацию и компетенцию оперирующего хирурга, хорошую материально-техническую базу. При этом использование лапароскопических технологий является значимым фактором, которое широко применяется в работе стационара клиники, увеличивая не только оборот койки, но и минимизируя риски осложнений.

Ключевые слова: Холецистит, ЛХЭ, частный стационар

---

85. Соотношение выраженности изжоги и тяжести желудочно-пищеводного рефлюкса у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)

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

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет

Актуальность. Наличие патологического гастроэзофагеального рефлюкса клинически проявляется изжогой. Выяснить соотношения их проявлений позволит по анамнестическим данным судить о степени нарушения антирефлюксной функции кардии.

Цель исследования. Выявить возможную корреляцию между выраженностью изжоги и тяжестью желудочно-пищеводного рефлюкса у больных ГПОД, сочетанной с ГЭРБ до- и в отдаленные сроки после антирефлюксной операции.

Материалы исследования. Обследовано 213 больных ГПОД, сочетанной с ГЭРБ до операции и в сроки от 6 мес. до 18лет после видеолапароскопического антирефлюксного вмешательства, основным этапом которой была циркулярная эзофагофундопликация. Оценка выраженности изжоги и ее проявлений проводилась в баллах на основании дистанционного анкетирования по опроснику GERD-HRQL.

Результаты анкетного опроса были сопоставлены с данными специальных методов исследования антирефлюксной функции кардии (рентгеноэндоскопия пищевода и желудка, суточная внутрипищеводная pH – метрия, манометрия пищеводно-желудочного перехода). В соответствие с инструментаными исследованиями пациенты были разделены на 3 группы. 1 группа (141 чел., 66,2%) – пациенты с ложноположительной симптоматикой рецидива ГЭРБ, не подтвержденной инструментальными исследованиями. Вторую группу составили 19 чел. (13,5%) с рецидивом ГЭРБ, а третью группу (72 чел., 3,8%) – пациенты без симптомов ГЭРБ. Результаты исследования и обсуждение. У всех больных трех групп до антирефлюксной операции сумма баллов за вопросы, характеризующих изжогу была значительной и в среднем составила 18,00 (14,00:20,50 [Me; Q1:Q3]) – 51,4% от максимально возможных 35 баллов при нестерпимой, выраженной изжоге, без статистически значимой разницы между группами ($p>0,05$). При оценке баллов, характеризующих изжогу в послеоперационном периоде выявлено, что у пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ показатели значительно снизились (на 92,4%, $p<0,001$) по сравнению с исходными данными. Изжога возникала редко, преимущественно при погрешностях в диете, носила слабо выраженный характер (0,00(0,00:0,00), 0,3±0,07 балла) и приближалась к максимально желаемому результату (0 баллов). Выявлено уменьшение частоты изжоги в горизонтальном положении на 89,8% ($p<0,001$), утренней и ночной изжоги – на 95,3% и 91,8% соответственно ($p<0,001$), изжоги после приема пищи – на 92,7% ($p<0,001$) и воздействие изжоги на возможность приема пищи на – 92,6% ($p<0,001$). Изжога эффективно купировалась кратковременным приемом медикаментов (уменьшение на 94,4%, $p<0,001$). У больных с рецидивом ГЭРБ улучшение показателей отмечено лишь на 15,8% ($p=0,024$), сохраняясь на значительных показателях (42,9% от максимально не желаемого результата при изжоге, $p=0,173$). Сохранились и основные характеристики изжоги: преобладание утренней и ночной изжоги в горизонтальном положении, усиление выраженности изжоги приемом пищи. При этом отмечено, что эффективность консервативной терапии увеличилась на 36,7% по сравнению с дооперационными показателями ($p=0,004$). Пациенты без рецидива ГЭРБ жалоб на изжогу не предъявляли (0,00 балла).

Выводы. 1. Дистанционное анкетирование по опроснику GERD-HRQL позволяет выявить основные клинические проявления изжоги с ее цифровой (бальной) оценкой. 2. Выраженность и особенности проявления изжоги коррелируют с состоянием антирефлюксной функции кардии.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагофундопликация, изжога.

---

86. Робот-ассистированные цистэктомии в лечении больных раком мочевого пузыря: опыт одного центра

Грицкевич А.А. (1,2), Оганян В.А. (1), Байтман Т.П. (1), Полотбек Ж. (1), Мирошкина И.В. (1), Костин А.А. (2)

Москва

1 – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва
2 – ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Радикальная цистэктомия (ЦЭ) с тазовой лимфаденэктомией является операцией выбора при мышечноинвазивном, рецидивирующем и/ или с высоким риском прогрессирования немышечноинвазивном раке мочевого пузыря (РМП). Робот-ассистированные цистэктомии (РАЦЭ) малоинвазивны и эргономичны, что выгодно отличает их от открытых и лапароскопических ЦЭ.

Цель. Оценить онкологические и функциональные результаты РАЦЭ у больных РМП в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Материалы и методы. В исследование включено 11 больных раком мочевого пузыря. Все пациенты – мужчины, проходившие лечение в отделении урологии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в 2020-2022 гг., 10 (91%) мужчин и 1 (9%) женщина. Средний возраст пациентов составил 66 ± 6,5 лет. Средний возраст мужчин составил 66,9 ± 6,1 лет, возраст женщины – 57 лет.

Результаты. Выбор метода деривации мочи зависел от возраста пациента, сопутствующей патологии, распространённости опухолевого процесса, а также функционального состояния верхних и нижних мочевыводящих путей. Уретерокутанеостомия (УКС) была выполнена 4 (36,4%) пациентам, гетеротопическая пластика (операция Брикера) – 4 (36,4%) пациентам. 3 (27,3%) пациентам выполнено формирование ортотопического резервуара по методике Штудера. Средняя продолжительность операции составила 381 (225-675) минут. Длительность оперативного вмешательство зависела от выбранной методики отведения мочи. РАЦЭ с формированием артифициального мочевого пузыря по методике Штудера были самыми длительными: их средняя продолжительность составляла 558 + 142,2 минут, что почти в два раза больше, чем РАЦЭ с УКС. В среднем объём кровопотери при РАЦЭ составил 195,5 (100-300) мл. Максимальный объем кровопотери отмечен у пациентов с формированием артифициального мочевого пузыря, минимальный – при УКС. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены в 4 (36,4%) случаях. Преобладали адаптационные пиелонефриты – 3 (27,3%), имел место 1 (9,1%) случай диспептического расстройства. При контрольных плановых обследованиях поздние осложнения не выявлены. По данным ПГИ у 2 (18,2%) пациентов выявлена стадия pT1, у 4 (36,4%) – pT2, у 3 (27,3%) – pT3, у 2 (18,2%) – pT4. Регионарные метастазы выявлены у 3 (27,3%) пациентов. Во всех случаях подтверждена мышечно-инвазивная уротелиальная карцинома high-grade. Один пациент погиб от прогрессирования РМП через 1,5 года после операции.

Выводы. РАЦЭ является одной из наиболее предпочтительных процедур для лечения мышечно-инвазивного РМП. Роботические операции, отличающиеся меньшей инвазивностью и травматичностью, большей прецизионностью и эргономичностью, продолжают развиваться, становясь частью повседневной практики специализированных центров. Усовершенствование техники операций и повышение их доступности – основные направления развития современной роботической хирургии и роботической цистэктомии в частности.

Ключевые слова: Робот-ассистированные цистэктомии (РАЦЭ), Радикальная цистэктомия (ЦЭ), Штудер, Брикер, Уретерокутанеостомия (УКС), рак мочевого пузыря,

---

87. Оценка прогнозирования исхода перитонита, обусловленном перфорацией толсто-го кишечника

Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Орешкин А.Ю., Кучин Д.А.

Вологоград

1.ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2.ГУЗ «КБСМП № 15» и ГУЗ «Больница № 16» г. Волгограда;

Введение: Эффективная прогностическая модель исхода перфоративного перитонита может быть клинически полезной для обеспечения адекватной помощи с оптимальным распределением ресурсов, как с точки зрения принятия решения в плане хирургической тактики, так и с точки зрения интенсивной терапии. Создание объективной системы тяжести перитонита, основанной на оценке степени интраабдоминальных изменений и тяжести состояния больного с учетом коморбидной патологии, наличием или отсутствием абдоминального сепсиса, является актуальной проблемой для абдоминальной хирургии.

Цель работы: систематизация оценки прогнозирования предикторов исхода перитонита в соответствии с индивидуальным хирургическим риском

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с перфорацией толстой кишки, разлитым перитонитом за период 2010-2022гг. на базе хирургических отделений ГУЗ «КБСМП № 15» и ГУЗ «Больница № 16» г. Волгограда. Выполнена сравнительная оценка прогностической значимости двух интегральных шкал: Мангеймский индекс перитонита и модифицированный Мангеймский индекс перитонита.

Результаты: Исследуемая популяция включала 31 мужчину (75%) и 19 женщин (25%). Средний возраст составил 61,5 ± 18,7 лет. Сравнительные характеристики показали, что среди больных было 75% (n=31) мужчин и 25% (n=19) женщин. Возраст больных колебался от 32 до 82 лет, в среднем составляя 49,9±8,5 лет (медиана 48 лет, Q1-Q3 = 46-54 года). Связь между оценками и смертностью была статистически значимой (p< 0,0012). Согласно оценке Мангемскгого перитонеального индекса ROC- кривая определила 26 как значение отсечения с чувствительностью и специфичностью в прогнозировании риска смертности 83,3% и 85,7% соответственно. При оценке модифицированной системы прогнозирования перитонита точка отсечения составила 28 с чувствительностью и специфичностью 91,7% и 85,7% соответственно. Прогностическая сила интегральных шкал подтверждена с помощью проведенного статистического анализа. Важное значение для исхода распространенного перитонита имеет наличие органной недостаточности, выраженности синдрома воспалительного ответа SIRS, значения маркеров воспалительного ответа.

Выводы: Мангеймский перитонеальный индекс и модифицированный индекс системы прогнозирования перитонита при перфорации толстого кишечника обладают хорошими прогностическими характеристиками. Большой точностью для прогноза летальности с распространенным перитонитом больных с перфорацией толстого кишечника имеет модифицированная система прогнозирования перитонита (AUC 0,942). Использование данных шкал позволит стратифицировать пациентов в зависимости от риска летальности.

Ключевые слова: перитонит, Мангеймский индекс перитонита, перфорация толстой кишки

---

88. Хирургическое лечение «сложного» эхинококкоза печени

Гончаров А.Б., Коваленко Ю.А., Трифонов С.А., Гурмиков Б.Н.

Москва

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

Актуальность. 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, высоким уровнем послеоперационных осложнений и рецидивов. Эхинококкоз поражает более 1 миллиона человек и ежегодно приводит к расходам на сумму более 3 миллиардов долларов.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов со «сложным» эхинококкозом печени.

Материалы и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 115 пациентов с эхинококкозом печени с 2015 по 2021 г. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского. Изолированное поражение печени у 81,7% пациентов, сочетанное поражение печень и легкие у 13% и 5,2% – печень и другие органы. Согласно классификации ВОЗ (2003): CE1 – 38,3%, CE 2 – 11,3%, CE 3a – 7,8%, CE 3b – 3,5%, CE 4 – 3,5%, CE 5 – 17,4% и сочетание нескольких типов кист – 18,2%. В большинстве случаев выполнялась перицистэктомия (по методике НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского (82% случаев), в 8% – атипичная резекция печени, в 4% – сегментарная резекция печени, в 3% – лапароскопическое вмешательство и в 3% – гемигипатэктомия. У всех пациентов диагноз был подтвержден морфологическим исследованием.

Результаты исследования. Частота осложнений в послеоперационном периоде составила 18,6% (22 пациента). Согласно классификации осложнений Clavien-Dindo I степень – 7 пациентов, II – 4, IIIa – 11, IIIb, IV, V – 0. Из 18,6% осложнений: биломы и желчные свищи – 45%, пневмо/гидроторакс – 23%, нагноение п/о ран – 18%, гематомы в зоне резекции печени – 14%. За время наблюдения не было зафиксировано ни одного рецидива заболевания. Нами предложены критерии «сложного» эхинококкоза печени: 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 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). Из 115 пациентов у 44% был сложный эхинококкоз печени.

Заключение. Хирургическое лечение «сложного» эхинококкоза печени требует индивидуального подхода к выбору варианта операции. Предпочтение отдается паренхимосохраняющим радикальным операциям. В редких случаях, при отсутствии возможности полного удаления всех кист или высокого риска кровотечения и/или формирования желчных свищей, показано выполнение резекции печени, в том числе и гемигепатэктомии. При возникновении остаточных полостей – лечение только при наличии клинической картины (болевой синдром, температура и т.д.).

Ключевые слова: Эхинококкоз печени, эхинокккоз, сложный эхинококкоз, резекции печени, гемигепатэктомия, лечение эхинококкоза.

---

89. Артериальная анатомия поджелудочной железы как прогностический фактор результатов панкреатодуоденальной резекции

Двухжилов М.В., Горин Д.С., Марков П.В.

Москва

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ,

Введение. Частота послеоперационных осложнений при панкреатодуоденально резекции (ПДР) остается высокой, достигая 30-50% даже в специализированных панкреатологических центрах. Наиболее актуальными осложнениями являются панкреатический свищ, гастростаз, аррозионное кровотечение. Пусковым механизмом этих осложнений является послеоперационный панкреатит. Выполнение ПДР с учетом артериальной анатомии направлено на снижение степени ишемизации культи поджелудочной железы (ПЖ). Адекватное кровоснабжение культи, в свою очередь, снижает риск возникновения панкреатита, парапанкреатита, несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, панкреатического свища.

Цель исследования. Оценить результаты ПДР, выполненной с учетом артериальной анатомии ПЖ.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 150 пациентов, перенёсших ПДР, выделено две группы пациентов. Основную группу составил 61 пациент. ПДР в данной группе больных выполняли с учетом артериальной анатомии и смещением линии пересечения ПЖ левее устья селезеночной вены на 7-15 мм. Адекватность кровоснабжения культи ПЖ оценивали по наличию не менее 2 источников пульсирующего кровотечения со среза железы. Контрольная группа включала в себя 89 пациентов, которым выполнена ПДР со стандартным пересечением железы. По характерологическим признакам группы были сопоставимы. Всем пациентам на дооперационном этапе выполнена КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием. Прицельно оценивалась артериальная анатомия ПЖ, в частности, топография дорсальной панкреатической артерии (ДПА).

Результаты. Частота специфических осложнений в основной и контрольной группе составила: панкреатический свищ 16,3% и 29,2%, гастростаз 22,9% и 32,5%, аррозионные кровотечения 8.2% и 19,2% соответственно. Статистически значимые различия получены по частоте панкреатических свищей и аррозионных кровотечений при 90% доверительном интервале (p?0,05). С учетом данных КТ и непосредственных результатов хирургического лечения было установлено, что вариантная анатомия ДПА является предрасполагающим фактором к возникновению специфических послеоперационных осложнений (ОШ 6,08, при 99% ДИ, p?0,01).

Заключение. Смещение линии пересечения поджелудочной железы влево от устья селезеночной вены на 7-15 мм при выполнении панкреатодуоденальной резекции, особенно в случаях вариантной анатомии дорсальной панкреатической артерии, обеспечивает более адекватное кровоснабжение культи, что оказывает значимое положительное влияние на частоту развития специфических осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: Поджелудочная железа, панкреатодуоденальная резекция, артериальная анатомия, послеоперационные осложнения, панкреатический свищ

---

90. Эффективность комбинированного подхода в лечении эпителиального копчикового хода

Харабет Е.И., Грошилин В.С., Кузнецов В.Д., Антонова А.В., Альникин А.Б.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность: Проблема радикального безрецидивного лечения эпителиального копчикового хода остается достаточно актуальной в настоящее время. Удельный вес осложнений, таких как ранние гнойновоспалительные процессы в послеоперационной ране, прорезывание швов, расхождение краёв раны, не имеет значимой тен-

денции к снижению. Несмотря на наличие современных высокотехнологичных способов лечения, их эффективность оставляет желать лучшего, что недопустимо в данной возрастной категории.

Цель работы: Разработка и внедрение патогистологически обоснованной двухэтапной методики лечения эпителиального копчикового хода позволяющей не только снизить количество рецидивов и послеоперационных осложнений но и ускорить период восстановления трудоспособности пациентов за счёт уменьшения сроков пребывания в стационаре без потерь для эффективности проводимого лечения.

Материалы и методы: Представлены результаты ретроспективного рандомизированного исследования, включающего 60 клинических наблюдений, в общем пуле разделенных на 3 сопоставимые группы, исходя из примененного метода лечения. В I группе использован оригинальный авторский двухэтапный способ лечения (Патент РФ № 2770283). На первом этапе выполнялась лазерная обработка свищевых ходов крестцово-копчиковой области, а второй заключался в выполнении радикального хирургического вмешательства и закрытии дефекта перемещением кожно-подкожного лоскута. Во II группе (n=20) применяли методику «cleft lift» в аутентичной модификации Bascom-Karydakis (Bascom II). В III клинической группе (n=20) использовалось широкое иссечение ходов с последующим срединным закрытием дефекта глухим швом по межъягодичной борозде.

Результаты: В I группе наблюдений по результатам исследования отмечался значительно меньший удельный вес послеоперационных осложнений, таких как: прорезывание швов, расхождение краев раны, формирование сером. В 2 случаях (10%) отмечено нагноения раны. Рецидивов за период наблюдения в 1 год не зафиксировано. Средний срок госпитализации в данной группе составил 4,6±1,3 суток, что значительно ниже, чем во II группе 7,0±2,1 койко-дня и в III группе 8,2±2,4 койко-дня соответственно. Косметический эффект при неосложненном течении послеоперационного периода в I и II группах был сопоставим, в III группе у 40% лиц отмечались грубые деформирующие рубцы.

Выводы: По результатам исследования разработанная технология имеет достоверно более высокие показатели эффективности хирургического лечения, имеет стабильный качественный косметический эффект, а также позволяет ускорить возвращение пациента к привычному образу жизни.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, лазерная облитерация свищевых ходов, SiLaC, операция Bascom II, иссечение копчиковых ходов, свищи крестцово-копчиковой области.

---

91. Новая комбинированная методика лечения геморроя

Грошилин В.С., Швецов В.К., Кузнецов В.Д., Цыганков П.В., Антонова А.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность: В настоящее время активно ведутся споры о выборе оптимального способа лечения геморроидальной болезни, способного обеспечить высокую эффективность проводимого лечения при минимальном времени нахождения пациента в лечебном учреждении и коротком сроке реабилитации.

Цель исследования: Разработка комбинированной методики малоинвазивного хирургического лечения, позволяющей улучшить результаты лечения хронического геморроя II и III стадии.

Материалы и методы: В ходе проспективного исследования проанализированы результаты лечения 190 пациентов с хроническим геморроем II и III стадии. Все больные были разделены на три сопоставимые когортные группы клинических наблюдений согласно выбранной тактики малоинвазивного хирургического лечения. В 1 группе (n=65) выполнялась дезартеризация геморроидальных узлов со склерозированием и ультразвуковой кавитацией по оригинальной методике (патент РФ № 2625277). Во 2 группе (n=85) выполнялась дезартеризация с мукопексией. В 3 группе (n=40) склерозирование узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией с использованием аппаратной технологии «Проксон». Средний возраст исследуемых 36,2±8,2 года.

Результаты: При анализе результатов в послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: тромбоз геморроидальных узлов встречался у 1-го (2,5%) пациента 3 группы, у 2-ух (2,4%) пациентов 2 группы, и 1-го (1,5%) пациента 1 группы; кровотечение в раннем послеоперационном периоде зафиксировано у 2 (2,4%) пациентов 2 группы и не встречалось в 1 и 3 группах, однако разница статистически не достоверна (p> 0,05); некроз слизистой оболочки развился у 1 (2,5%) пациента 3 группы, 1 (1,1%) пациента второй группы и 2 (3,1%) пациентов 3 группы (p> 0,05). При анализе отдаленных результатов за период амбулаторного наблюдения длительность 1 год рецидив геморроидальной болезни развился у 4 пациентов 3 группы (10,0%) и 6 пациентов второй группы (7,1%). В 1 группе – рецидива заболевания не отмечено. Болевой синдром во всех группах прогрессивно снижался в течение 7 суток, после чего купировался. Наибольшая его интенсивность наблюдалась во 2 группе, а наименьшая – в 1 группе.

Выводы: Разработанный способ лечения геморроидальной болезни сочетающий в себе дезартеризацию геморроидальных узлов со склерозированием и ультраз-

вуковой кавитацией по данным полученным в результате исследования оказался достоверно эффективнее. В основной группе зафиксировано наименьшее количество осложнений а также отсутствие рецидивов заболевания за период амбулаторного наблюдения в 1 год.

Ключевые слова: малоинвазивное хирургическое лечение геморроя, дезартеризация геморроидальных узлов, склерозирование, ультразвуковая кавитация

---

92. Экстренная хирургическая помощь пациентам с острой кишечной непроходимостью (ОКН) неопухолевого генеза

Геннадьев П.В., Ермолаева Т.В., Романенков С.Н., Зубик В.Т., Алибутаев Р.Ч., Котенко О.В., Степулев Е.А.

Нефтеюганск

БУ ХМАО Югры Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И.Яцкив

Актуальность: Частота ОКН в России составляет 5 на 100тыс населения, а по отношению к числу всех ургентных больных – до 5% При этом по летальным исходам ОКН делит 1-2 места среди всех острых заболеваний органов брюшной полости.

Материал и методы: В период с 2018г по февраль 2023г в хирургических отделениях Нефтеюганской ОКБ имени В.И.Яцкив пролечено 119 пациентов с признаками ОКН неопухолевого генеза. По полу пациенты разделились следующим образом: Мужчин 73(61,3%); Женщин 46(38,7%). Средний возраст мужчин составил 52,5года (от 11 месяцев до 90 лет), средний возраст женщин 53,1года (от 3 до 86лет). Сроки обращения пациентов: в среднем 37часов с момента заболевания (от 4часов до 2х недель с момента заболевания). В среднем в анемнезе у пациентов было 1,3 перенесенной операции (от 0 до 7). Самые частые операции или их сочетания – аппендкэтомия; 2е место гинекологические операции у женщин; на 3м месте – холецистэктомии. Всем пациентам проводилась проба Шварца, по данной которой определялись эффективность консервативного лечения и показания к операции. Средний койко-день лечения в стационаре составил – 13,2. Полученные результаты: Консервативно удалось разрешить ОКН у 74 пациентов (62,2%). По данным пробы Шварца, у данных пациентов удалось получить продвижение контраста в начальные отделы толстой кишки в среднем через 12,3 часов. В 45 случаях пациенты прооперированы – 37,8% По спектру операции они разделились следующим образом: в 30 случаях (66,8%) пациентам выполнена лапаротомия, рассечение спаек; в 1 случае (2,2%) устранение узлообразования без резекции кишки; в 9 случаях (20%) пришлось резецировать кишку в виду ее нежизнеспособности: 7 из них с наложением анастомоза, в 2х случаях концевые колостомы. В 3х случаях (6,6%) расправлен инвагинат у детей при ирригопневмографии. В 1 случае (2,2%) при колоноскопии удалось расправить заворот сигмовидной кишки. В 9 случаях операцию начинали лапароскопически и только у 1 пациента (2,2% от общего числа операций) ОКН удалось разрешить путем лапароскопического разделения спаек. В одном из случаев (2,2%) из-за выраженного спаечного процесса сформирован обходной илеотрансверзоанастомоз. Из всех операций в 43 случаях (46,5%) операцию заканчивали назоинтестинальной интубацией. В 4х случаях (8,8%) у прооперированных нами пациентов выполнено рассечение спаек, при этом ранее операции на брюшной полости не проводились. Повторные вмешательства были выполнены 8 пациентам (17,8%): 5 пациентам в связи с развывшейся ранней спаечной непроходимостью. 3 пациентам была применена методика Second look, в одном из случаев потребовалась резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза. Летальность при данной патологии составила 1,7% (2 случая), в обоих случаях имело место послеоперационная летальность. В одном из них, у пациента была сопутствующая патология, в виде вирусных гепатитов и ВИЧ инфекции на поздних стадиях, что не позволили пациенту выздороветь. Во втором случае пациенту, на фоне странгуляции выполнена лапаротомия, устранение ОКН без резекции кишки, через сутки выполнена релапаротомия по методике second look потребовавшая резекции кишечника с формированием анастомоза. Запоздалая диагностика некроза тонкой кишки на фоне сопутствующей патологии утяжелила состояние пациентки и не позволила добиться положительного результата.

Выводы: 1.В 62,2% случаев ОКН разрешили без операции, данные цифры позволяют судить о том, что лечение необходимо начинать консервативно, которое часто является окончательным. 2.В 8,8% случаях в анамнезе у пациентов отсутствовали указания на перенесенные ранее операции в связи с чем – отсутствие операций не исключает спаечную кишечную непроходимость. 3.В наших наблюдениях именно «открытые» операции становились чаще всего причиной ОКН, поэтому более широкое внедрение лапароскопических методов лечения позволит снизить частоту ОКН спаечного генеза.

Ключевые слова: Странгуляционная кишечная непроходимость, острая спаечная кишечная непроходимость, инвагинация

---

93. Применение тактики Damage control surgery в лечении перитонита, осложненного септическим шоком

Демко А.Е., Батыршин И.М., Шляпников С.А., Склизков Д.С., Остроумова Ю.С., Фомин Д.В.

Санкт-Петербург

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

Актуальность Тактика Damage control surgery (DCS), широко известная и хорошо зарекомендовавшая себя у нестабильных пациентов с тяжелой травмой, в последние годы стала активно применять в лечении общехирургических пациентов с тяжёлым сепсисом (ТС) и септическим шоком (СШ).

Материалы и методы За период 2017 по 2022 год на базе городского центра по лечению тяжелого сепсиса НИИ СП им. И.И. Джанелидзе проведено проспективное исследование применения тактики DCS в лечении разлитого перитонита, осложненного СШ. Показанием для применения такой тактики являлась нестабильная гемодинамика, рефрактерная к волюмической нагрузке (САД< 70 мм рт. ст. и ниже), лактат артериальной крови >2 ммоль/л. Критерии включения – пациенты от 18 лет поступающие в стационар с осложненной интраабдоминальной инфекцией – осложненный перфоративный дивертикулит (Hinchley III-IV), перфорация тонкой кишки, ущемленная грыжа с некрозом тонкой кишки, опухоль правой половины с распадом и перфорацией, острая мезентериальная ишемия. Пациентам после короткой предоперационной подготовки в условиях реанимации или непосредственно в операционной, выполнялась «сокращенная лапаротомия», направленная на устранение источника, санация и постановка системы терапии отрицательным давлением (NPWT). После стабилизации состояния в течение 24-48 часов выполнялся «second look» с решением об окончательном объёме операции – первичном анастомозе или стомировании. В случае если стабилизации не наступало в указанные сроки – выполнялось стомирование и повторное наложение NPWT с последующей программированной релапаротомией. Если полиорганная недостаточность полностью купировалась – выполнялось восстановление непрерывности ЖКТ и первичное фасциальное закрытие. В группе сравнения оперативное вмешательство выполнялось после предоперационной подготовки до 8 часов, в полном объёме с одномоментной реконструкцией ЖКТ (пациентам с дивертикулитом – в этом случае выполнялась операция Гартмана). Методика открытого живота не применялась, рана ушивалась послойно. Последующие релапаротомии выполнялись только по требованию. В основную группу вошло 31 пациент, средний возраст которых составил – 63,1+/-14,7 лет, по полу преобладали мужчины – 19 (61%) больных. Тяжесть состояния при поступлении, оцененная по шкале SOFA составила – 4,8+/-2,5 баллов, перитонеальный индекс Мангейма -27,5+/-9,6 баллов. Группа сравнения, сформирована ретроспективно, методом псевдорандомизации, – 23 пациента, сопоставимая по демографическим и этиологическим показателям (возраст -73+/-12,8 лет, по полу также преобладали мужчины – 15(65%) пациентов). По тяжести состояния также статистического различия между группами получено не было – SOFA=4,09+/-3,76 баллов, MPI =25,65+/-9,11 баллов.

Результаты Были получены статистически значимые различия между группами по длительности первичной операции – в основной 83,6+/-43,7 минут; в контрольной – 130,8+/-42,7. Также обращает на себя внимания факт влияния сокращенной лапаротомии на сроки нормализации уровня лактата. Так в основной группе лактат-ацидоз купировался к 3-м суткам, а в группе сравнения к 6-м суткам послеоперационного периода (p=0,032). И в то же время сроки купирования органной дисфункции (SOFA) также статистически различались в основной и контрольной группах к 7 суткам, в пользу основной (p=0,048). Летальность в основной группе составила 11(35%), в контрольной – 17(74%).

Выводы Применение тактики DCS позволяет улучшить результаты лечения пациентов с разлитым перитонитом, осложненным септическим шоком, за счет снижения длительности, объема первичного оперативного вмешательства, а также путем непосредственного воздействия на признаки органной дисфункции. DCS достоверно снижает летальность у данной категории больных.

Ключевые слова: Перитонит. Септический шок. Damage controle surgery

---

94. К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кисляков В.А. (1,2), Файбушевич А.Г. (2), Артемьев А.А (1), Горшунова Е.М (1), Аль-Арики М.К.М (2), Перера Н.А.К (2).

Москва

ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ (1), РУДН (2)

Актуальность: Использование синтетических материалов стало возможным благодаря развитию фундаментальных и прикладных наук, и технологий их производства. Имплант – это объект (предмет) изготовленный из небиологического материала, который внедряют в

организм для выполнения каких-либо функций в течение длительного времени (Д.Ф. Вяльме, Р.Роуф, 1978). То есть имплантация представляет собой внедрение в организм искусственного материала в виде того или иного изделия в виде твердого материала (эндопротезы ребер, суставов, сосудов), в виде жидкого или гелеобразного инъекционного материала. Для систематизации информации о применении синтетических материалов, применяемых сегодня в хирургии синтетических сеток была предложена классификация Amid P.K в 1997 г.. Внедрение синтетических имплантов определило новое направление в пластической хирургии и привело к снижению количества рецидивов после вариантов герниопластик. Однако, местные гнойные, воспалительные осложнения после все же занимают лидирующие позиции (J.E. Janis, L. Khansa, I. Khansa, 2016). Имеются единичные сообщения о результатах лечения при гнойных осложнениях в позднем послеоперационном периоде (Е.Н. Деговцов, П.В. Колядко, 2018; В.А.Кисляков с соавт., 2021, 2022, А. Г. Сонис 2019, Б. M.W. Nasr, S.F.Jabbour, R.I. Mhawej et all, 2016). В возникновении этих проблем послеоперационного периода играют роль такие предрасполагающие факторы, как: ?нарушение кровоснабжения кожно-подкожно-жирового лоскута; ?резидуальная инфекция вокруг «старых» лигатур и имплантов; ?образование больших остаточных полостей; ожирение; ?длительно существующие лимфомы; нарушения иммунного статуса; ?длительность хирургического вмешательства; ?тип и размеры сетки; вид шва; ?а также и возраст, индекс массы тела, тип и размеры грыжи, наличие диабета, приём стероидов, курение (М.В.Тимербулатов, Ш.В.Тимербулатов, Э.З.Гатауллина, Э.Р.Валитова, 2014, В.А.Кисляков с соавт., 2019, 2022).

Цель: Проинформировать об опыте лечения местных гнойно – септических осложнений после протезирующих герниопластик рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки в позднем и отдалённом послеоперационных периодах. Задача: Проанализировать результаты лечения местных гнойно – септических осложнений после эндопротезирования сетчатым имплантом рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки в позднем и отдалённом периодах.

Материалы и методы: Проспективно изучены результаты лечения 35 женщин в возрасте от 50 до 72 лет и 8 мужчин от 50 до 60 лет. Пациенты поступали в сроки от 2 месяцев до 11 лет после выполненной операции. В исследовании применялась классификация местных осложнений, предложенная А.С.Ермоловым., Д.А.Благовестновым с соавт. (2019) с нашими дополнениями. В позднем послеоперационном периоде поступали пациенты с такими осложнениями, как: 3 инфицированные серомы, 3 – некроз подкожно – жировой клетчатки, 9 – флегмоны передней брюшной стенки, 4 – абсцесса послеоперационного рубца. В отдаленном периоде: разрыв сетки с нагноением гематомы – 2 случая; 6 – свищи, из них 3 кишечных; 6 – флегмоны и 3 – абсцесса передней брюшной стенки; 3 – лимфоцеле с нагноением. На 2-3 сутки после хирургической обработки гнойного очага монтировалась NPWT (вакуум – ассистированная) повязка с аппаратом Vivano Tec S042 или Suprasorb CNP P1 на срок до 3-7 суток, в зависимости от характеристик раны и течения раневого процесса. При необходимости такой этап лечения повторялся 5-8 раз. После перехода во вторую фазу раневого процесса, снижении контаминации – накладывали поэтапно вторичные швы. Антибактериальная терапия назначалась с учетом микробного пейзажа гнойной раны. Отменялась при снижении контаминации и купировании воспалительного синдрома по лабораторным данным.

Результаты и об суждение: Полностью был удален имплант у 3 пациентов и в 3 случаях выполнено частичное удаление. 2 кишечных свища закрылись в результате консервативного лечения. В одном случае выполнено резекция кишки несущей свищ с наложением анастомоза и удалением импланта. Одна пациентка умерла через год из-за рака щитовидной железы с метастазами. Отдаленные результаты комплексного лечения прослежены через 3, 6, 9, 12 месяцев с УЗИ – контролем состояния импланта. Миграции эндопротезов и рецидива инфекционного процесса на отмечено. Приводим клинический случай: Больная К., 73 лет. Диагноз: «Параимплантная инфекция. Флегмона передней брюшной стенки….. 4 месяца раннее протезирующая герниопластика. В послеоперационном периоде в течении 2 месяцев, 1 раз в неделю, обращалась в стационар для пункционного удаления жидкости из зоны операции передней брюшной стенки – от 3 до 4 литров. Выполнена хирургическая обработка и дренирование флегмоны передней брюшной стенки. На вторые сутки вторичная хирургическая обработка, некрэктомия. На 4 сутки этапная вторичная хирургическая обработка и установка NPWT – системы с переменным режимом 125/65 мм рт.ст. На 7-ые сутки прорастание импланта грануляционной тканью. Выполнено еще 8 вторичных хирургических обработок с перемонтажем NPWT – системы. Частичное поэтапное ушивание раны. На 26 сутки рана была полностью ушита, имплант сохранен. Больная выписана на амбулаторное лечение. Осмотрена через год. Жалоб нет. По УЗИ: гиперэхогенная структура с ровными четкими контурами – сетчатый эндопротез, фиксирован, не мигрировал. Патологических объемных образований, инфильтратов нет.

Вывод: Применение метода локального отрицательного давления (NPWT) в комплексном лечении позволяет у ряда пациентов сохранять имплант при местных гнойно – септических осложнениях поле герниопластики даже в позднем и отдалённом послеоперационном периодах.

Ключевые слова: рецидивная грыжа, герниопластика, гнойно-септические осложнения, метод отрицательного давления

95. Применение васкуляризованных мышечных лоскутов при лечении остеомиелита длинных костей

Ушаков А.А., Митиш В.А., Борисов И.В., Блатун Л.А., Божьева Е.И., Магомедова С.Д., Оруджева С.А.

Москва

Ушаков А.А. (1,2), Митиш В.А. (1,2), Борисов И.В. (1,2), Блатун Л.А. (1), Божьева Е.И. (1), Магомедова С.Д. (1), Оруджева С.А. (1)
1) ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России,
2) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Актуальность. Хирургическое лечение больных с остеомиелитом длинных костей относится к разряду реконструктивно-пластической хирургии, так как после травмы и хирургических обработок очага поражения возникает необходимость восстановительной части лечения, проведения пластических операций по замещению образовавшихся дефектов тканей.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных хроническим остеомиелитом длинных костей путем улучшения эффективности диагностики и разработки показаний к различным способам мышечной пластики с использованием современных методов лучевой диагностики.

Материалы и методы. Обобщены результаты лечения 140 больных остеомиелитом длинных костей, находившихся на лечении отделе ран и раневых инфекций за период с 1991 по 2022 годы, которым в ходе комплексного лечения применены различные способы мышечной пластики. Пациенты были трудоспособного возраста от 18 до 60 лет – 128 (91,4%) человек. Преобладали мужчины – 99 (70,7%) пациентов. У 127 (90,7%) больных диагностирован посттравматический остеомиелит, у 12 (8,57%) человек – гематогенный остеомиелит. Локализация процесса на нижних конечностях отмечена в 126 (90,0%) случаях. Основная часть пациентов – 93 (66,4%) – были с хронической стадией заболевания. Пластика мышечными лоскутами применена у 119 (85,0%) больных (на постоянной (n=108) или временной (n=11) питающих ножках); кожно-мышечные лоскуты – в 21 (15,0%) случаях. Для определения показаний, объема и характера поражения проводились: комплексная лучевая диагностика (рентгенография, КТ и МРТ исследования), бактериологические исследования с определением количественного и видового состава микроорганизмов и его чувствительности к антибактериальным препаратам. Хирургическое лечение состояло из хирургической обработки гнойного очага и реконструктивно-восстановительного этапа. Тактика применения васкуляризованных мышечных лоскутов при хроническом остеомиелите длинных костей согласно имеющейся классификации (клинико-анатомический тип поражения – медуллярный, очаговый, поверхностный, диффузный) представлена в виде 2 групп. В первой группе медуллярный и очаговый тип поражения, при которых имеются избыточные костные полости. И вторая группа – диффузный и поверхностный, при которых требуется замещение дефектов мягких тканей над костью и анатомически важными образованиями (суставами, сосудисто-нервными пучками, резецированными фрагментами костей) для создания благоприятных условий для проведения реконструктивных операций с целью замещения сегментарных костных дефектов. 1). Мышечная пластика проведена 35 (25,0%) пациентам медуллярным остеомиелитом (внутрикостное поражение при гематогенном остеомиелите и при нагноении после интрамедуллярного остеосинтеза) и 77 (55%) пациентам очаговым остеомиелитом (локализованное поражение кортикальной части кости с переходом в костномозговой канал) для замещения костной полости. 2). Во второй группе миопластика использована у 4 (2,86%) больных с поверхностным остеомиелитом (поражение кортикальной части кости) и 22 (15,7%) больных с диффузным остеомиелитом (гнойно-деструктивный процесс в кости более чем на 2/3 окружности или нарушение целостности кости)

Результаты. Частичное нагноение послеоперационных ран отмечено у 16 (11,4%) пациентов, краевой некроз лоскута – у 7 (5,0%) больных. В первые 2 года после лечения повторно оперировано 5 (3,57%) пациентов (формирование свищей) с положительным результатом. Купировать воспалительный процесс удалось у 133 (95%) больных.

Заключение. Пластика дефектов окружающих мягких тканей и костных полостей хорошо кровоснабжаемыми лоскутами при различных анатомических локализациях гнойно-некротического процесса и любой клинико-анатомической форме поражения, с учетом применения современных методов диагностики позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных остеомиелитом длинных костей.

Ключевые слова: остеомиелит, мышечная пластика, хирургическая обработка, гнойный очаг

96. Опыт использования бактериофагов в комплексном хирургическом лечении гнойных ран

Митиш В.А., Пасхалова Ю.С., Терехова Р.П., Демидова В.С., Хамидулин Г.В., Магомедова С.Д., Божьева Е.И., Турова Т.Г., Ронкильо Замора М.В.

Москва

1) ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
2) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобра России,

Введение. В современных условиях, характеризующихся изменением вирулентности патогенов, ростом их устойчивости к антибиотикам и традиционным антисептикам, аллергизацией макроорганизма, снижением иммунологического статуса пациентов, развитием дисбактериоза, грибковых поражений на фоне нерационального применения антибактериальных препаратов, поиск новых патогенетически обоснованных щадящих методов лечения гнойно-некротических осложнений у больных гнойными ранами различной этиологии и локализации должен быть направлен на демедикализацию и поиск принципиально новых способов борьбы с инфекционными агентами.

Цель исследования. Сравнительный анализ и оценка эффективности и безопасности препарата «Пиобактериофаг комплексный» жидкий (НПО «Микроген», Россия), раствор для приема внутрь, местного и наружного применения фл. 100 мл различными методами доставки в лечении гнойных ран различной этиологии и локализации, у взрослых с 18-и до 60-и лет, с препаратами Левофлоксацин таблетки 500 мг № 10, покрытые пленочной оболочкой для применения внутрь и Офломелид ® (Биннофарм групп, Россия) мазь для наружного применения.

Материалы и методы исследования. 75 взрослых пациентов с гнойно-некротическими ранами различной этиологии и локализации, методом случайных чисел рандомизированные в 3 группы в зависимости от вида доставки и типа назначаемых лекарственных средств. Для контроля за течением раневого процесса и объективизации происходящих в ране изменений, необходимо динамическое исследование микробного спектра (качественное и количественное микробиологическое исследования с антибиотико- и фагограммой), цитология раневой поверхности (цитологическое исследование раневых отпечатков), выполняемых несколько раз в послеоперационном периоде. Хирургическая обработка гнойного очага проводится традиционным способом, а также миниинвазивно с использованием гидрохирургической системы VersaJet (Smith&Nephew, Великобритания) и системы ультразвуковой кавитации Sonoca (Sering, Германия). Местное лечение включает использование локального отрицательного давления аппаратом VitMobil (VitMedical, Россия) с возможностью инстилляции лекарственных препаратов, а также классический повязочный способ.

Результаты исследования. Предварительный анализ результатов лечения, основанный на объективных методах обследования (клинических, микробиологических, цитологических) свидетельствует о высокой эффективности предлагаемого протокола во всех группах исследования. В 1-й группе исследования (локальное отрицательное давление с инстилляцией бактериофагов в сочетании с системной фаготерапией) отмечена наилучшая микробиологическая и клиническая эффективность, свидетельствующая о потенцировании обоих методов лечения гнойных ран различной этиологии и локализации. В целом во всех исследуемых группах удалось достичь ключевых конечных точек при хорошей переносимости терапии и высоком профиле безопасности. Ни в одной группе не потребовалось дополнительных хирургических вмешательств.

Обсуждение. Имеются достоверные сведения о высокой эффективности применения локального отрицательного давления с инстилляцией «Пиобактериофага комплексного» в лечении гнойных ран. Эффективность данной методики подтверждена микробиологическими и цитологическими исследованиями, которые были выполнены на каждом этапе комплексного хирургического лечения раны.

Заключение. Таким образом, на основании предварительных результатов, использование «Пиобактериофаг комплексный» жидкий может быть рекомендовано в комплексном лечении гнойно-некротических ран различной этиологии и локализации при наличии множественной лекарственной устойчивости к антибактериальным препаратам основных групп, а также при наличии серьезных противопоказаний к системной антибактериальной терапии. Наиболее эффективным является комбинация общей и местной фаготерапии различными путями доставки (в частности, при помощи вакуумных-аппаратов с возможностью инстилляции).

Ключевые слова: Пиобактериофаг, гнойная рана, локальное отрицательное давление, инстилляция, хирургическая обработка, гидрохирургия

97. Ретроперитонеоскопическая адреналэктомия: опыт выполнения в центре эндокринной хирургии краевой клинической больницы г. Краснодара

Полянский Е.А., Рябченко Е.В., Дремлюга Н.В.

Краснодар

Краснодарская Краевая клиническая больница №2, Межтерриториальный центр эндокринной хирургии, Россия

Актуальность: трансперитонеальная адреналэктомия (ТПА) приобрела наибольшую популярность среди всех известных методов хирургического лечения опухолей надпочечников во всем мире. Для снижения осложнений широко используемого трансперитонеального доступа была разработана ретроперитоническая адреналэктомия (РПС АЭ), которая имеет несколько преимуществ перед ТПА и связана с меньшим операционным риском и отличным послеоперационными результатами.

Цель исследования: сообщить о нашем опыте применения РПС АЭ при оперативных вмешательствах на надпочечниках у 44 пациентов, прооперированных в отделении эндокринной хирургии с августа 2017 г. по декабрь 2021 г. Методы: ретроспективно проанализированы данные 44 пациентов, которых оценивали по следующим критериям: возраст не старше 70 лет, доброкачественные функционирующие опухоли надпочечников размером до 6 см в диаметре включительно, пациенты со стабильной гемодинамикой. Исключения составили пациенты с размером опухоли более 6 см и с подозрением на первичное злокачественное новообразование надпочечников с местной инвазией или метастазами после выполненных дополнительных исследований. Согласно анамнезу пациента и физикального обследования, были выполнены соответствующие гормональные тесты, включая уровни кортизола в сыворотке, уровень свободного кортизола в моче за 24 часа, метанефрины в моче за 24 часа, норметанефрины, альдостерон в плазме, уровень ренин – альдостеронового соотношения в плазме. Для определения локализации и диаметра образования надпочечников выполняли компьютерную томографию (КТ)/магнитно-резонансную томографию (МРТ). Исход лечения оценивали по длительности операции, кровопотери, частоте конверсии, длительности госпитализации и осложнениям.

Результаты: прооперированы 44 пациента: 24 женщины и 20 мужчин, средний возраст- 47,0±8,9 года. Средний индекс массы тела составил 23,5±2,2 кг/м2. Опухоль правого надпочечника встречалась в 18 случаях, левого – в 26 случаях. Средний размер образования надпочечников составил 2,6±0,85 см. При предоперационном обследовании у 10 пациентов была выявлена феохромоцитома, у 8 – болезнь Кушинга. Болезнь Конна диагностирована у 6 больных, у остальных 20 негормонально-активная опухоль. Оперативное вмешательство проводилось в положении пациента на животе при этом тазобедренные суставы и колени сгибались под углом 75–90° и фиксировались в этом положении, создавая достаточное пространство между ребрами и подвздошным гребнем, тем самым обеспечивая свободное движение всех инструментов. Для прямого доступа к надпочечнику размещение троакаров при РПС АЭ без визуального контроля является безопасным, так как первоначально срединный троакар устанавливается в точке чуть ниже угла 12-го ребра, а от него, отступая около 5 см в медиальном и латеральном направлениях, происходит размещение остальных троакаров. Медиальный 10-мм трокар под углом около 45° позволял получить прямую визуализацию надпочечников и избежать изгиба камеры, боковой 5-миллиметровый трокар размещался точно латерально и ниже 11-го ребра. Ретроперитонеоскопия проводится с помощью эндоскопа 10 мм 30 градусов, который первоначально вводился через средний троакар, а затем перемещался через медиальный троакар вблизи позвоночника с вскрытием фасции Герота. Среднее время операции составило 60,1±21,16 мин, среднее падение гемоглобина- 0,47±0,26 г/л. Конверсия потребовалась у 1 пациента. Средний койко-день составил 4,0±0,91. Среднее значение времени восстановления после операции составило 12,18±1,7 дня. В окончательных результатах гистопатологического исследования преобладала аденома, которая была обнаружена в 25 случаях, феохромоцитома была выявлена в 10 случаях, липома надпочечника – в 4, доброкачественная кистозная опухоль – в 2, адренокортикальная карцинома – в 1 и миелолипома – в 1 случае

Обсуждение: ТПА в настоящее время используется в качестве стандартного метода хирургического лечения опухолей надпочечников, так как этот метод позволяет уменьшить послеоперационную боль, сократить время госпитализации, улучшить косметический результат. Однако при этом подходе необходимо мобилизовать внутрибрюшные органы и структуры, что сопряжено с высоким риском повреждения сосудов или органов, возможным развитием пареза кишечника после операции, задержкой CO2. Наиболее важными преимуществами ТПА является создание большого рабочего пространства в брюшной полости с более четкой визуализацией окружающих структур, а также наиболее знакомую хирургам анатомию. Поскольку большинство лапароскопических хирургов чувствуют себя безопаснее и увереннее при работе в более широком перитонеальном пространстве, они отказываются использовать РПС АЭ. В свою очередь РПС АЭ имеет ряд доказанных преимуществ по сравнению с ТПА: он обеспечивает прямой и быстрый доступ к надпочечнику без входа во внутрибрюшинную полость, отсутствие ретракции селезенки, поджелудочной железы или печени, небольшое пространство, в котором выполняется вся процедура, ограничивающая потенциальную максимальную кровопотерю, более короткое время операции, уменьшение боли в послеоперационном периоде

чем при ТПА, безопасность и эффективность у пациентов с серьезными сопутствующими заболеваниями или имеющих в анамнезе перенесенные лапароскопические операции с вероятным развитием спаечного процесса.

Выводы: ТПА является наиболее часто используемым методом лечения опухоли надпочечника во всем мире, РПС АЭ предлагает альтернативный метод лечения опухоли надпочечника с лучшими хирургическими результатами. РПС АЭ является эффективным методом лечения пациентов с опухолью надпочечника среднего размера, особенно менее 6 см. Это технически безопасно и связано с меньшей кровопотерей, более короткой госпитализацией, низким уровнем конверсии, меньшим количеством осложнений и ранним выздоровлением. Лапароскопический опыт и хирургические навыки являются важными факторами для достижения неизменно хороших результатов.

Ключевые слова: ретроперитоническая адреналэктомия, трансперитонеальная адреналэктомия, надпочечник, опухоль надпочечника.

---

98. Результаты эндоскопического лечения пациентов с ахалазией пищевода IV стадии

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

Новосибирск

1- Новосибирский Государственный Медицинский Университет2- 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 2017-2022 годы пероральная эндоскопическая миотомия выполнена 17 пациентам с ахалазией пищевода IV 16 пациентов (женщин – 9, мужчин – 8). Средний возраст пациентов на момент вмешательства 55 лет лет (от 30 до 74 лет). Давность заболевания 18,23 лет (2-40 лет).

Результаты и обсуждение. Длительность оперативного вмешательства составляла от 80 до 155 минут (в среднем значении 113 (95,0; 130,0) минут). Длина выполненной миотомии была от 7 до 17 см (в среднем 13,2 (11.0; 14,0) см). В течение операции у 1 (5,88%) пациента произошло повреждение слизистой оболочки в области кардии, что потребовало клипирования образовавшегося дефекта. Карбоксиперитонеум, потребовавший декомпрессии был у 2 (11,76%) пациентов. Интраоперационное кровотечение было у 1 (5,88%) пациента с длительностью заболевания 25 лет из-за изменений структуры мышечной ткани и воспалительного процесса в стенке пищевода, что несколько удлинило время операции и было остановлено при помощи щипцов для горячей биопсии. Осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали. В дальнейшем пациенты осмотрены в клинике в сроки от 1 года до 4 лет с выполнением рентгенологического и эндоскопического исследований. Во всех случаях свое состояние они расценивают как удовлетворительное. Прием пищи через рот восстановлен. Жалобы на затруднение при прохождении твердой пищи и чувство «инородного тела» были у 3 (17,64%) пациентов. При эндоскопическом исследовании у большинства (14 – 82,32%) пациентов) отмечена положительная динамика, выражающаяся в уменьшении диаметра пищевода и отсутствии содержимого в просвете. Кардия была приоткрыта у 11 (64,68%) пациентов, сомкнута и при этом свободно проходима для эндоскопа у 6 (35,52%). У 2 (11,76%) пациентов в просвете пищевода было небольшое количество жидкости, а кардия при этом зияла. У пяти (29,4%) пациентов диагностирован эрозивный эзофагит (степень А у 1, степень В у 3, степень С у 1). Терапия ингибиторами протонной помпы оказалась эффективной у всех пациентов.

Выводы. ПОЭМ является безопасным и эффективным методом лечения пациентов с ахалазией пищевода IV ст. Возникающий в послеоперационном период эрозивный рефлюкс-эзофагит, является единственным неблагоприятным моментом вмешательства, но может быть легко корригирован применением ингибиторов протонной помпы.

Ключевые слова: ахалазия пищевода, пероральная эндоскопическая миотомия, эндоскопия

---

99. Влияние эндоскопического подхода для гемитиреоидэктомии на послеоперационное качество жизни пациентов

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

Москва

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

Актуальность. Как демонстрируют современные исследования минимально инвазивных подходов в хирургии щитовидной железы (ЩЖ), преимущества эндоскопических операций в данной области заключаются, в первую очередь, в возможности улучшения показателей течения послеоперационного периода, в том числе за счет повышения качества жизни пациентов на разных сроках после проведения вмешательства.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде после эндоскопической гемитиреоидэктомии (ЭГ) в сравнении с гемитиреоидэктомией из традиционного открытого доступа (ОГ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения у 91 пациента с доброкачественными узловыми новообразованиями ЩЖ, которым было показано оперативное вмешательство в объеме гемитиреоидэктомии. В исследуемую группу были включены 44 пациента, которым была выполнена ЭГ посредством «безгазового» подмышечного доступа. Контрольную группу составили 47 пациентов, которым была проведена ОГ. В группе ЭГ было 9 мужчин (20,5%) и 35 женщин (79,5%) со средним возрастом 38,1±11,2 лет. В группе ОГ было 13 мужчин (28,7%) и 34 женщины (72,3%) со средним возрастом 39,4±12,1 лет. Средний объем ЩЖ составил соответственно 55,4±10,7 и 57,8±11,8 мл ($p>0,05$). Наличие многоузлового зоба было зафиксировано у 9 пациентов (20,5%) в группе ЭГ и у 11 больных (23,4%) – в группе ОГ ($p>0,05$). Тиреотоксикоз, обусловленный наличием тиреотоксической аденомы, был отмечен в 6 случаях (13,6%) и 5 случаях (10,6%) соответственно ($p>0,05$). У всех остальных пациентов было выявлено эутиреоидное состояние. Для оценки послеоперационного качества жизни больных был применен стандартный опросник SF-36. Анкетирование пациентов проводилось на сроках 1 и 6 месяцев после операции.

Результаты. Через 1 месяц после оперативного вмешательства по шкале SF-36 были отмечены статистически значимые различия в пользу группы ЭГ по сравнению с группой ОГ по критериям ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (85,6±12,4 против 63,0±14,8 баллов; $p<0,01$), социального функционирования (85,1±15,6 против 72,6±14,8 баллов; $p<0,05$) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (84,9±12,5 против 67,8±11,8 баллов; $p<0,05$). Обратила на себя внимание и определенная разница по показателю психического здоровья, который был выше в группе ЭГ (77,0±17,9 против 70,4±19,3 баллов), однако данные различия не носили статистически значимого характера ($p>0,05$). Через 6 месяцев после операции все показатели, связанные с физическим компонентом здоровья уже не демонстрировали статистически значимых различий между группами сравнения и были близки между собой. В то же время, критерии социального функционирования (94,0±7,3 против 85,4±9,6 баллов; $p<0,05$) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (93,1±8,6 против 81,1±11,2 баллов; $p<0,05$), из группы психологического компонента здоровья продолжали статистически значимо различаться в пользу группы, где были проведены эндоскопические операции. С точки зрения критерия психического здоровья было выявлено его выравнивание при сравнении в изучаемых группах (92,2±9,9 против 89,1±11,1 баллов; $p>0,05$). При этом следует отметить, что все показатели как физического, так и психологического компонента здоровья существенно повысились в обеих группах по сравнению со сроком наблюдения, равным 1 месяцу после проведения вмешательства.

Выводы. Проведение гемитиреоидэктомии посредством эндоскопического доступа позволяет достоверно повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде. При этом, в раннем послеоперационном периоде различия в качестве жизни больных между эндоскопическим и традиционным подходом отмечаются за счет критериев как физического, так и психологического компонента здоровья, а в отдаленном – сохраняются по ряду показателей психологического компонента здоровья.

Ключевые слова: щитовидная железа, эндоскопическая гемитиреоидэктомия, качество жизни, послеоперационный период

100. Оценка изменений голоса и акта глотания после эндоскопической и традиционной гемитиреоидэктомии

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

Москва

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

Актуальность. Изучению таких явлений, как нарушение голосовой функции и акта глотания после формально неосложненных операций на щитовидной железе (ЩЖ) в настоящее время уделяется недостаточное внимание. Между тем, применение эндохирургических технологий, включающих использование экстрацервикальных доступов к ЩЖ и исключающих полное послойное пересечение тканей в передней области шеи, представляется перспективным способом уменьшения риска развития данных состояний.

Цель исследования. Изучить в сравнительном аспекте частоту и выраженность нарушений со стороны голоса и акта глотания после эндоскопической гемитиреоидэктомии (ЭГ) и гемитиреоидэктомии из открытого доступа (ОГ).

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 44 пациента, у которых была проведена ЭГ из подмышечного «безгазового» доступа с использованием специализированного ретрактора. В контрольную группу было включено 47 больных, у которых осуществлялась ОГ. Группы были полностью сопоставимы по демографическим показателям (распределение по полу, возрасту, индексу массы тела) и критериям, связанным с заболеванием (размер узла и объем ЩЖ, распределение по результатам цитологического исследования). Наличие и степень выраженности нарушений голоса и глотания определялись спустя 1 и 6 месяцев после операции при использовании опросника, в котором пациенты давали субъективную балльную оценку своих ощущений (0 баллов – отсутствие изменений по сравнению с периодом до вмешательства, 1 балл – незначительные изменения, 2 балла – умеренные изменения, 3 балла – значительные изменения).

Результаты. При анализе нарушений голосовой функции через 1 месяц после проведения операции было выявлено, что 5 пациентов (11,4%) в исследуемой группе и 10 больных (21,3%) из контрольной группы отметили те или иные изменения ($p>0,05$). После ЭГ 3 пациента (6,8%) оценили изменения голоса на 1 балл, по 1 пациенту (по 2,3%) – на 2 и 3 балла. После ОГ количество больных, отметивших соответствующие изменения, было равно 5 (10,6%), 3 (6,4%) и 2 (4,3%). Все случаи выраженных изменений в обеих группах были связаны с временными односторонними парезами голосовых связок, а все умеренные и незначительные изменения голоса были отмечены на фоне неосложненных операций. Через 6 месяцев после вмешательства, сохранение у себя изменений голоса той или иной степени выраженности отметили 2 пациента (4,6%) в исследуемой группе и 4 больных (8,5%) из контрольной группы ($p>0,05$). При этом все пациенты с ранее выявленными выраженными нарушениями на фоне ограничения подвижности голосовых связок отметили полное разрешение симптоматики. Изменения со стороны акта глотания различной степени выраженности через 1 месяц после операции отметили 6 пациентов (13,6%) после ЭГ и 17 больных (36,2%) после ОГ, что оказалось статистически значимым различием ($p<0,05$). В исследуемой группе 4 пациента (9,1%) оценили изменения акта глотания на 1 балл, а 2 больных (4,5%) – на 2 балла. В контрольной группе 10 (21,3%) больных обозначили незначительные изменения, 6 пациентов (12,8%) – умеренные и 1 больной (2,1%) охарактеризовал свое состояние, как выраженное нарушение акта глотания (при отсутствии затруднений в прохождении как жидкой, так и твердой пищи), хотя имело место формально неосложненное течение послеоперационного периода. Наличие ощущений дискомфорта при глотании через 6 месяцев после операции продолжали отмечать 3 пациента (6,8%) в исследуемой группе и 9 больных (19,1%) из группы контроля ($p>0,05$).

Выводы. Проведение гемитиреоидэктомии в эндоскопическом варианте характеризуется снижением частоты и выраженности нарушений голоса и акта глотания по сравнению с традиционной открытой операцией. Реализация данных преимуществ основана на возможности оперирования в условиях более полноценного осмотра операционного поля, а также за счет уменьшения площади диссекции тканей в передней области шеи, что способствует уменьшению отека в раннем послеоперационном периоде и сокращению объема спаечного процесса в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: щитовидная железа, эндоскопическая гемитиреоидэктомия, нарушения голоса, нарушения акта глотания

101. Хирургическая обработка при лечении остеомиелита длинных костей у взрослых

Борисов И.В., Митиш В.А., Пасхалова Ю.С., Ушаков А.А., Божьева Е.И., Магомедова С.Д., Оруджева С.А., Блатун Л.А., Звягин А.А.,

Москва

1) ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России 2) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобра России,

Актуальность проблемы. Остеомиелит длинных костей остается наиболее распространенным и тяжелым заболеванием опорно-двигательного аппарата человека, и отсутствует тенденция к снижению частоты развития его даже в специализированных травматолого-ортопедических клиниках. Успех лечения больных остеомиелитом во многом зависит от качества хирургической обработки, что является сложной задачей из-за необходимости удаления всех некротизированных и нежизнеспособных тканей, при сохранении при этом как можно больше непораженных тканей. При проведении хирургической обработки по-прежнему полагаются на визуальный признак «кровяной росы или паприки» для определения интраоперационных краев санации костной раны. Новые научные данные о патогенетических механизмах персистенции инфекции и рецидивов остеомиелита, таких, как ускользание золотистого стафилококка от иммунной системы с помощью образования абсцесса, формирования биопленки, инвазии остеоцитарно-лакуноканаликулярной сети и внутриклеточная персистенция, показывают, что проблема ликвидации костной инфекции современными методами не решена.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения остеомиелита длинных костей у взрослых.

Материалы и методы исследования. Обобщен опыт хирургического лечения 680 взрослых больных остеомиелитом длинных костей. Разработано комплексное лечение, основным составляющим которого является радикальная хирургическая обработка гнойно-некротической раны с удалением некротизированных, нежизнеспособных, инфицированных тканей, с выполнением краевой, концевой и сегментарной резекции пораженных участков кости. Объем и характер хирургической обработки во многом зависят от типа поражения длинных костей (по классификации Амирасланова Ю.А., 2005 год). При медуллярном остеомиелите (гематогенный остеомиелит, нагноение после интрамедуллярного остеосинтеза – у 109 пациентов) лечение включало различные методы трепанации кости с удалением секвестров из костномозговой полости. Операцией выбора при этом типе поражения являлась костнопластическая трепанация. Основной задачей при поверхностном остеомиелите (поражение компактного вещества кости – у 37 больных) было восстановление покровных тканей вокруг кости после кортикоэктомии васкуляризованными лоскутами. Компонентами лечения очагового остеомиелита (ограниченный гнойно-некротический процесс в компактном веществе кости и костномозговой полости – у 208 пациентов) являлись хирургическая обработка с последующей пластикой образовавшихся костных полостей в основном мышечными лоскутами. При диффузном остеомиелите (поражение всего диаметра или целого сегмента кости при открытых переломах и ложных суставах, осложненных гнойной инфекцией – у 326 больных) требовалось проведение сегментарной резекции кости, иммобилизации сегмента конечности аппаратом внешней фиксации с последующим замещением сегментарного дефекта кости методом Илизарова.

Результаты исследования. Ликвидировать воспалительный процесс и восстановить функцию конечностей удалось у 632 (93,0%) пациентов.

Обсуждение. Хирургическое лечение остеомиелита – длительный процесс, который зависит от тяжести, локализации, а также клинико-анатомической формы заболевания. Состоит из двух основных этапов – хирургической обработки гнойно-некротического очага с последующим замещением образовавшихся дефектов костей и мягких тканей. Однако следует подчеркнуть, что положительный результат лечения больного остеомиелитом возможен только при радикальном удалении гнойно-некротического очага. Без этого проведение реконструктивно-восстановительных операций бессмысленно.

Заключение. Для улучшения результатов хирургического лечения больных остеомиелитом длинных костей требуется совершенствование доступов к очагу поражения, радикализм при проведении хирургической обработки, внедрение современной аппаратуры, позволяющей полноценно и атравматично обработать пораженную кость с одновременной ирригацией и аспирацией, а также применение ранних реконструктивно-восстановительных операций.

Ключевые слова: хронический остеомиелит, хирургическая обработка, реконструктивно-восстановительные операции

102. Уровень болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде после эндоскопической и традиционной гемитиреоидэктомии

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

Москва

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

Актуальность. Наиболее распространенные экстрацервикальные подходы для эндоскопических операций на щитовидной железе (ЩЖ) предполагают значительный объем диссекции тканей для создания доступа непосредственно к резецируемому органу. И вследствие того, что общая площадь диссекции превышают таковую при открытых вмешательствах, закономерно возникает вопрос об интенсивности болевого синдрома после эндоскопических операций в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Сравнить уровень болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде после эндоскопической гемитиреоидэктомии (ЭГ) и после гемитиреоидэктомии из традиционного открытого доступа (ОГ).

Материалы и методы. 44 пациента после выполнения ЭГ составили исследуемую группу, в то время как 47 больных после проведения ОГ были включены в контрольную группу. Всем пациентам гемтиреоидэктомия была выполнена при локализации узла/узлов в одной доле ЩЖ; доброкачественном характере заболевания (TIRADS 2-3 и Bethesda II или IV) при диаметре узла не более 6,0 см и объеме ЩЖ не более 70 мл. В исследуемой группе вмешательства были проведены по методике подмышечного доступа без инсуффляции углекислого газа и с введением специализированного ретрактора. Уровень болевого синдрома оценивался по 10-ти балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Уровень боли по ВАШ оценивался раздельно для анатомических областей выше ключицы (передняя и боковая области шеи, надключичная область) и ниже ее (передняя верхняя область груди, подмышечная область). Пациенты заполняли опросник по ВАШ в течение первых 6 суток после операции, отмечая степень выраженности болевого синдрома соответственно локализации.

Результаты. При раздельном изучении уровня болевого синдрома было выявлено, что интенсивность боли в областях выше ключицы была меньше в группе ЭГ на всем протяжении отслеживания. Статистическая значимость различий ($p<0,05$) в интенсивности болевого синдрома была выявлена на сроках 12-48 часов после проведения оперативного вмешательства, а статистически высоко значимыми ($p<0,01$) они были в интервале 36-48 часов. Наиболее интенсивная боль как в исследуемой группе, так и в контрольной группе была отмечена через 36 часов после операции и в среднем была равна 4,8 и 6,1 баллов соответственно. Максимальная средняя разница в оценке интенсивности боли выше ключицы составила 2,3 балла по ВАШ и наблюдалась через 48 часов после проведения операции. В областях ниже ключицы была отмечена обратная динамика – болевой синдром был сильнее выражен на всем протяжении его оценки в исследуемой группе. При этом статистически значимой ($p<0,05$) данная разница оказалась на протяжении 12-96 часов после операции, а в интервале 24-48 часов она была статистически высоко значимой ($p<0,01$). Наиболее выраженная боль после ЭГ была равна в среднем 6,8 баллов и была отмечена пациентами через 36 часов после вмешательства. После ОГ пик интенсивности боли пришелся на срок 24 часа после операции и составил в среднем 1,9 баллов. Максимальная средняя разница в оценке интенсивности болевого синдрома в областях ниже ключицы составила 5,0 баллов по ВАШ и была отмечена через 36 часов после вмешательства. Следует отметить, что полученные разнонаправленные результаты связаны с особенностями оперативного доступа при ЭГ, при котором формируется протяженный субфасциальный тоннель от разреза в подмышечной области до ЩЖ, что сопровождается большой площадью диссекции клетчатки в проекции подмышечной и передней верхней грудной областей. В то же время, в области передней поверхности шеи площадь диссекции тканей меньше, чем при традиционном вмешательстве, отсутствует разрез кожи, а претиреоидные мышцы пересекаются только частично.

Выводы. При раздельной оценке выраженности боли на протяжении раннего послеоперационного периода было выявлено, что после ЭГ по сравнению с ОГ болевой синдром меняет свои характеристики и отличается усилением интенсивности боли в подключичных анатомических областях и ее ослаблением в областях над ключицей.

Ключевые слова: щитовидная железа, эндоскопическая гемитиреоидэктомия, болевой синдром, ранний послеоперационный период

103. Перспективы применения программируемых санационных технологий в комплексном лечении гнойных заболеваний мягких тканей

Сергеев В.А., Глухов А.А., Морозов Ю.М., Мурадян В.Ф.

1) Воронеж,
2) Орел

1) ВГМУ,
2) ОГУ,
3) ООКБ

Актуальность. Растущая частота распространения раневой инфекции среди стареющего населения придает этой проблеме особую актуальность и социальную значимость. Согласно данным главного хирурга Минздрава А. Ш. Ревишвили, госпитальная летальность при гнойных заболеваниях в Российской Федерации за последние три года выросла и составила в 2021 году 5,38%. Безусловно, существует необходимость поиска новых технических подходов и методов, направленных на быстрое и качественное очищение раневой поверхности, противодействие бактериальной колонизации и инфекции, стимуляцию репаративных процессов.

Цель. Оценить эффективность применения программируемых санационных технологий при лечении гнойных заболеваний мягких тканей

Материал и методы. За 2010-2022 годы изучены результаты лечения 172 пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей в возрасте от 22 до 84 лет. Дизайн исследования включал 2 клинических блока. В первом блоке анализированы результаты лечения 125 пациентов с флегмонами мягких тканей (основная группа – 66, контрольная – 59 больных). Во втором клиническом блоке наблюдали 47 пациентов с гнойными ранами различных локализаций (основная группа – 25, контрольная – 22 пациент). В контрольных группах лечение ран проводилось открытым способом, применяли растворы йодофоров и мази на ПЭГ-основе. В основных группах двух клинических блоков после вскрытия и проведения хирургической обработки гнойного очага (ХОГО) рану дренировали трубчатыми дренажами, выводили их через контрапертуры, рана ушивалась наглухо. Дренажи подсоединяли к оригинальному устройству АМП-01, где устанавливали индивидуально подобранные параметры процессов ирригации и вакуумирования гнойной полости.

Результаты. В первом и втором клинических блоках по результатам дисперсионного анализа с повторными измерениями нормализация значений температуры, количества лейкоцитов и снижение уровня микробной обсемененности ниже критического уровня в основной группе достоверно наблюдали в более короткие сроки по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Сроки стационарного лечения в основной группе (1 клинический блок) оказались меньше, по сравнению с контрольной группой – 9,66±0,76 и 16,73±1,16 койко-дней соответственно ($p<0,001$). Длительность полного заживления ран в основной группе также была меньше, чем в контрольной группе – 14,75±0,98 и 22,00±2,21 суток соответственно ($p<0,001$). По результатам цитологического исследования в основной группе пациентов наблюдалось более быстрое снижение числа дегенеративных форм нейтрофилов, более быстрое увеличение количества макрофагов, фибробластов по сравнению с контрольной группой. Во втором клиническом блоке сроки стационарного лечения в основной группе составили 9,61±0,6, в контрольной группе – 14,38±1,12 койко-дней, длительность полного заживления ран в основной группе – 14,65±0,8, в группе сравнения – 22,52 ± 1,82 суток (различия статистически значимы).

Обсуждение. В проведенном исследовании доказана эффективность применения программируемых санационных технологий в комплексном лечении гнойных заболеваний мягких тканей по сравнению с традиционными методиками. Раннее наложение швов на гнойную рану после ХОГО, программное обеспечение процесса дренирования в послеоперационном периоде с вакуумированием в полной мере соответствуют принципам активного хирургического лечения. В основных группах (1 и 2 клинический блок) было достоверно доказана более быстрая деконтаминация раневой полости ($p<0,001$), сокращение сроков 1 фазы раневого процесса, более раннее появление фибробластов, что свидетельствовало об активных регенераторных процессах. Сроки госпитализации пациентов в основной группе сократились в 1,6 раза.

Вывод. Программируемые санационные технологии в комплексном лечении гнойных заболеваний мягких тканей способствуют качественной санации гнойного очага, ускоряют дифференцировку и образование соединительной и эпителиальной ткани, что приводит к сокращению всех фаз раневого процесса и сроков лечения данного контингента больных.

Ключевые слова: гнойная рана, флегмона, хирургическая обработка гнойного очага, программируемая санация, заживление раны

104. Применение транскатетерной артериальной эмболизации при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в условиях стационара скорой помощи.

Парфёнов А.О. (1,2), Вербицкий В.Г. (1,2), Демко А.Е. (1,2), Кандыба Д.В. (2), Платонов С.А. (2), Киселев М.А. (2)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
2) Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) и желудка осложняется в 10-20% случаев. Кровотечение является наиболее распространенным осложнением язвенной болезни, заболеваемость составляет от 19 до 57 на 100 тыс. населения. Общая и послеоперационная летальность при язвенном гастродуоденальном кровотечении (ЯГДК) достигает 6-16%. В группе пациентов с высоким риском рецидива кровотечения, высокой коморбидностью, применение транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЭ) является альтернативой паллиативным оперативным вмешательствам.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 30 пациентов (основная группа) с ЯГДК, которым была выполнена ТАЭ с целью профилактики рецидива геморрагии в условиях НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2018 по 2021 г. В группу были включены пациенты со средним возрастом 64,9±15,7, с высокой коморбидностью (индекс коморбидности Чарлсона 4,5) и кровопотерей более 30% объема циркулирующей крови. Тяжесть состояния по шкале APACHE II составляла: у 24 пациентов – 26 и более баллов, а у 6 пациентов – 20-25 баллов. По локализации язвы пациенты распределились следующим образом: по малой кривизне желудка у 18 (60%) пациентов, по задней стенке желудка у 6 (20%), по большой кривизне желудка у 1 (3,3%), передняя стенка луковицы ДПК у 5 (16,7%) человек. У всех пациентов размер язвенного дефекта более 2,0 см. Активность кровотечения по классификации J.A. Forrest (1974) составила: F 1A – в 4 (13,3%) случаях, F 1B – в 6 (20%), F 2A у 12 (40%), F 2B- 5 (16,7%) пациентов и F 2C у 3 (10%) пациентов. В 15 случаях выполнялся комбинированный эндоскопический гемостаз при первичной ВГДС. У всех больных эндоскопический гемостаз был эффективен. С целью дооперационной навигации в 9 (30%) случаях выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости дополненная внутривенным контрастированием. У 1 (3,33%) пациента выявлена экстравазация контрастного вещества. В качестве эмболизирующего агента в 17 наблюдениях применялась клеевая адгезивная композиция, в 10 случаях- микроспирали, в 2 случаях комбинация микроспиралей и клеевой композиции и в 1 наблюдении комбинацией гемостатической губки с микроспиралями. Контрольную группу составили 30 пациентов с ЯГДК, схожие по возрастным показателям и тяжести сопутствующей патологии, которым после эндоскопического гемостаза ТАЭ не выполнялась.

Результаты исследования. Технический успех ТАЭ наблюдался в 30 (100%) случаях. Неблагоприятный исход в основной группе у 7 больных (23%). Во всех наблюдениях причиной смерти послужила декомпенсация тяжелых, конкурирующих с ЯГДК общесоматических заболеваний. Рецидив кровотечения наблюдался у 4 больных (13,3%). В контрольной группе умерли 8 пациентов (26,6%). Повторный рецидив кровотечения возник у 7 (23,3%) больных. Двум пациентам (6,67%) удалось выполнить повторный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом, в 3 (10%) случаях выполнено паллиативное оперативное вмешательство, 2 пациентам (6,67%) выполнена ваготомия с дренирующей желудок операцией.

Выводы. Таким образом, применение ТАЭ является альтернативой открытой паллиативной операции. Применение эндоваскулярного гемостаза с целью профилактики рецидива кровотечения в группе соматически тяжелых пациентов с ЯГДК целесообразно. Отсутствие существенных отличий между основной и контрольной групп по показателю летальности, по нашему мнению, обусловлено тяжестью общесоматического состояния пациентов, включенных в исследование. Применение КТ с целью дооперационной навигации позволяет повысить эффективность выполнения ТАЭ. Немаловажным является выбор агентов для эмболизации в зависимости от локализации и диаметра источника кровотечения.

Ключевые слова: язвенная болезнь, кровотечение, транскатетерная артериальная эмболизация

---

105. Результаты местного лечения раны (активное дренирование) у пациентов с несформированными кишечными свищами, как способ подготовки к радикальному хирургическому лечению

Ахтанин Е.А., Стручков В.Ю., Шукуров К.У., Марков П.В.

Москва

ФГБ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Кишечные свищи, нередко встречаются в хирургической практике. Особое внимание уделяется высоким несформированным кишечным свищам (НКС). В схему лечения входит консервативное и оперативное лечение. Одним из консервативных методов лечения является местное лечение, заключающееся в защите тканей от агрессивного кишечного содержимого и способах

адекватного дренирования раны. Методы дренирования различны – в зависимости от принципа их работы, материала дренажей, конфигурации раны, морфологии и количества свищей. Активное дренирование является наиболее эффективным способом местного лечения раны.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов местного лечения 31 пациента с НКС с 01.01.2017 по 31.12.2022 гг. У 19 пациентов лечение проводилось в абдоминальном отделении НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского. Из них 11 пациентов были переведены из различных регионов с НКС требующего местного лечения, у остальных – 8 пациентов – НКС, развился, как осложнение в раннем послеоперационном периоде в отделении абдоминальной хирургии. У 12 пациентов с НКС местное лечение проводилось в лечебных учреждениях различных регионов РФ с очными консультациями и ведением больного совместно с сотрудниками отделения абдоминальной хирургии. Тонкокишечные свищи были у 18 пациентов, из них высокий свищ у 9 пациентов; толстокишечные – у 6 пациентов; комбинированный тонко-толстокишечный свищ был у 7 пациентов. Свищ, открывающийся в плоскую гнойно-гранулирующую рану был у 19 пациентов, свищ через гнойную полость – у 12 пациентов. Все – 31 пациент, имели выраженный контактный дерматит, мацерацию и инфильтрацию краев раны.

Результаты. У 31 пациента применялись методы активного дренирования раны. Методы восстанавливающие пассаж по кишечному тракту: использование обтураторов – у 4-х пациентов; приводяще-отводящее дренирование (протезирование пассажа) – у 4-х пациентов. Методы не восстанавливающие пассаж по кишечному тракту: дренирование в «струе» воздуха (по Чаффину) – 12 пациентов; дренирование в герметичной полости – у 5-ти пациентов; проточно-промывное дренирование – 6 пациентов. В 4-х случаях при использовании обтуратов количество кишечного отделяемого в рану прекращалось. При использовании метода «протезирование пассажа» у 3-х больных также отмечалось значительное уменьшение количества отделяемого, из них у 1-го отделяемое сократилось до минимума, у 1 пациента – полное прекращение отделяемого. При использовании метода Чаффина подтекание и неадекватный забор кишечного содержимого наблюдался у 8 больных, из 12-ти, что требовало коррекции дренажа. Дренирование в герметичной полости было эффективно, только у 3-х пациентов, остальным 2-м пациентам был использован метод проточно-промывного дренирования. Проточно-промывное дренирование было эффективно во всех 6-ти случаях. Методы дренирования при которых удавалось сразу наладить адекватный забор кишечного содержимого признаки мацерации и контактного дерматита были купированы на 3-и сутки – у 19-ти пациентов, что ускорило процесс формирования свища. У 12-ти пациентов с неадекватным забором кишечного содержимого, требующих коррекции дренажа, либо использование другого метода дренирования, признаки мацерации и дерматита были купированы на 7 – 10-е сутки, после подбора адекватного метода дренирования.

Заключение. Кишечные свищи нередко встречаются в хирургической практике и являются тяжелым, а иногда и фатальным осложнением в хирургии органов брюшной полости и малого таза. Особую сложность представляют НКС. Лечение такой категории больных длительное и многоэтапное включающее, нутритивную поддержку, активное дренирование раны и контроль гнойно-септических осложнений. Подбор способа дренирования раны при НКС индивидуален и зависит от многих факторов. Адекватное активное дренирование раны является важным аспектом в консервативном лечении НКС, позволяющее ускорить процесс формирования свища и уменьшить сроки подготовки пациента к радикальному хирургическому лечению.

Ключевые слова: Кишечный свищ, активное дренирования

---

106. Эмпирическая антибактериальная терапия при местных формах аппендикулярного перитонита в различном возрасте

Маркосьян С.А. (1), Чарышкин С.А. (1), Кемаев А.Б. (2)

Саранск

1) МГУ им. Н.П. Огарёва,
2) ДРКБ

Актуальность. До настоящего времени лечение больных различного возраста с местными формами аппендикулярного перитонита сопряжено с трудностью подбора адекватной стартовой антибактериальной терапии, особенно на раннем госпитальном этапе, когда этиологический фактор внутрибрюшного гнойно-воспалительного процесса остается неизвестным. Разнообразие патогенных микроорганизмов, способных вызвать острое воспаление в брюшной полости, зачастую требует продолжительного времени для установления конкретной причины развития указанной патологии, что ведет к запоздалой диагностике и несвоевременному хирургическому лечению.

Материал и методы. Проводилось ретроспективное исследование 115 детей с местными формами аппендикулярного перитонита. При этом рыхлый аппендикулярный инфильтрат имел место у 74 пациентов (64,4%), плотный инфильтрат – у 1 ребенка (0,9%), периаппендикулярный абсцесс – у 12 больных (10,4%), местный неот-

граниченный перитонит – у 28 детей (24,3%). Согласно возрастным периодам развития все пациенты были разделены на 5 возрастных групп: 1-3 года (ранний возраст), 4-6 лет (дошкольный возраст), 7-11 лет (младший школьный возраст), 12-16 лет (подростковый возраст), 17-18 лет (юношеский возраст). Всем детям выполнялось бактериологическое исследование содержимого брюшной полости с последующей идентификацией патогенных микроорганизмов и их чувствительности к антибактериальным препаратам. В качестве антибиотиков стартового ряда применялись амикацин, цефтриаксон и цефотаксим. Полученные результаты. Оперативному лечению было подвергнуто 114 пациентов (99,1%). Ребенок с плотным аппендикулярным инфильтратом получал консервативную терапию. Рыхлый аппендикулярный инфильтрат наиболее часто встречался у детей старших возрастных групп, причем у больных 17-18 лет в 100% наблюдений. Периаппендикулярный абсцесс и местный неотграниченный перитонит преобладали у пациентов самой младшей возрастной группы и составили по 50% случаев. У детей с рыхлым аппендикулярным инфильтратом самым частым выделенным возбудителем являлась кишечная палочка (15,8%). При периаппендикулярном абсцессе и местном неотграниченном перитоните данный микроорганизм высевался соответственно в 4,4 и 5,3% наблюдений. Вторым по значимости патогенным микроорганизмом оказалась синегнойная палочка, которая идентифицировалась при рыхлом аппендикулярном инфильтрате в 10,5%, при периаппендикулярном абсцессе – в 1,8%, при местном неотграниченном перитоните – в 3,5%. В 11,4% случаев встречалась ассоциация различных микроорганизмов с преобладанием кишечной палочки. У 35,1% пациентов микрофлора не была выделена. Из рассматриваемых антибактериальных препаратов высокая чувствительность кишечной палочки к амикацину обнаруживалась в 82,8%, к цефтриаксону – в 62,1% и цефотаксиму – в 55,2% случаев. Синегнойная палочка проявляла высокую сенсибилизацию к амикацину у всех без исключения пациентов и только в 22,2% – к цефтриаксону и в 38,9% – к цефотаксиму. Чувствительность ассоциированной микрофлоры к амикацину составила 63,6%, к цефтриаксону – 36,4% и цефотаксиму – 27,3%.

Обсуждение. Таким образом, у пациентов младшего возраста чаще встречались периаппендикулярный абсцесс и неотграниченный перитонит, у больных старших возрастных групп – аппендикулярный инфильтрат. Среди выделенной патогенной микрофлоры преобладали кишечная палочка и синегнойная палочка, которые проявляли наибольшую чувствительность к амикацину.

Выводы. В структуре местных форм аппендикулярного перитонита доминирует рыхлый аппендикулярный инфильтрат, который наиболее часто диагностируется у детей старших возрастных групп. Высокая чувствительность выделенных микроорганизмов к амикацину является показанием для широкого его использования при проведении эмпирической антибактериальной терапии в различном возрасте.

Рекомендации. Учитывая наибольшую чувствительность многих патогенных штаммов и их ассоциаций к амикацину, следует рекомендовать данный препарат в качестве антибиотика стартового ряда при местном аппендикулярном перитоните.

Ключевые слова: дети, возраст, местный аппендикулярный перитонит, эмпирическая антибактериальная терапия

---

107. Способ профилактики пострезекционной печеночной недостаточности

Тропин В.Е., Пельц В.А.

Кемерово

ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского

Актуальность: В течение последних 10 лет неуклонно растет заболеваемость очаговыми образованиями печени, как доброкачественной этиологией, так и злокачественной. Методом выбора лечения данных пациентов является хирургический, то есть резекция печени различного объема. Нередко для достижения R0 резекции показана обширная резекция печени. Однако, выполнение операций данного объема сопряжено с высоким риском развития послеоперационной печеночной недостаточности, обусловленной низким функциональным статусом печени на фоне проводимых химиотерапий, фиброза/цирроза печени, стеатоза печени, а также малого объема ремнанта. С целью конверсии пациентов в курабельный статус существуют методики по профилактике пострезекционной печеночной недостаточности.

Цель исследования: Проанализировать результаты лапароскопического клипирования правой ветви воротной вены, как способа профилактики пострезекционной печеночной недостаточности.

Материалы и методы: С 2018 года по 2023 год в Кузбасском областном гепатологическом центре пролечены 38 пациентов с очаговыми образованиями печени различной этиологией. Мужчин было 21(55.2%), женщин 17(44.8%), средний возраст составил 52.1±12.7 лет. По этиологическому признаку заболевания пациенты распределены следующим образом: колоректальные метастазы печени – 18(47.3%), эхинококкоз печени – 5(13.2%), гепатоцеллюлярный рак печени – 8(21.1%), гемангиома печени – 5(13.2%), холангиоцеллюлярный рак – 2(5.2%). Всем пациентам была показана правосторонняя гемигепатэктомия. По данным томографических и ультразвуковых исследований объем планируемого остатка печени

составлял в среднем 18.1%, что являлось крайне малым объемом для выполнения безопасной R0 резекции печени.

Результаты: первым этапом всем пациентам с целью создания викарной гипертрофии контрлатеральной доли печени выполнено лапароскопическое клипирование правой ветви воротной вены. Во всех случаях осложнения по шкале Clavien-Dindo расценены как I степень. Летальных исходов не было. Срок пребывания в стационаре в среднем составил 5 койко-дня. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. В динамике по данным УЗИ и КТ-волюмометрии печени через 4-6 недель в 35 случаях (92.2%) зафиксирована викарная гипертрофия контрлатеральной доли печени в среднем на 36%. В 3 случаях (7.8%) прироста ремнанта зафиксировано не было, в одном из которых диагностировано метастазирование в левую долю печени. Вторым этапом через 4-6 недель 35(92.2%) пациентам выполнена резекция печени:: в 29 (82.8%) случаях правосторонняя гемигепатэктомия, в 6(17.1%) – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. В 3 (8.6%) случаях пострезекционная печеночная недостаточность, расцененная по шкале ISGLS, составила класс А. Печеночная недостаточность купирована на фоне консервативной терапии. Осложнения по шкале Clavien-Dindo в 3 (8.6%) случаях составило II степень, в 32 (91.4%) случаях I степень. Летальных исходов зафиксировано не было. Срок пребывания в стационаре в среднем составил 13 койко-дней.

Выводы: лапароскопическое клипирование правой ветви воротной вены позволяет безопасно и эффективно в короткие сроки сформировать викарную гипертрофию для выполнения в последующем безопасной резекции печени. Лапароскопическое клипирование правой ветви воротной вены позволяет осуществлять конверсию ранее считавшихся радикально неоперабельных больных в курабельный статус.

Ключевые слова: викарная гипертрофия, пострезекционная печеночная недостаточность, гемигепатэктомия

---

108. Организация подразделений регенеративной медицины для оказания помощи пациентам с хроническими ранами

Павлова О.В., Черепанин А.И.

Москва

ФНКЦ ФМБА РФ

Актуальность. В 2017г. было зарегистрировано 570 миллионов хронических ран в 195 странах мира. Количество хронических ран ежегодно увеличивается. Этому способствует рост заболеваемости СД, декомпесация хронических сосудистых, системных и метаболических заболеваний, пролежневой травмы, течение которых усугубилосьв эпоху пандемии SARS-Cov-2, а также хронических посттравматических ран, полученных в результате военных конфликтов, в том числе мирными жителями. В связи с этим возникает необходимость поиска альтернативных способов лечения этого вида патологии и организационных мер. Одним из таких инновационных методов лечения является использование технологий, основанных на стимуляции роста и моделирования собственных тканей пациента и создание индивидуальных персонифицированных раневых покрытий. Этот метод также может быть использован при невозможности проведения пластических операций по техническим или витальным показаниям, поливалентной лекарственной аллергии при подборе перевязочных средств.

Материалы и методы По нашему мнению одним из вариантов решения этой проблемы является организация мобильных легко встраиваемых и демонтируемых подразделений регенеративной медицины для:стационаров, военно-полевых госпиталей, тыловых госпиталей, амбулаторной помощи в условиях КДЦ, частных клиник. Комплектация таких подразделений должна соответствовать решению поставленных задач, при этом базовая структура должна быть единой, но гибко адаптируемой в зависимости от условий. Нами с 2018г. по настоящее время используются элементы организации регенеративной помощи пациентам с хроническими ранами в амбулаторных условиях, которые показали свою надёжность и эффективность. В амбулаторных условиях были использованы методы : аутолитического, хирургического и микрохирургического (авторский метод) дебридмента, стимуляции репарации и защиты путем изготовления индивидуальных покрытий: композиции PRP терапии с коллагеном или композицией водорастворимых полисахаридов растительного происхождения; композиции кондиционированной клеточной среды с коллагеном; метод пересадки аутоэпителия по рельефу раны(авторский метод). Таким способом было пролечено 126 пациентов с хроническими ранами различной этиологии. У 95(75%) пациентов раны полностью эпителизировались, у оставшихся 25% неполная регенерация обусловлена терминальной стадией онкологических и других системных заболеваний, либо не приверженностью лечению и

проживанием в других регионах.

Выводы: Эффективность современного лечения хронических ран может быть значительно улучшена путем использования комплекса организационных мероприятий и технологий регенеративной медицины

Ключевые слова: хронические раны, организация подразделений регенеративной медицины

---

109. Влияние метода фиксации и локализации эндопротеза на спайкообразование при IPOM-пластике у крупных животных

Армашов В.П. (1,1), Белоусов А.М. (2,2), Потапов П.А. (1,3), Левикин К.Е. (1,1), Хакимназаров Т.Б. (1,1), Матвеев Н.Л. (1,1)

1) Москва,
2) Санкт-Петербург

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
2) СПбГУ, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова,
3) МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Существует мнение, что при интраперитонеальной герниопластике по методике IPOM на спайкообразование влияет не только структура импланта, но и комплекс других факторов.

Целью данного исследования явилась оценка зависимости параметров спайкообразования от метода фиксации и зоны установки эндопротезов на брюшной стенке.

Материал и методы. Исследование выполнено на 3 взрослых свиньях. При лапароскопии у каждого животного интраперитонеально устанавливали 6 эндопротезов: Фторэкс, Фторэкс с покрытием из карбоксиметилцеллюлозы, Реперен, Symbotex, Ventralight ST, пластина из децеллюляризированной брюшины. Для фиксации использовали спирали из поли-D, L-лактида (SorbaFix) или полиэфирэфиркетона и нержавеющей стали (CapSure). Через 45 суток выполняли лапароскопию, через 90 суток животных выводили из эксперимента. Оценивали количество имплантов с адгезией, площадь импланта, вовлеченную в спайки, вид и прочность сращений, проводили оценку спайкообразования по шкале M.P. Diamond. Полученные результаты. Количество имплантов с спайками при использовании рассасывающихся фиксаторов к 45 суткам после операции оказалось в 2,3 раза больше (77,8% против 33,3%, p = 0,15), а шансы возникновения спаек – в 7 раз выше. К 90 суткам указанный параметр при применении нерассасывающихся фиксаторов составил 11,1%, рассасывающихся – 66,7% (p = 0,05), а шансы образования спаек различались в 16 раз. Достоверные различия в пользу нерассасывающихся фиксаторов получены по таким параметрам, как площадь импланта, вовлеченная в спайки (к 45 и 90 суткам), внешний вид спаек (к 45 и 90 суткам), прочность спаек (к 90 суткам) и интегральная шкала спайкообразования M.P. Diamond (к 90 суткам). При изучении влияния локализации эндопротеза к 45 суткам количество имплантов с спайками для эпигастрия составило 100%, мезогастрия – 50%, гипогастрия – 16,7% (p = 0,01). К 90 суткам показатель в эпигастрии составил 66,7%, в мезогастрии – 50%, в гипогастрии имплантов с спайками не выявлено (p = 0,05). Достоверность на этом этапе оказалась выше при сравнении результатов в эпи- и гипогастрии (p = 0,04). Другие исследуемые показатели к 45 суткам также имели достоверную зависимость от зоны локализации эндопротеза. Наибольшие значения отмечены в эпигастрии, наименьшие – в гипогастрии. Наиболее четко зависимость прослеживалась при оценке данных по шкале спайкообразования, где медиана в эпигастрии составила 6 (5 – 7), в мезогастрии – 2 (0 – 4), в гипогастрии – 0 (0 – 0) при p = 0,01. К 90 суткам зависимость уже не имела достоверного характера.

Обсуждение.

Результаты исследований, изучающих влияние фиксаторов на спайкообразование в зоне эндопротеза при IPOM, неоднозначны. В большей части работ, сравнивающих адгезию при применении абсорбируемых и неабсорбируемых фиксаторов, достоверная разница отсутствует. Проведенное исследование представляет большой интерес, так как использование рассасывающихся фиксаторов вызвало более выраженное спайкообразование. Влияние зоны локализации импланта на параметры спайкообразования оценивалось в единичных исследованиях. Встречаются работы, где зависимость не прослеживается, еще в ряде показано, что более выраженная адгезия возникает в верхнем этаже брюшной полости. Проведенное исследование подтверждает позицию последних авторов и позволяет предположить, что значимое влияние в этом случае оказывает близкий контакт эндопротезов с паренхиматозными органами.

Выводы. Результаты исследования показали, что спайкообразование при интраперитонеальной установке эндопротезов зависит как от их локализации, так и от метода фиксации. Более выраженная адгезия отмечается при использовании рассасывающихся фиксаторов и расположении имплантов в верхнем этаже брюшной полости.

Рекомендации. Продолжить экспериментальное исследование с большим размером выборки, провести ретроспективное клиническое исследование.

Ключевые слова: грыжа, интраперитонеальная герниопластика IPOM, метод фиксации сетки, локализация сетки, спайки

---

110. Применение оригинального фибринового композита в профилактике осложнений после протезирующей герниопластики у больных с вентральными грыжами

Лубянский В.Г., Сероштанов В.В., Момот А.П, Леонтьев С.В., Штыров Д.М., Ефременко Д.К.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет

Актуальность Количество больных с большими послеоперационными вентральными грыжами не имеет тенденции к уменьшению. В то же время число рецидивов грыж после протезирующей герниопластики колеблется по данным литературы от 5 до 25%. Одной из причин их возникновения является недостаточная фиксация импланта в тканях передней брюшной стенки. Для этого в литературе описано использование фибриновых клеевых субстанций. В работе нами поставлена цель разработать и применить оригинальное фибриновое покрытие импланта для ускорения процессов фиброзирования и фиксации импланта в тканях при больших послеоперационных вентральных грыжах.

Материал и методы Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 80 больных с большими послеоперационными вентральными грыжами. Среди них было 37 (46,3%) мужчин и 43 (53,7%) женщин. Все больные отнесены по критериям Европейского герниологического общества (EHS) в 3 группу. Рецидивные грыжи были у 10 (12,5%) больных. Сопутствующая патология обнаружена у 68 (85%) больных. Больные обследованы с применением стандартных клинических анализов, ЭКГ, дуплексного сканирования вен нижних конечностей, исследования функций внешнего дыхания. УЗИ передней брюшной стенки в послеоперационном периоде. Технология операции включала герниолапаротомию. У 76 (95%) больных проведен локальный энтеролиз, резекция большого сальника – у 12 (15%). Герниопластику всем больным проводили по технологии описанной Белоконевым В.И. (2013 год). Все больные были разделены на 2 группы. В 1 группе были больные, которым выполнена только протезирующая герниопластика. Вторая группа представлена больными, которым на сетчатый имплант наносился разработанный в клинике оригинальный фибриновый композит (патент на изобретение №RU2749983 C1) Для этого у 30 (37,5%) больных 2 группы предпринята обработка сетчатого импланта донаторами фибриногена. Использовали криопреципитат плазмы крови и тромбин производства НИИ гематологии Алтайского государственного медицинского университета. Нами изучены ближайшие результаты в обеих группах больных. Всем проводилось динамическое исследование анализов крови и УЗИ передней брюшной стенки.

Результаты Обнаружено что в 1 группе больных без покрытия импланта инфильтраты в области послеоперационного шва возникли у 5 больных (6,3%) Жидкостные скопления малых размеров у 3 (3,8%) больных. Последние дренировались путем пункции под контролем УЗИ. В группе с обработкой импланта инфильтрат возник у 1 (1,3%) больного. Жидкостные скопления у 1 (1,3%) больного. Дренирование его не потребовалось. Все больные выписаны с выздоровлением. В сроки через 1 год после операции обследовано 15 (18,7%) больных группы сравнения. Среди них рецидив грыжи зарегистрирован у 2 больных (2,5%). Из 30 больных в группе с обработкой импланта рецидивов не было. Таким образом, применение обработки сетчатого импланта донаторами фибриногена позволяет достичь раннего врастания фиброзной ткани в волокна полипропиленовой сетки. Преимущество предложенной технологии заключается и в меньшем риске инфицирования поскольку в криопреципитате содержатся компоненты местного, иммунитета иммунные комплексы, способствующие ускоренной регенерации. Фибриновая пленка позволяет уменьшить выраженность иммунного ответа на сетчатый имплант и ускорить его адаптацию в тканях.

Выводы Предложенный способ фибринового покрытия полипропиленового сетчатого импланта позволяет приготовить его «ex tempore» в условиях операционной и представляется доступным в широкой лечебной практике. Использование имплантов с фибриновым покрытием позволяет ускорить процесс фиксации импланта в тканях и снизить риск раннего рецидива.

Ключевые слова: фибриновый композит, послеоперационная вентральная грыжа

---

111. Этапное лечение послеоперационных гнойных передних медиастинитов

Протасевич А.И. (1), Татур А.А. (1), Снытко К.Д. (1), Росс А.И. (2), Попов М.Н. (2), Бибик Р.И. (2)

Минск

1) Белорусский государственный медицинский университет, кафедра хирургии и трансплантологии,
2) «10-я городская клиническая больница» г. Минска

Введение. Проблема хирургического лечения послеоперационного гнойного переднего медиастинита остается по-прежнему актуальной. Это обусловлено увеличением числа оперативных вмешательств на сердце с использованием стернотомии, и как следствие рост числа

осложнений, включая глубокую стернальную инфекцию и остеомиелит грудины и ребер. Сравнительно редкое осложнение, возникающее у 0,2%-3% пациентов, сопровождается, тем не менее высоким уровнем летальности (10-45%), а также значительным увеличением длительности и стоимости лечения. На современном этапе стратегия лечения послеоперационного переднего медиастинита в сочетании с остеомиелитом грудины и ребер предусматривает поэтапный подход, при котором локальное отрицательное давление в комплексе с хирургической обработкой раны позволяет устранить или контролировать инфекцию и стабилизировать грудную клетку, а дефект грудной стенки закрывается с использованием различных собственных тканей пациента и/или синтетических материалов. Единого унифицированного подхода при выборе варианта лечения и метода реконструкции грудной стенки в настоящее время нет. Цель работы. Оценка результатов этапной терапии пациентов с послеоперационным гнойным передним медиастинитом с использованием терапии отрицательным давлением и миопластики лоскутами больших грудных мышц.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 112 историй болезни пациентов (женщины – 27 (24.1%), мужчины – 85 (75.9%), средний возраст – 63,4±6.9 лет), находившихся на лечении в учреждении здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г. Минска в период с сентября 2014 по март 2023 года. Критерии включения: медиастинит после плановых кардиохирургических вмешательств со стернотомным доступом; использование вакуумной терапии для лечения гнойного процесса; миопластика дефекта грудной стенки большой грудной мышцей. Пациенты после ортотопической трансплантации сердца и экстренных оперативных вмешательств не включались. Кардиохирургическое вмешательство по срочным показаниям было выполнено 4 пациентам (3,6%), а рестернотомия – 18 пациентам (16,0%). Распределение пациентов по типу послеоперационного стерномедиастинита (R.M. El Oakley и J.E. Wright,1996), показало, что наиболее часто встречались пациенты с IIIb (25%), IVa (22,3%) и IVb (23.2%) типами медиастинита. Большинство пациентов перенесли реваскуляризующие (56,3%) и сочетанные (25.9%) кардиохирургические вмешательства.

Результаты. Длительность госпитализации составила 75[50; 105] дней, продолжительность вакуумной терапии 31[25; 42] дней (Me[Q25;Q75]). Общая летальность составила 10,7% (12 пациентов). Инфаркт миокарда послужил причиной смерти в 1 случае, синдром полиорганной недостаточности на разных сроках послеоперационного периода явился причиной летального исхода у 7 пациентов, тромбоэмболия легочной артерии – у 2, а острая мезентериальная ишемия у 1. Осложнения 2-5 классов по классификации Clavien-Dindo диагностированы в 71 случае (63%), «большие» осложнения в соответствии с классификацией Accordion – в 39 (34%) случаях. Наиболее частыми осложнениями были некроз кожи и подкожной клетчатки, раневая инфекция и формирование сером. 14 пациентов в течение года после радикального вмешательства были повторно оперированы в связи с свищевой формой остеомиелита грудины и ребер (послеоперационный период гладкий, летальных исходов не было).

Заключение. Лечение послеоперационного переднего гнойного медиастинита остается сложной хирургической проблемой, требующей поэтапных вмешательств. Высокая частота послеоперационных осложнений и летальности обусловлены тяжелым состоянием пациента и объемом операции. Технология локального отрицательного давления является эффективным способом подготовки раны и средостения к реконструктивному вмешательству. Выбор объема резекции и вариант торакомиопластики определяется индивидуально. Пластика с использованием большой грудной мышцы позволила добиться удовлетворительных результатов лечения в 90% случаев.

Ключевые слова: глубокая стернальная инфекция, послеоперационный передний медиастинит, вакуум-ассистированная терапия, резекция грудины, бипекторальная торакомиопластика

---

112. Крупнобаллонная дилятация в эндоскопическом лечении холедохолитиаза

Войновский А.Е. (1,2), Барбадо Мамедова П.А. (2), Гращенко С.А. (2), Шаров А.М. (2) Бурматова Т.В. (3)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
2) ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ
3) ГБУЗ МО НФОБ

Холедохолитиаз (ХЛ) остается актуальной проблемой хирургии желчных путей, при этом размеры камней могут превышать 30 мм. До 90% камней могут быть удалены после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Более сложные вмешательства могут потребоваться у 10-15% пациентов. Одной из эндоскопических методик является крупнобаллонная дилятация (КБД) – дилятация предрассеченной или нативной папиллы баллоном с диаметром не менее 12 мм. КБД не рекомендуется проводить для камней менее 10 мм, при наличии стриктуры общего желчного протока. Диаметр баллона подбирается соответственно диаметру общего желчного протока (ОЖП). Контроль за эффективностью КБД осуществляется рентгенологически по расправлению «талии» баллона, сохранение ее при давлении в баллоне 75% от номинального служит показателем неэффективности, не следует превышать номинальное давление. Роль наличия интрапанкреатического сегмента ОЖП в эффективности КБД на

настоящий момент не изучена. Осложнения КБД связаны с настойчивым ее проведением, несмотря на описанные признаки неэффективности. Панкреатит развивается в 1-2% случаев, с увеличением диаметра баллона частота его снижается. Кровотечение отмечается у 0-9% пациентов, чаще при диаметре баллона более 16 мм, проведении КБД после тотальной ЭПСТ. Ретродуоденальные перфорации (РДП) редки. Летальность составляет 0.4%. Цели. Исследование эффективности и безопасности КБД при эндоскопическом лечении крупного ХЛ.

Материал и методы. Были изучены результаты эндоскопического лечения пациентов с крупным ХЛ: при наличии одного камня размерами 15 мм и более, или 10 мм и более при множественном ХЛ. Исключены пациенты, ранее перенесшие чреспапиллярные вмешательства, случаи надстриктурного холедохолитиаза. Основную группу составили 45 пациентов, которым была проведена КБД как с предварительным ЭПСТ на протяжении не более 2/3 продольной складки. Диаметр баллона для дилятации выбирался в соответствии с размерами извлекаемого камня, но не более ширины нижней трети ОЖП. В контрольную группу были включены 60 пациентов с крупным ХЛ, которым для извлечения камней проводилась ЭПСТ. В группах отсутствовали достоверные различия по возрасту и полу, количеству плановых и экстренных вмешательств.

Результаты и их обсуждение. В основной группе в 41 случае после КБД камни удалось извлечь. Механическая литотрипсия (МЛТ) потребовалась 4 пациентам, в 2-х случаях из них неудачно. Электрогидравлическая литотрипсия (ЭГЛТ) проведена 1-му пациенту. Осложнения отмечены у 3-х пациентов: кровотечение – 1, холангит – 1, панкреатит – 1. Случаев РДП после КБД не наблюдали. Холангит развился у пациента после проведения. Кровотечение и панкреатит развились у пациентов, у которых КБД была безуспешна, отмечалось неполное расправление талии баллона и, несмотря на это, проводились настойчивые попытки дилятации. В контрольной группе разрешить ХЛ после ЭПСТ удалось в 46 случаях. МЛТ потребовалась 10 пациентам, из них 2-м с вклинением корзины. У 4 пациентов МЛТ была безуспешна. ЭГЛТ проведена 3-м пациентам, стентирование – 2-м. Осложнения развились у 5 пациентов: кровотечение – 1, панкреатит – 2, вклинение корзины – 2. Случаев холангита и РДП не было. Умер 1 пациент 89 лет с гнойным холангитом, тяжелой сопутствующей патологией. Средний размер камня в основной группе (15,3+/-1,8 min 12 max 20) был достоверно больше чем в контрольной (13,5+/-1,9 min 10 max 16). Потребность в МЛТ была достоверно выше в контрольной группе. Не выявлено достоверных различий в длительности вмешательства, количестве вмешательств у одного пациента, частоте осложнений.

Заключение. КБД позволяет извлекать крупные камни общего желчного протока, снижая потребность в литотрипсии. В сравнении с ЭПСТ, КБД позволяет извлечь более крупные камни. Роль интрапанкреатического сегмента общего желчного протока как причины неудач и осложнений КБД изучена недостаточно. При соблюдении показаний и техники выполнения, КБД не увеличивает риск осложнений в сравнении с ЭПСТ и литоэкстракцией.

Ключевые слова: ЭРХПГ, Холедохолитиаз, Литоэкстракция

---

113. Кровотечение при портальной гипертензионной гастропатии – возможности эндоскопического и медикаментозного гемостаза

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

Москва

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность: Цирроз печени и его осложнения занимают восьмое место среди причин смерти взрослого населения. Одной из причин летальных исходов у больных с циррозом печени и портальным синдромом является портальная гипертензионная гастропатия (ПГГ), осложненная острым или хроническим кровотечением. Смертность при остром кровотечении, связанном с ПГГ, составляет около 12,5%.

Цели и задачи исследования – оценить эффективность эндоскопического и медикаментозного гемостаза в лечении и профилактике рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений при ПГГ.

Материалы и методы: В исследование включено 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 была тяжелая ПГГ, верифицированная при экстренной ЭГДС. Средний возраст больных составил 45,2 ± 16,3 года. Соотношение мужчин и женщин было 2,3:1 (52:23). Дизайн исследования предусматривал формирование двух однородных групп пациентов в зависимости от возраста и степени тяжести ПГГ. В основной группе (45 больных) использовали эндоскопические методы гемостаза: полисахаридную гемостатическую систему EndoClot PHS для остановки продолжающегося кровотечения у 9 больных, аргоноплазменную коагуляцию слизистой оболочки желудка для профилактики рецидива кровотечения у остальных больных. Синтетический аналог соматостатина (октреотид) вводили внутривенно болюсно по 100 мкг сразу после окончания экстренной ЭГДС. Затем препарат вводили непрерывно капельно по 25 мкг/час в течение двух суток, затем подкожно по 100 мкг 3 раза в сутки в течение трех суток. В контрольной группе (n=30) паци-

енты получали аналогичное эндоскопическое лечение, но консервативное лечение включало только стандартную гемостатическую терапию. Полученные результаты и обсуждение: В основной группе рецидив кровотечения наблюдался у 5 больных (11,1%). Источником кровотечения у 4 больных была ПГГ – гемостаз достигнут повторным применением EndoClot PHS, а у 1 больного источником кровотечения были варикозно-расширенные вены пищевода – гемостаз достигнут установкой зонда обтуратора, в дальнейшем проведено эндоскопическое лигирование. У остальных 40 больных рецидивов кровотечения не наблюдалось. Общая летальность составила 13,3% (6 больных). В одной из групп пациентов, 8 из них (26,67%) столкнулись с повторным кровотечением, которое потребовало срочной оперативной помощи у 4 человек, так как повторный эндогемостаз не дал желаемых результатов. Общий процент смертности составил 26,67% (8 пациентов).

Выводы и рекомендации: Комбинация эндоскопического метода контроля кровотечения, включающего систему EndoClot PHS и синтетических аналогов соматостатина, является эффективным способом лечения пациентов с кровотечением при тяжелой ПГГ. Этот метод помогает существенно сократить количество рецидивов кровотечения и уменьшить общую смертность и может быть селективно рекомендован для применения в стационаре.

Ключевые слова: портальная гастропатия, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз

---

114. Моделирование объема брюшной полости – ключ к профилактике компартмент-синдрома и рецидива в хирургии гигантских послеоперационных вентральных грыж

Благовестнов Д.А. (1,2), Алексеев А.К. (1), Мурадян А.А. (1), Ярцев П.А. (1,2), Цулеискири Б.Т. (2), Петров Д.И. (1), Драйер М.Н. (2), Казакова В.В. (2), Гаджиева П.Г. (1)

Москва

1) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2) ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ

Актуальность: На результаты лечения больных гигантскими послеоперационными вентральными грыжами (ГПОВГ) влияют несколько моментов: редукция объема брюшной полости – «потеря домена» («loss of domain»); развитие дегенеративных изменений и контрактуры мышц живота с их латеризацией; высокая вероятность повышения уровня ВБД и развитие компартмент-синдрома после погружения грыжевого содержимого в брюшную полость. Летальность в этих случаях может достигать 10%, а в случае развития компартмент-синдрома 42-68%. Следует отметить, что и неудовлетворительными остаются отдалённые результаты лечения больных с ГПОВГ, с частотой рецидивов 30-60%. Сегодня сложился абсолютный консенсус, что при операциях по поводу ГПОВГ, необходимо применять методики по увеличению объема брюшной полости. Рекомендовано использовать различные методики не натяжной аллопластики с разделением и без разделения мышечно-апоневротических компонентов передней брюшной стенки с обязательной предоперационной подготовкой. В тоже время, методики предоперационной подготовки с использованием прогрессивного пневмоперитонеума, инъекции ботулотоксина А и их сочетание, сложны, длительны и не всегда доступны. С другой стороны, до сих пор не ясны критерии на основании, которых можно судить о том, что с моделированный необходимы объем брюшной полости может не только нивелировать развитие компартмент- синдрома, но и уменьшить частоту развития рецидива грыжи, а также других негативных проявлений различных комбинированных аллопластик брюшной стенки.

Цель исследования: Оценка ближайших и отдаленных результатов персонализированного подхода к выбору оригинальных не натяжных методов аллопластики у больных ГПОВГ, на основе моделирования объема брюшной полости по критическим показателям внутрибрюшного давления.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 97 пациентов, мужчин и женщин от 46 до 72 лет, оперированных в 2002-2022 гг. по поводу ГПОВГ. Диагноз устанавливался на основании клинических и инструментальных методов (УЗИ, КТ) брюшной полости и передней брюшной стенки. Согласно классификации, все грыжи относились к W3 с «потерей домена», под данным КТ более 20%. Узловыми моментами всех операций являлись: мониторинг ВБД на операционном столе, моделирование объема брюшной полости, выбор оптимальной методики коррекции брюшной стенки для создания оптимального внутрибрюшного давления на этапе погружения грыжевого содержимого в брюшную полость. Критическими показателями для формирования ширины «заданного» диастаза считали: снижение артериального давления на 15%, ЧСС>80 в мин, увеличение давления на вдохе при ИВЛ, снижение сатурации свыше 10%, повышение уровня внутрибрюшного давления в мочевом пузыре свыше 10 мм. рт. ст. Хирургическая тактика в различных вариантах была направлена только на коррекцию брюшной стенки с моделированием ее объема: 1. Классическая (оригинальная) коррекция брюшной стенки по методике «submuscular-inlay» использована у 32 пациентов с относительным объемом грыжи не более 29% и «полноценном» грыжевом мешке. 2. Модифицированная методика коррекции при дефиците мышечно-апоневротических структур брюшной стенки использована

у 25 больных с относительным объемом грыжевого мешка до 29% и «полноценном» грыжевом мешке. 3. Классическая коррекции брюшной стенки по методике «submuscular-inlay» в комбинации с TAR (пересечением поперечной мышцы) использована нами у 25 больных. 4. Модифицированная методика коррекции при дефиците мышечно-апоневротических структур брюшной стенки в комбинации с TAR (пересечение поперечной мышцы) использована нами у 15 больных. В течении 1-2 суток в ОРИТ проводился мониторинг критических показателей ВБД. Пациенты максимально быстро активизировались, в качестве обезболивания в течение 2-3 дней использовалась продленная эпидуральная анестезия. Проводилась стандартная профилактика тромбоэмболических, легочных и инфекционных осложнений. Первые 3-х суток проводился УЗ мониторинг брюшной полости и брюшной стенки. Полученные результаты: В начале операции уровень внутрибрюшного давления в мочевом пузыре был 3-7 мм. рт. ст. В конце операции 7-10 мм. рт. ст. Ширина заданного диастаза при моделировании объема брюшной полости составила от 5 до 10 см. В раннем периоде после операции проявлений компартмент синдрома не отмечено ни одного пациента. После удаления эпидурального катетера – дальнейшие обезболивание в послеоперационном периоде – НПВС. Средний койко-день 12±1,9. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Раневые осложнения наблюдались у 16 (16,5%) больных. Не раневых осложнений не было. КТ контроль состояния пластики перед выпиской. В отдаленные сроки, от 1 года до 22 лет рецидивы выявлены у 3 (3,1%) пациентов, перенесших классическую корригирующую аллогерниопластику по методике «submuscular-inlay» с нагноением раны в послеоперационном периоде. При других вариантах пластики рецидивов не выявлено.

Обсуждение: Опыт применения оригинальных корригирующих методик, с моделированием объема брюшной полости под контролем ВБД, считаем залогом успеха при лечении пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами и ключом к профилактике развития компартмент-синдрома.

Выводы: 1. Использование мониторинга ВБД при создании оптимального «заданного» диастаза при корригирующей аллопластике у больных с ГПОВГ, позволяет полностью избежать повышения ВБД в раннем периоде после операции. 2. Использование оригинальных комбинированных методик аллопластики в зависимости от относительного объема грыжевого выпячивания и состояния мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки у больных с ГПОВГ, позволяет снизить до 3,1% частоту рецидивов грыжи в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: Гигантская послеоперационная вентральная грыжа, хирургическое лечение, компартмент-синдром, внутрибрюшное давление

---

115. Хирургическое лечение пациентов со сложными послеоперационными вентральными грыжами

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

Москва

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

Актуальность: Несмотря на стремительное развитие герниологии в последние годы, хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки остается актуальной проблемой современной хирургии. К сожалению, результаты хирургического лечения нельзя считать удовлетворительными: частота рецидивов достигает 66%. Столь высокий процент рецидивов в большей степени обусловлен неправильным выбором метода герниопластики у пациентов со сложными грыжами передней брюшной стенки. Потребность в выделении данной группы продиктована высоким процентом рецидивов и значительными техническими трудностями в выборе правильного подхода к тактике лечения таких пациентов.

Цель. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения сложных послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ).

Материалы и методы. Сложность грыжи определялась по критериям N. J. Slater et all. (2014 г), всего в исследование вошло 121 пациентов, оперированных в период с 2015 г по 2022 г. Все пациенты имели ширину грыжевых ворот >10см (W?). Средняя ширина грыжевых ворот по КТ (см) = 13,5±0,34 см. У 38% пациентов имела место «потеря домена», у 36% пациентов наблюдался рецидив после ранее выполненного эндопротезирования (R???). Местные осложнения на момент поступления наблюдались у 9% больных, из них гнойные свищи передней брюшной стенки, трофичекие язвы и хроническая серома передней брюшной стенки. Три лапаротомии и более в анамнезе имели 59 пациентов, что составило 48,7%. Ожирение – у 90 74,4% пациентов; сахарныи? диабет II типа –26,5%; ХОБЛ – 15,7%; артериальная гипертензия 80,9%. Длительность грыженосительства варьировала от полугода до 23 лет, в среднем 5,8±5,9 лет. Были использованы реконструктивные методы герниопластики – 71 (58,68%) случаев, то есть с сопоставлением краев грыжевых ворот, и корригирующие методы герниопластики – 50 (41,32%) случаев, то есть размещение эндопротеза в тканях области грыжи «в виде моста» («bridging»). В 13,22% случаев была выполнена методика Sandwich. У 27 (22,32%) больных использовалось методика разделения компонентов передней брюшной стенки в сочетании с другими методами герниопластики.

Результаты: Местные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 49 (40,5%) больных: серома – 38 (31,4%), расхождение краев раны – 5 (4,1%);

некроз краев раны – 2 (1,6%); нагноение раны – 3 (2,5%) и кровотечение из ложа эндопротеза – 1 (0,8%). Серома длительность менее 1 месяца у 29 (23,9%) пациентов; у 8 (6,6%) пациентов серома длительностью более 1 месяца которая разрешилась посредством периодической чрезкожной аспирации под УЗ-контролем и у 1 пациента серома более 6 месяцев. Летальных случаев зафиксировано не было. Длительность пребывания больных в стационаре после операции в среднем 18,3±6,9 днеи?. Сроки наблюдения за больными составили от 1 года до 7 лет. Из числа оперированных, рецидив ПОВГ был зафиксирован у 9 (7,43%) больных, лигатурный свищ передней брюшной стенки у 3 (2,5%) больных, длительно незаживающая рана у 2 (1,6%) пациентов, псевдокиста у 3 (2,5%) пациентов, атрофия прямых мышц живота наблюдалась у 2 (1,6%) пациентов, а также выпячивание в 7 (5,8%) случаев. Реконструктивные методы закрытия грыжевого дефекта привели к меньшему количеству местных раневых осложнений (32,39% против 52,0%), общих осложнений (2,82% против 18,0%) и отдаленных осложнений (16,90% против 30,0%), чем корригирующие методики.

Заключение: Оперативное лечение пациентов со сложными послеоперационными вентральными грыжами требует использования нестандартных технических решении? и применения комбинированных методик закрытия грыжевого дефекта с использованием эндопротеза, что позволяет снизить частоту рецидивов до 7,43%. Реконструктивные методы закрытия грыжевого дефекта привели к меньшему количеству как ближайших, так и отдаленных осложнений. Пациенты со сложными послеоперационными вентральными грыжами должны оперироваться в специализированных центрах с максимальным опытом работы, а также широким набором применяемых способов хирургических вмешательств.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа; сложная грыжа; потеря домена; ipom методика; методика bridging; методика sandwich

---

116. Возможности прогнозирования острого повреждения почек, требующего заместительной почечной терапии в абдоминальной хирургии.

Веденин Ю.И., Попов А.С., Туровец М.И., Казанцев Д.А.

Волгоград

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Острое повреждение почек после оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии ассоциировано с неблагоприятным госпитальным исходом и отдаленными результатами. Нами были идентифицированы факторы риска развития острого повреждения почек у пациентов в абдоминальной хирургии. В дальнейшем, необходима оценка влияния определенных нами факторов риска на течение и прогноз послеоперационного острого повреждения почек, требующего заместительной почечной терапии. Методы. Разработана и предложена модель прогнозирования риска острого повреждения почек, требующего заместительной почечной терапии в течение 7 дней после оперативных вмешательств в ургентной абдоминальной хирургии. С этой целью проведена оценка демографических, предоперационных клинических и лабораторных данных у двух групп взрослых пациентов, перенесших ургентные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. По результатам оценки с использованием многомерной логистической регрессии, была разработана модель прогнозирования риска.

Результаты. Нами определены следующие независимые предикторы острого повреждения почек, требующего заместительной почечной терапии, в модели деривации (скорректированное отношение шансов; 95% доверительный интервал [ДИ]): застойная сердечная недостаточность (3,03, 2,00 – 4,58), стенокардия III класса и выше по классификации Канадского общества по изучению сердечно-сосудистых заболеваний (1,66, 1,15 – 2,40), сахарный диабет (1,61, 1,12 – 2,31), предоперационные значения расчетной скорости клубочковой фильтрации (0,96, 0,95 – 0,97), повышение концентрации гемоглобина крови (0,85, 0,77 – 0,93), протеинурия (1,65, 1,07 – 0,97), оперативные вмешательства на сердце в анамнезе (включая чрескожные коронарные вмешательства) (1,25, 0,64 – 2,43) и неотложный статус операции (4,63, 2,61 – 8,21). Прогнозирование риска развития ОПП, с указанными выше переменными, показало хорошие характеристики в группе контроля (С-индекс 0,83, 95% ДИ 0,79-0,86). Чистое улучшение реклассификации с помощью предлагаемой нами упорядоченной модели прогнозирования, составило 13,9% ($p < 0,001$) по сравнению с существующим разрозненным подходом.

Выводы. Нами разработана и предложена модель прогнозирования риска развития острого повреждения почек, требующего заместительной почечной терапии после ургентных оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии, на основе общедоступных предоперационных клинических и лабораторных данных. Данный подход к прогнозированию может быть легко применен в клинической практике и обеспечивает простую и понятную оценку риска.

Ключевые слова: Острое повреждение почек, абдоминальная хирургия, прогнозирование риска, заместительная почечная терапия.

---

117. Эндоскопическая диагностика и выбор метода удаления эпителиальных зубчатых образований толстой кишки

Агейкина Н.В., Федоров Е.Д.

Москва

1) Клинико-диагностический центр «МЕДСИ на Красной Пресне»
2) Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Актуальность. Эпителиальные зубчатые образования (ЭЗО), введенные в классификацию ВОЗ лишь в 2010 году, служат предшественниками колоректального рака (КРР) в 15-30% случаях. Своевременное выявление, дифференциальная диагностика и выбор оптимальных методов удаления ЭЗО – нетривиальные задачи.

Цель. Оптимизировать эндоскопическую диагностику и лечение ЭЗО толстой кишки путем разработки диагностических критериев и способов их удаления.

Материалы и методы. В работе представлен опыт обследования и лечения 304 пациентов, м – 86 (28,3%), ж – 218(71,7%), в возрасте от 25 до 82 лет (средний – 51,1±12,9), которым в период 2012-2022 гг. была выполнена колоноскопия и выявлено 413 ЭЗО толстой кишки. ЭЗО распределены на три группы: большинство, 234/413 (56,7%), представлены гиперпластическими полипами (ГП); зубчатые образования на широком основании (ЗОШО) – 173/413 (41,9%); традиционные зубчатые аденомы (ТЗА) – 6/413 (1,5%). Осмотр проводился в белом свете, в узкоспектральном режиме, с увеличением х70 в режиме двойного фокуса. Для характеристики образований применяли макроскопическую Парижскую классификацию, микроструктуру оценивали по ямочному и капиллярному рисункам (по классификациям Kudo, Sano, NICE). Все образования удалены «холодными» и «горячими» эндоскопическими методами и изучены патологоанатомами.

Результаты. В большинстве случаев, 164/234 (70,1%), ГП выявлялись в правой половине толстой кишки, размером 4-9 мм – 176/234 (75,2%), плоско-возвышенного типа 0-IIa – 187/234 (79,9%). Микроструктура округлого типа, 226/234 (96,6%), и без усиления капиллярного рисунка – 211/234 (90,2%). ЗОШО выявлялись в правой половине толстой кишки в 147/173 (84,9%) случаях, размером 10-19мм – 165/173 (95,4%), плоско-возвышенного типа 0-IIa – 132/173 (76,3%). Отличало наличие муцина на поверхности 153/173 (88,4%) ЗОШО, появление расширенных ямок II-O, 63/173 (36,4%), изолированных дилатированных капилляров в 48/173 (27,7%) ЗОШО. Дисплазия в ЗОШО определена в 30/173 (17,3%), что сопровождалось появлением полиповидной формы/узлового компонента в 9/30 (30,0%) с удлинением ямок в 5/30 (16,7%) случаях. ТЗА распределены справа и слева в толстой кишке равномерно по 3/6 (50,0%) образования, размером 10-19мм и полиповидного типа 0-Is по 4/6 (66,6%) случая. Ямки ТЗА удлинены, 5/6 (83,3%), с усилением капиллярного рисунка во всех 6/6 (100,0%) случаях. Цитологическая дисплазия определена гистологически в 2/2 (100,0%) ТЗА, но для эндоскопии верификация затруднена. Таким образом, предраковые поражения (неоплазия) составили 43,3% (179/413) – ЗОШО и ТЗА, которые в 7,8% (32/413) являлись непосредственной, предшествующей стадией КРР – ЗОШО и ТЗА с дисплазией, что актуализирует необходимость верификации и удаления ЭЗО. Большинство ЭЗО, 293/413 (70,9%), удалены «холодными» методами: биопсийными щипцами – 71/413 (17,2%), холодной петлевой резекцией (ХПР) – 222/413 (53,8%). Осложнений не было. Для профилактики рецидива и выявления остаточной ткани во время ХПР разработан метод инспекции краев дефекта – определена остаточная ткань опухоли в 36/222 (16,2%) случаях, что было сразу нивелировано эндоскопически. «Горячими» методами эндоскопической резекции удалены 119/413 (28,8%) образований, эндоскопической резекцией с диссекцией в подслизистом слое – 1/413 (0,2%) ЭЗО. Осложнения, а именно отсроченные кровотечения, встретились в 2/119 (1,7%) случаях; рецидивы диагностированы у 2/119 (1,7%) пациентов. Алгоритм выбора метода удаления показал эффективность и безопасность в 99,0% (409/413). «Холодное» удаление является успешным и надежным методом для 70,9% (293/413) всех эпителиальных зубчатых образований.

Выводы. Разработанные эндоскопические диагностические признаки эпителиальных зубчатых образований, как предопухолевой патологии, способствуют своевременному их выявлению, а выбор рационального метода удаления – профилактике колоректального рака.

Ключевые слова: Зубчатые образования, толстая кишка, холодная петлевая резекция.

---

118. Саратовскому научному хирургическому обществу 105 лет

Толстокоров А.С., Курочкина Е.Н., Дорошенко С.А., Коваленко Ю.В.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского»

В апреле нынешнего года Саратовскому научному хирургическому обществу исполняется 105 лет. Процесс его создания имеет свою самобытную историю. К середине 19 века Саратов представлял собой интенсивно развива-

ющийся город, в губернии работали более 50 врачей. По инициативе врачебного инспектора А. Кирхберга было создано общество врачей под названием «Беседа саратовских врачей «. 27 сентября 1860 года министр внутренних дел Российской Империи утвердил устав общества. К концу века, после внесения большого количества поправок устав существенно изменился и 7 мая 1898 года общество было переименовано в «Физико-медицинское общество в Саратове». Заседания общества проходили один раз в месяц, большинство докладов было посвящено вопросам хирургии. С открытием в 1909 году университета с медицинским факультетом в Саратове заметно увеличилось число высококвалифицированных хирургов, возникла необходимость в постоянном профессиональном общении, обсуждении актуальных вопросов хирургии. В этой связи по инициативе ректора университета В.И. Разумовского был организован хирургический кружок, заседания которого проходили на частных квартирах, количество же участников заседаний постоянно увеличивалось. Возникла необходимость в создании новой структуры и по предложению С.И. Спасокукоцкого было организовано Саратовское хирургическое общество, устав которого был утвержден на заседании Ученого совета университета 22 апреля 1918 года. После этого заседания общества стали регулярно проводиться в университетской аудитории и помимо действительных членов общества на них смогли присутствовать хирурги городских больниц. Круг вопросов, обсуждаемых на обществе был разнообразен и соответствовал требованиям времени. В первый год работы общества С.И. Спасокукоцкий сделал два доклада по проблемам лечения остеомиелитов и переливания крови, А.Н. Бакулев доложил об энцефало- и вентрикулографии в диагностике опухолей мозга, А.П. Зибенгар о холецистэктомии при остром холецистите. В 1925 году С.И. Спасокукоцкий демонстрировал больных после гастрэктомии и лобэктомии. В 1927 году по инициативе общества в Саратове был проведен 1-ый съезд хирургов, гинекологов и акушеров Нижне-Волжского края. В 1930 году саратовское хирургическое общество вошло в состав издателей журнала «Новый хирургический архив». В период Великой Отечественной войны и в послевоенные годы много работ было посвящено вопросам военно-полевой хирургии: Лечение огнестрельных остеомиелитов (С.Р. Миротворцев), Лечение черепно-мозговых ранений (Б.А.Никитин), Реампутации и лечение ложных суставов (Н.В. Захаров). В 60-70е годы много докладов было посвящено вопросам торакальной и сердечно-сосудистой хирургии, оперативному лечению язвенной болезни. Члены общества приняли активное участие в организации и проведении 2-го Всероссийского съезда хирургов, который состоялся в Саратове 24-29 сентября 1962 года. К концу столетия на заседаниях общества широко обсуждались проблемы органосохраняющих операций при гастродуоденальных язвах, лапароскопических вмешательствах при заболеваниях органов брюшной полости. В сентябре 2003 года члены общества выступили с докладами на Всероссийской научно-практической конференции посвященной вопросам хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которая проходила в Саратове. В разное время председателями Саратовского научного хирургического общества были академики С.И. Спасокукоцкий и С.Р. Миротворцев, профессора И.М. Поповьян, Г.Н.Захарова, К.И.Мышкин. После смерти С.И. Спасокукоцкого обществу было присвоено его имя. Хирургическое общество продолжает активно работать и в настоящее время, в период ковидной пандемии заседания общества проходили в онлайн-режиме, сейчас его заседания проходят по смешанной форме. В ближайшее время будет проведено юбилейное 1500-е заседание общества.

Ключевые слова: Саратовское научное хирургическое общество, В.И. Разумовский, С.И. Спасокукоцкий, история, проблемы, доклады.

---

119. Эзофагэктомия как радикальный способ лечения протяженных ожоговых стриктур пищевода

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

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Актуальность. Протяженные рубцовые стриктуры пищевода (ПОСП), развивающиеся в результате химического ожога – тяжелая патология, затрагивающая не только пораженный орган, но и весь организм. Полная утрата проходимости пищевода, приводит со временем к водно-электролитным нарушениям и дисфункции саморегулирующихся механизмов гомеостаза, сопровождаясь прогрессирующей нутритивной недостаточностью. Единственный радикальный вариант лечения «сложных» (протяженных, множественных, с облитерацией просвета) стриктур пищевода – эзофагэктомия (ЭЭ) с одномоментной пластикой пищевода. Однако стабильно высокая частота осложнений (60-70%) и летальность (8-15%) даже в специализированных стационарах не позволяет признать существующие результаты удовлетворительными. Сегодня нет единого мнения о том, какую ожоговую стриктуру пищевода следует считать показанием к ЭЭ. Эндоскопические методики расширения «сложных» стриктур лишь временно устраняют дисфагию, а больные продолжают истощаться, оказываясь к моменту операции в крайне тяжелом состоянии. Остается нерешенным вопрос о сроках выполнения ЭЭ, не стандартизирован вариант доступа и выбор материла эзофагопластики с

учетом выраженности рубцового периэзофагита, локализации стриктуры, имеющегося висцерального пластического резерва и общего состояния больного.

Цель исследования: улучшить результаты ЭЭ с одномоментной пластикой пищевода у больных с ПОСП.

Материалы и методы. В период с 2011-2022 г. в НМИЦХ по поводу ПОСП 70 пациентам выполнили ЭЭ с одномоментной пластикой пищевода. Средний возраст больных составил 46.3 лет, SD ± 14.5. Стриктура у 67 пациентов развилась по причине случайного приема агрессивной химической жидкости, у 3 – с суицидальной целью. Сроки хирургического лечения от момента ожога до ЭЭ составили от 2 до 744 мес., Me – 11.5 (5;25.5). В сроки до 1 года ЭЭ с эзофагопластикой выполнена 39 (55.7%) пациентам. Инструментальное расширение пищевода до поступления в стационар выполнили 49 (70%) пациентам. У 44 (62,8%) больных ПОСП распространялась снизу до бифуркации трахеи. Трансторакальную (ТТ) ЭЭ выполнили 26 (37.1%), трансхиатальную (ТХ) – 44 (62.8%) больным. В качестве пластического материала при эзофагопластике у 63 пациентов использовали желудок, у 31 (44.2%) из них «скомпрометированный» ранее перенесенными операциями. Трансплантат из левой половины ободочной кишки сформировали 3 больным. Еще 3 (4.2%) пациентам создали комбинированный желудочно-тонкокишечный трансплантат.

Результаты. Статистически значимые различия выявлены в частоте послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных из ТХ и ТТ доступов. Частота ранних осложнений у пациентов после ТТ ЭЭ с одномоментной пластикой пищевода оказалась в 4,2 раза выше, чем после ТХ (ОШ – 4,2; 95%, ДИ – 1,5-11,9; p?0,05). Более короткой была длительность послеоперационного периода у пациентов после ТХ ЭЭ, чем после ТТ (p?0,05). Значимых различий в интраоперационной кровопотере и 30-дневной летальности выявлено не было (p>0,05). В ходе ТХ ЭЭ смерть наступила у 1 (1,4%) пациента вследствие разрыва нисходящего отдела аорты и геморрагического шока. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 (2,8%) больных: 1 – от обширного ишемического инсульта головного мозга, осложнившегося его отеком с вклинением ствола; 1 – от неокклюзионной мезентериальной ишемии с полиорганной недостаточностью. Несостоятельность шейного эзофагогастроанастомоза развилась у 2 (2,8%), некроз трансплантата – у 2 (2,8%) больных: желудочного (1) и толстокишечного (1). По данным гистологического исследования удаленного пищевода у 2 (2,8%) пациентов выявлен плоскоклеточный рак.

Выводы. Суб/тотальная ЭЭ с одномоментной пластикой пищевода является операцией выбора при ПОСП. Раннее радикальное лечение позволяет предотвратить прогрессирование алиментарной недостаточности и избежать малигнизации стриктуры. Доступ для выполнения ЭЭ зависит от степени выраженности периэзофагита, локализации и протяженности стриктуры, а вариант эзофагопластики избирается согласно стандартному алгоритму выбора пластического материала, исходя из имеющегося у больного висцерального резерва.

Ключевые слова: протяженные ожоговые стриктуры пищевода, эзофагэктомия, эзофагопластика

---

120. Способ выполнения реконструктивной операции при одноствольной илеостоме

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Дадаев И.С., Зурнаджьнц А.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Астрахань, ул. Бакинская 121

Актуальность: В последние годы, с целью декомпрессии, при острой кишечной непроходимости стали применять одноствольную илеостомию, которая в последующем требует проведение реконструктивных операций. Существующие методы реконструктивных операций имеют недостатки: 1. Иссечение краев раны с дополнительной мобилизацией кишки, с возможным нарушением кровоснабжения кишки; 2. Использование 2- и 3-рядных швов, способствует ишемизации кишечной стенки в зоне анастомоза; 3. Удлинение времени операции; 4. Нарушение арефлюксной функции анастомоза.

Целью работы: разработать новый способ закрытия функционирующих илеостом путем формирования инвагинационного арефлюксного тонко-толстокишечного анастомоза. Задачи: разработка конструкции тонко-толстокишечного анастомоза, обладающего арефлюксной функцией, при этом не нарушающего кровоснабжение кишечной стенки, не вызывающего стенозирования и рубцевания соустья, сокращение времени операции и ее травматичности.

Материалы и методы: Нами предложен способ выполнения реконструктивной операции при функционирующей одноствольной илеостоме: двумя окаймляющими разрезами вокруг илеостомы иссекается кожа, подкожно-жировая клетчатка с иссечением рубцовых тканей между стенкой кишки и кожей с выделением дистального отдела тонкой кишки в виде готового «хоботка» длиной 4-5 см, несущего свищ в виде «сосочка» с сохраненным кровоснабжением, который подшивают однорядными узловыми серозно-мышечными швами в поперечном направлении к стенке толстой кишки с инвагинацией «хоботка» в просвет толстой кишки через поперечный разрез длиной 2,5 см на расстоянии 0,5 см от линии

ранее наложенных швов, с последующим наложением однорядных узловых серозно-мышечных швов вокруг сформированного анастомоза. (приоритетная справка на изобретение №2022115865 от 10.06.2022г.) Предложенным способом в период с 2019 по 2023 года в хирургическом отделении ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Астрахань нами было прооперированно 23 больных.

Результаты и их обсуждение: У прооперированных больных несостоятельности анастомозов не было, все наложенные анастомозы выполняли арефлюксную функцию, что подтверждено рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями Данный способ формирования инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза обладает высокой механической и биологической герметичностью, заживление анастомоза происходит первичным натяжением, выделенная илеостома представляет собой уже готовый «хоботок» с вывернутой слизистой и адекватным кровоснабжением, которая при погружении в поперечно ободочную кишку играет роль клапана который препятствует рефлюксу содержимого толстой кишки в тонкую. При выполнении тонко-толстокишечного анастомоза достигается адекватное кровоснабжение культи тонкой кишки.

Выводы: Предлагаемый способ закрытия функционирующей илеостомы имеет преимущество перед известными, устраняет заброс содержимого в тонкую кишку, тем самым предупреждает развитие послеоперационных осложнений. Данный анастомоз более простой в техническом исполнении и менее травматичен. Использование способа позволяет добиться улучшения ближайших результатов операции: предупредить развитие анастомозита. При использовании способа улучшаются также отдаленные результаты операции: исключаются рефлюкс содержимого толстого кишечника в тонкий и развитие рубцовых изменений в зоне анастомоза.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, декомпрессия кишечника, одноствольная илеостома, арефлюксный анастомоз, анастомозит, инвагинационный анастомоз.

---

121. Патоморфология интрамуральных сосудов при хронической брыжеечной ишемии

Гринцов А.Г., Матийцив А.Б.

Донецк

ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО

Разработка и внедрение новых фармакологических препаратов и высоко технологичных малоинвазивных оперативных вмешательств позволяет улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, а в ближайшем будущем приведет к старению популяции преимущественно в развитых странах Западной Европы и Северной Америке. Данная тенденция предполагает более частую обращаемость за медицинской помощью больных как с типичными так и с атипичными клиническими проявлениями хронической мезентеральной ишемии кишечника. В настоящее время на долю хронической брыжеечной ишемии приходится 0,09% -0,2% от общего числа госпитализаций. Высокому риску развития данного заболевания подвержены женщины в возрасте старше 65 лет.

Цель: изучить состояние артерий среднего и малого калибра, расположенных интрамурально, у больных страдающих хронической брыжеечной ишемией.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач повторно проанализированы результаты 46 аутопсий. Критерием включения в исследование явилось атеросклеротическое сужение просвета одного или нескольких брыжеечных сосудов более чем на две трети диаметра. Полученные данные были обработаны с помощью пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatSoftInc.).

Результаты и их обсуждения. Повторная экспертиза результатов 46 аутопсий свидетельствовала, что непосредственной причиной смерти у 24 (52,17%) явился отек легких, как осложнение развившееся в результате ишемической болезни сердца, у 12 (26,09%) – отек головного мозга, как результат геморрагического либо ишемического инсульта головного мозга на фоне выраженного склеротического поражения сосудов, а в 10 (21,79%) – полиорганная недостаточность, развившаяся в результате перитонита обусловленного некрозом кишечника на фоне атеросклеротического поражения мезентериальных сосудов. Установлено, что просвет устья чревного ствола был сужен более чем на 2/3 в 34 (73,91%) случаях, верхней брыжеечной артерии – в 38 (82,61%), нижней – в 22 (47,83%). В артериях среднего размера, расположенных в глубоких слоях стенки кишечника, имела место смешанная воспалительная реакция вплоть до развития фибриноидного некроза. Кроме того, обращало на себя внимание утолщение интимы, а просвет сосуда был

значительно сужен и представлен в виде щели. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в артериях среднего и малого калибра, расположенных непосредственно в стенке кишечника, имеет место склеротическое повреждение последних, что является непосредственной причиной ишемии. Полученные данные могут быть использованы при разработке методов диагностики хронической мезентериальной ишемии.

Выводы: Морфологически установлено, что наряду со склеротическим сужением более чем на две трети просвета устья чревной, верхней и нижней брыжеечных артерий, патологический процесс распространяется на артерии среднего калибра, что, по видимому, является причиной неудовлетворительных результатов при оперативных пособиях, направленных на улучшение кровоснабжения кишечника у больных, страдающих хронической брыжеечной ишемией.

Ключевые слова: морфология, интрамуральные сосуды, мезентериальная ишемия.

---

122. Поиск путей создания искусственного холедоха

Сигуа Б.В. (1), Тимофеева Е.Г. (1), Малашичева А.Б. (2), Мурылёва А.А. (2)

Санкт-Петербург

1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2) Федеральное государственное бюджетн

В настоящее время нет единой тактики ведения пациентов с интраоперационными осложнениями при холецистэктомии. Такие осложнения при традиционных вмешательствах составляют 0,1-0,5%, при лапароскопических – 0,3-3%. Отсутствие единой тактики определения показаний к реконструктивным и восстановительным операциям, снижение качества жизни пациентов после реконструкции вследствие рецидивирующих холангитов, которые в дальнейшем могут стать причиной абсцессов печени и цирроза, создаёт предпосылки для поиска альтернативных вариантов лечения данных пациентов. В современной литературе описаны методы реконструкции общего жёлчного протока при помощи трансплантатов подкожных вен, уретры, влагалища прямой мышцы живота, тонкой кишки. А также использование пластиковых и металлических стентов. Однако, данные методы не нашли широкого применения вследствие несоответствия физико-химическим свойствам жёлчи и высокой частоты развития осложнений. Одним из перспективных направлений реконструктивной и восстановительной хирургии жёлчевыводящей системы является создание искусственного холедоха с помощью тканеинженерных технологий. Современные клеточные технологии позволяют определить несколько подходов, которые возможно использовать для создания искусственного холедоха. В основе идеи лежит структура аналогичная структуре холедоха, состоящая как минимум из двух слоев: эпителий и твёрдый матрикс, выполняющий каркасную и питательную функции. В качестве источников холангиоцитов рассматривают эмбриональные и индуцированные плюрипотентные стволовые клетки. Наиболее перспективное направление – тканеспецифичные клетки-предшественники для создания искусственных органоидов. В структуре органоида клетки-предшественники способны дифференцироваться в холангиоциты и поддерживать специфический фенотип in vitro. Полученные клетки имеют холангиоцитоподобный фенотип, несут маркеры холангиоцитов (KRT-7/19, EPCAM, а также маркеры клеток-предшественников SOX-9, LGR-5) и способны к активной пролиферации. Благодаря достижениям тканеинженерного направления исследований в основу реконструктивной и восстановительной хирургии желчевыводящей системы могут войти наиболее физиологичные протезирующие технологии, что в перспективе приведёт к снижению количества осложнений после оперативных вмешательств и улучшит качество жизни пациентов.

Ключевые слова: Искусственный холедох, тканеинженерные технологии

---

123. Аортодуоденальная фистула, осложненная кровотечением: особенности дооперационной диагностики и хирургического вмешательства

Тихомирова Е.В. (1,3,4), Матюшкин А.В. (2), Тищенко И.С. (2), Смирнов Н.В. (1), Пимонов С.П. (1), Шаповальянц С.Г. (4), Фёдоров Е.Д. (4)

Москва

ГБУЗ «ГКБ №17 ДЗМ»(1),
ГБУЗ «ГКБ имени Д.Д. Плетнева ДЗМ»(2),
ООО «КДФ-ЗАПАД»(3),
Кафедра госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (4)

Актуальность своевременной диагностики аорто-дуоденальной фистулы (АДФ), вызывающей угрожающее жизни массивное желудочно-кишечное кровотечение, обуслов-

лена тем, что при неправильном выборе тактики лечения летальность составляет до 90%. Основными методами диагностики АДФ являются эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и компьютерная томография брюшной полости (КТ) с в/в контрастированием. КТ, выполненная до ЭГДС, не всегда позволяет сразу заподозрить наличие фистулы, т.к. врач-рентгенолог не всегда заостряет внимание на зоне взаимного расположения аорты и ДПК. Верификация диагноза с помощью КТ с в/в контрастированием, имеющим высокую чувствительность (94%), и специфичность (85–100%), зачастую происходит после выполнения ЭГДС, при указании врача-эндоскописта на возможное наличие фистулы. Поэтому уровень выживаемости пациентов напрямую зависит от своевременной и качественной эндоскопической и лучевой диагностики. Больной П., 62 лет, 09.12.2022 был госпитализирован в ГБУЗ «ГКБ 17 ДЗМ» с жалобами на общую слабость, головокружение, боли в эпигастрии, жидкий стул с примесью крови на протяжении последних 10 дней. Из анамнеза известно, что в 2019 году пациенту было выполнено бифуркационное аорто-бедренное шунтирование (АБШ) по поводу атеросклероза аорты и артерий нижних конечностей. Клинической картине сопутствовала анемия тяжелой степени (Hb – 66 г/л, RBC – 2,5x10??/л, Ht – 19,7%). При первичной КТ грудной клетки и брюшной полости патологии выявлено не было. При экстренной ЭГДС в нижнегоризонтальной ветви ДПК было выявлено изъязвление овальной формы, диаметром 10 мм, без признаков хронической язвы и продолжающегося кровотечения, плотное при инструментальной пальпации биопсийными щипцами, прикрытое фиксированным тромбом-сгустком, диаметром 6 мм. С учетом данных анамнеза о проведенном ранее АБШ и результата ЭГДС было заподозрено наличие АДФ в зоне расположения аортального протеза. Эндоскопический гемостаз не выполнялся из-за риска возникновения массивного фатального кровотечения. В ходе прицельного пересмотра результата КТ брюшной полости и последующей КТ брюшной полости с в/в контрастированием было заподозрено наличие соустья, диаметром 5 мм, расположенного между сосудистым протезом аорты и нижнегоризонтальной ветвью ДПК и заполненного тромботическими массами. В экстренном порядке была вызвана бригада сосудистых хирургов, которые подтвердили наличие АДФ и перевели пациента в отделение сосудистой хирургии ГБУЗ «ГКБ имени Д.Д. Плетнева» ДЗМ. В профильном отделении в экстренном порядке была выполнена резекция дистальных анастомозов бифуркационного аорто-бедренного шунта, перевязка обеих бранш аортобедренного протеза и аксиллобифеморальное шунтирование. Через 2 суток была выполнена лапаротомия, разобщение аортодуоденального соустья, в ходе которой в области инфраренального отдела аорты, в месте расположения проксимального края анастомоза, выявлено соустье с задней стенкой ДПК, диаметром 5 мм. Выполнено ушивание ДПК, перевязка инфраренальной аорты, подшивание пряди большого сальника позади поперечно-ободочной кишки к ушитому отверстию в ДПК; дренирование брюшной полости. Таким образом, был установлен диагноз АДФ проксимального анастомоза бифуркационного аорто-бедренного шунтирования. В послеоперационном периоде проводилась массивная антибиотикотерапия, т.к. причиной возникновения АДФ считали близкое расположение трансплантата и ДПК, и местную инфекцию, которая привела к локальному некрозу и образованию фистулы. При контрольном УЗИ брахиоцефальных и лучевых артерий гемодинамически значимых препятствий выявлено не было. Через 13 суток пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует важность знаний о макроскопических характеристиках АДФ и актуальность мультидисциплинарного подхода, который обеспечил своевременную верификацию диагноза и успешное хирургическое лечение пациента в профильном стационаре.

Ключевые слова: аортодуоденальная фистула, желудочно-кишечное кровотечение, бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, эзофагогастродуоденоскопия, оперативное лечение

---

124. Способы сегментации при текстурном анализе данных КТ-исследований у пациентов с почечно-клеточным раком

Хромова С.В., Карельская Н.А.

Москва

Национальный Медицинский Исследовательский Центр Хирургии им. А.В. Вишневского министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: Целью исследования было изучить способы ручной сегментации при текстурном анализе данных КТ-исследований у пациентов с почечно-клеточным раком и сопоставимость их результатов. Методы: В исследование ретроспективно были включены 52 исследования с гистологически подтвержденным светлоклеточным почечно-клеточным раком. Два специалиста с опытом абдоминальной визуализации 3 и 10 лет субъективно выполняли ручную сегментацию на изображениях в артериальную и венозную фазы сканирования. Область интереса (ROI) в 3D включала полный объем опухоли, при 2D-сегментации выделялась наибольшая площадь образования на аксиальном срезе. Пациенты были разбиты на две группы: в 1 группу вошли опухоли размером более 4 см, во вторую – менее 4 см.

Результаты: Воспроизводимость 3D сегментации пока-

зала превосходную надежность результатов для обеих групп: коэффициент внутриклассовой корреляции (ICC) составил 0,949 для группы 1, и 0,983 для группы 2. Результат 2D для группы 1 был не воспроизводим (0,037), а для группы 2 надежность результатов была превосходной (0,926). Результаты коэффициента внутриклассовой корреляции для показателей текстурного анализа первого порядка (гистограмма уровня серого): ICC текстурных показателей для Группы 1 3D: Среднее 0,905; Асимметричность: 0,768; Эксцесс 0,178; Энтропия 0,984; Энергия 0,987. ICC текстурных показателей для Группы 2 3D: Среднее 0,949; Асимметричность 0,944; Эксцесс 0,970; Энтропия 0,978; Энергия 0,962. ICC текстурных показателей для Группы 1 2D: Среднее 0,768; Асимметричность 0,667; Эксцесс 0,837; Энтропия 0,911; Энергия 0,940. ICC текстурных показателей для Группы 2 2D: Среднее 0,122; Асимметричность 0,542; Эксцесс 0,467; Энтропия 0,895; Энергия 0,839.

Заключение: Результат 3D сегментации был воспроизводим для обеих групп пациентов, в то время как позиционирование срезов в 2D коррелировало только в группе 2, однако несмотря на несогласие авторов в выборе среза наибольшего диаметра для опухолей диаметром более 4 см, большинство текстурных показателей первого порядка были воспроизводимы, что позволяет применять и 2D и 3D анализ в дальнейших исследованиях.

Ключевые слова: КТ, текстурный анализ, почки, почечно-клеточный рак, светлоклеточный рак почки

---

125. Место малоинвазивных способов в алгоритме лечения холедохолитиаза

Ардасенов Т.Б. (1), Беслекоев У.С. (1), Тотиков З.В. (1), Ревазов Е.Б. (2), Четиев А.Н. (1), Доев Г.С. (1), Кокоев М.А. (1)

Владикавказ

1) ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
2) ГБУЗ «Республиканская Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи» МЗ РСО-Алания

Актуальность Определение оптимальных сроков, характера и последовательности лечебных мероприятий при холедохолитиазе остается окончательно нерешенным и продолжает дискутироваться.

Материал и методы С марта 2011 по апрель 2020 года в клинике находились на лечении 519 пациентов с холедохолитиазом, женщин – 313, мужчин – 206, средний возраст 70,2±14,4 года. Холедохолитиаз осложнился механической желтухой у 216, холангитом – у 41, острым билиарным панкреатитом – у 10 больных. Полученные результаты и обсуждение У всех 519 пациентов оперативное лечение начинали с транспапиллярных вмешательств. У 20 (3,9%) больных из-за анатомических изменений они оказались невыполнимы, из них 11 пациентам с механической желтухой произвели чрескожно-чреспеченочную наружную холангиостомию, другим 9 больным в разные сроки выполнили холедохолитотомию. Эндоскопические ретроградные вмешательства провели 499 (96,1%) пациентам: эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с литоэкстракцией – 371, ЭПСТ по методике «рандеву» – 22, эндоскопическую баллонную папиллодилатацию (ЭПД) – 20 пациентам с ЭПСТ в анамнезе, ограниченную ЭПСТ с ЭПД – 54 больным. У остальных 32 человек с рецидивным холедохолитиазом при холангиографии отметили адекватный объем ранее выполненной ЭПСТ, позволяющий провести санацию холедоха. Литоэкстракцию корзинкой Дормиа применили у 466, механическую литотрипсию – у 33 больных. Транспапиллярные вмешательства позволили разрешить механическую желтуху у 204 из 216 пациентов (94,4%), а полностью санировать желчные протоки у 420 больных (80,9%). Техническую невозможность литоэкстракции констатировали у 79 пациентов, из них 34 человек выписали с билиарным стентом для курса литолитической терапии и рекомендацией эндоскопической литоэкстракции через 2-3 месяца, другим 45 пациентам с очевидной бесперспективностью малоинвазивного разрешения холедохолитиаза выполнили холедохолитотомию. Осложнения эндоскопического лечения развились у 19 (3,8%) больных (кровотечение – 2, острый отечный панкреатит – 7, панкреонекроз – 8, ретродуоденальная перфорация – 2), из них умерли 3. Следует отметить, что в группе пациентов, где ЭПСТ проводили по методике «рандеву» или комбинировано применили ограниченную ЭПСТ с ЭПД (n=96), осложнение развилось лишь однажды (1,0%). Холедохолитотомию произвели 54 (10,4%) больным, в 13 случаях операцию завершили холедоходуоденоанастомозом, в 1 – гепатикоеюноанастомозом, в 20 случаях – наружным дренированием холедоха, еще 1 больному выполнили лапароскопическую холецистэктомию с интраоперационной «рандеву-ЭПСТ», другим 19 пациентам после выполненной ЭПСТ при отсутствии желтухи и холангита холедохолитотомию завершили «глухим» швом холедоха, причем у 17 из них – операцию выполнили лапароскопическим способом. Осложнения после холедохолитотомии развились у 3 (5,6%) больных (желчеистечение, внутрибрюшное кровотечение), произвели релапаротомию с благоприятным исходом. Важно подчеркнуть, что после холедохолитотомии с «глухим» швом холедоха осложнений не было.

Выводы и рекомендации В алгоритме лечения холедохолитиаза приоритетное значение имеют эндоскопические ретроградные способы, позволяющие разрешить механическую желтуху в 94,4% случаев, а полностью санировать желчные протоки у 80,9% пациентов. Дифференцированный подход в выборе эндоскопического

доступа к конкрементам гепатикохоледоха и комбинированное использование различных технических приемов (ЭПСТ с ЭПД, «рандеву-ЭПСТ») приводит к снижению количества осложнений ретроградных операций до 3,8%. Антеградную чрескожно-чреспеченочную декомпрессию билиарного тракта следует выполнять при неэффективности ретроградного способа разрешения желтухи. При неустраненном малоинвазивно холедохолитиазе следует прибегать к холедохолитотомии, а наилучшим вариантом ее завершения в условиях адекватно выполненной ЭПСТ, отсутствия желтухи с холангитом, является «глухой» шов желчного протока.

Ключевые слова: холедохолитиаз

---

126. Использование повязки Унна в комплексном хирургическом лечении пациентов с хроническими ранами различной этиологии

Петрова В.В. (1,2), Смирнов Г.А. (1), Аржелас М.Н. (2)

Санкт-Петербург

1. Санкт-Петербург, СПбГУ, кафедра факультетской хирургии
2. Санкт-Петербург, клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ

Актуальность проблемы: Проблема оказания помощи пациентам с хроническими ранами остается актуальной, за счёт распространённости проблемы, коморбидности пациентов, необходимости длительного лечения и большого расхода финансовых средств. На сегодняшний день доля инфекционных поражений в структуре хирургических болезней составляет до 30% от всего количества пациентов. Среди больных с раневой инфекцией на первом месте находятся поражения мягких тканей. В последнее время в связи с увеличением продолжительности жизни и появлению современных препаратов для коррекции коморбидных состояний возросло число пациентов с хроническими ранами. Хроническая рана – рана, не заживающая в течение периода, который является нормальным для ран подобного типа или локализации. Пациенты с хроническими ранами составляют до 1% популяции в развитых странах. Классическая стратегия лечения данных пациентов подразумевает перевод раневого процесса на площади всей раны в репаративную фазу с последующим пластическим закрытием дефекта при помощи различных вариантов кожной пластики. В повседневной практике регулярно встречаются пациенты, которым в силу целого ряда причин (тяжёлое общее состояние, невозможность полноценного достижения репаративной фазы процесса, сложная анатомическая локализация дефекта, проблема с выбором донорской зоны, низкий комплаенс пациента и иные организационные моменты и т.д.) нет возможности выполнить оперативное закрытие раневого дефекта. Актуален поиск альтернативных вариантов закрытия раны без применения классической дермопластики.

Цель: Оптимизировать лечение пациентов в пролиферативной фазе раневого процесса, сократить сроки применения кожных эквивалентов для пластического закрытия раневых дефектов у пациентов с хроническими ранами за счет использования на этапах комплексного лечения повязок Унна.

Материалы и методы: Выполнено исследование течения раневого процесса в репаративной фазе у пациентов, находившихся на лечении в КВМТ им. Н.И. Пирогова в период с 2018 по 2022 г. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой группе – 61 пациент (19 мужчин и 42 женщины). В комплексном лечении пациентов данной группы была использована повязка Унна. Средний возраст составил 56±2,8 лет, Площадь раневого дефекта в среднем – 70,48±8,42 см кв. Группа сравнения – 68 пациентов (23 мужчины и 45 женщин). Средний возраст 62±3,5 лет. Средняя площадь раневых дефектов – 66,4±4,8 см, Местное лечение проводилось без использования повязки Унна. Обе группы сравнимы по полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний, локализации раневых дефектов и их размерам. Эффективность лечения оценивалась по длительности репаративной фазы раневого процесса. В пролиферативной фазе раневого процесса (начало роста грануляционной ткани в ране) пациентам перврвой группы на поверхность раневого дефекта накладывалась повязка Унна. В зависимости от формы, размера и локализации раны использовались разные варианты наложения повязки: 1. На раневые дефекты конечностей накладывались циркулярные повязки в форме оффициальных бинтов с компонентами повязки Унна («Вароласт», «Ваpоцекс» и «Варофикс». Экспозиция повязки составила от 10 до 14 дней. 2. На плоские раневые дефекты шеи, грудной стенки, поясничных и ягодичных областей применялись повязки Унна в виде гелевых пластин различного размера. Сроки применения повязок составляли от 2 до 5 дней, повторялись 2-4 раза. Пациентам второй группы лечение проводилось с использованием стандартных препаратов и раневых покрытий в данной фазе раневого процесса (с учётом индивидуальных особенностей): мазь Вишневского, Воскопран с метилурацилом, мазь Офломелид, винилин, мазь Стелланин. После перехода раневого процесса в фазу эпителизации пациентам обеих групп на раневые дефекты помещали дермальные эквиваленты на основе нативного коллагена.

Результаты исследования: Результаты лечения оценивались через 30 дней. Цифровая оценка площади раневого дефекта производилась с помощью программы V2F в 1-е, 7-е, 14-е, 28-е сутки. У пациентов второй группы эпителизация раневого дефекта на 28-е сутки составляла от 35 до

44%; у пациентов первой группы в те же сроки – от 56 до 73%. При применении повязок, несмотря на амбулаторный режим лечения Унна, не наблюдалось возвращение раневого процесса в экссудативную фазу.

Выводы и рекомендации: Использование повязки Унна в местном лечении ран в репаративной фазе раневого процесса позволяет: 1. Увеличить скорость заживления и сократить сроки эпителизации площади раневого дефекта. 2. Минимизирует возможность вторичного инфицирования и стимулирует процессы ангионеогенеза. 3. Не вызывает побочных действий, не требует обезболивания, позволяет сократить количество перевязок.

Ключевые слова: Хроническая рана Повязка Унна Дермальные эквиваленты

---

127. Повторные вмешательства после неудачных антирефлюксных операций

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

Москва

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

Введение. Антирефлюксная операция (АРО) – самое частое оперативное вмешательство на пищеводе. Частота рецидива ГЭРБ или ГПОД после хирургической коррекции достигает 59%. Около 30% больных после первичных АРО отмечают стойкую дисфагию, 11-24% – изжогу, а 62% – постоянно принимают блокаторы секреции. Медиана частоты рецидива после лапароскопических вмешательств составляет 30%, достигая 55-66%. Первая АРО эффективна в 90-96% наблюдении?. Эффективность повторной операции падает до 75-87%, третьей – до 55-66%, четвертой и последующих – до 42%. После третей неудачной АРО ряд авторов считает целесообразным выполнение проксимальной резекции желудка или эзофагэктомии.

Цель. Оптимизация и персонализация тактики повторного хирургического лечения больных после неудачных антирефлюксных операций.

Материалы и методы. В период 2012-20 гг. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского проведено лечение 61 пациента после ранее перенесенных АРО, результат которых оказался неудовлетворительным. Среди них было 37 (61%) женщин и 24 (39%) мужчины в возрасте от 22 до 76 лет, при среднем – 52 года. В большинстве наблюдений в качестве первичной операции была выполнена фундопликация в различных модификациях: Ниссена (32), Type (7), Дора (4), Belsey-Mark IV (2). Гастропликацию по Collis ранее перенесли 4 больных. Лапароскопическим доступом первичные АРО были выполнены 53 (86,8%) и традиционным – 8 (13,1%) пациентам. В качестве компонента первичного АРО у 16 (26,2%) больных для укрепления ПОД были использованы синтетические сетчатые эндопротезы. При этом 35 (57,4%) больных перенесли одну операцию, остальные были оперированы неоднократно: 14 (23,0%) – 2; 7 (11,4%) – 3; 2 (3,3%) – 4; 3 (4,9%) – 5 и более раз. Клиническая картина послеоперационного рефлюкс-эзофагита проявлялась изжогой у 52 (85,2%) больных, из них в сочетании с регургитацией у 17 (27,9%). Дисфагию отмечали 26 (42,6%), боли за грудиной и в эпигастрии – 41(67,2%) пациентов. У 61 больного выявлены 89 различных осложнений первичных АРО: миграция фундопликационной манжетки в средостение – 21(23,5%), недостаточность манжетки – 24 (26,5%), гиперфункция манжетки – 18 (20,2%), соскользнувшая манжетка – 16 (18,0%), пролежень сетчатого протеза в пищевод или желудок – 5 (5,6%), пептическая язва и стриктура пищевода – 4 (4,5%); пищеводно-медиастинальный свищ -1 (1,1%). В качестве органосохраняющих повторных АРО выполняли рефундопликацию по Черноусову – 38 (62,3%), гастропластику по Collis – 12 (19,7%) больным, в том числе повторную (4). В качестве резекционных операций 7 (11,5%) больным выполнили трансхиатальную субтотальную эзофагэктомию с одномоментной пластикой желудочной трубкой и 4 (6,5%) – проксимальную резекцию желудка в модификации Merendino-Dillard. Показаниями к резекционным вмешательствам служили невозможность полного демонтажа предыдущей антирефлюксной конструкции, плотный рубцовый блок зоны пищеводно-желудочного перехода, ранее резецированный свод желудка, свищи или пролежни пищевода и фундопликационной манжетки.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Гладким послеоперационный период был у 52(85,2%), осложненным – у 9 (14,7%) больных. Зафиксировано 12 осложнений, из них хирургических 2 (3,3%) – частичная несостоятельность пищеводно-тонкокишечного соустья (1) и гематома брюшной полости (1); общих 10 (16,4%) – гидроторакс (6), нарушения сердечного ритма (3), пневмония (1). Повторных операций и летальных исходов не было.

Заключение. Вероятных причин неудачных как первичных, так и повторных АРО множество. Несмотря на актуальность данной клинической проблемы, тактические и технические аспекты повторных АРО до сих пор остаются предметом дискуссий. Не определены четкие показания к выполнению резекционных вмешательств, также как и недооценена техническая сложность повторных АРО.

Ключевые слова: антирефлюксные операции, рецидив ГПОД, фундопликация, гастропластика, резекция желудка, эзофагэктомия

128. Коррекция реперфузионных осложнений при лечении острой ишемии нижних конечностей

Магамедов И.Д., Пивоварова Л.П., Платонов С.А., Ордынец С.В., Нохрин С.П., Арискина О.Б., Осипова И.В., Фомин К.Н., Курилов А.Б., Томченко А.И., Жигало В.Н., Поцхор-оглы С.Л., Количенко Л.В., Дыко О.И., Гурская В.В., Исаев Т.А.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе

Острая ишемия нижних конечностей (ОИНК) и реперфузионный период сопровождаются развитием синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и гиперкоагуляции, при этом тяжесть изменений коррелирует со степенью ишемии и объёмом повреждённых тканей.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с ОИНК посредством применения противовоспалительной и антиоксидантной терапии. Пациенты и методы. Обследованы 2 группы пациентов с некомпенсированной и необратимой ОИНК: основная – 26 человек, возраст 73(64;80) года и группа сравнения – 71 человек с базисной терапией, возраст 70(64;83) лет. Пациентам основной группы на фоне базисной терапии (БТ) вводили внутривенно капельно дексаметазон (8 мг/200 мл 0,9% р-ра NaCl), затем реамберин (400 мл 1,5% р-ра) курсом 4-6 дней после реконструктивной операции. БТ включала дезагрегантные, антикоагулянтные препараты. Пациентам с некомпенсированной ишемией выполняли реваскуляризацию артерий, с необратимой ишемией выполняли реваскуляризацию с целью снижения уровня ампутации конечности. Контрольная группа: 15 практически здоровых пациентов данной возрастной группы, у которой определяли содержание С-реактивного белка (СРБ), лактата (Cobas c5x человек 70(55;80) лет. В 01) и фибриногена (Ф, StaCompact), количество лейкоцитов и тромбоцитов (SYSMEX XT4000), число CD102+мононуклеаров иммуноцитохимическим методом (Novocastra). Уровень ССВО оценивали по критериям согласительной конференции ACCP/SCCM (1992). Определяли сроки лечения в стационаре и исход заболевания. Использовали программы Statistica 6.0; определяли Me (Q0,25-Q0,75), коэффициент корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Развитие ССВО (2 и более критериев) наблюдали у 51% пациентов в периоде острой ишемии. В реперфузионном периоде у пациентов с БТ признаки ССВО зарегистрированы у 53% больных, из них у 30% число критериев возросло до 3 или 4. У 27% пациентов, получивших инфузии дексаметазона (ДМ) и реамберина (Р), наблюдали не более 2 или 3 критериев ССВО. Уровень ССВО обладал высокой предсказательной ценностью для исхода при поступлении в стационар: AUC=0,88; чувствительность 88%, специфичность 75%; в периоде реперфузии: AUC=0,93; чувствительность 89%, специфичность 92%. Концентрация СРБ в крови при ОИНК отражала уровень ССВО при поступлении (r=0,34; p<0,05); в периоде реперфузии достоверно демонстрировала различие динамики воспаления в зависимости от проводимой терапии. Так, у больных с БТ уровень СРБ оставался высоким до 10 сут наблюдения – 74(51;141) мг/л, а у пациентов основной группы снижался до 8(6;13) мг/л. Воспаление и активация коагуляции всегда взаимосвязаны. Развитие ОИНК сопровождалось усилением коагуляционной и воспалительной активности клеток крови. Концентрация Ф в крови при поступлении составила 8,2(5,4;8,4) г/л. В периоде реперфузии у больных с БТ наблюдали подъём уровня Ф до 7,2(6,9;7,4), в то время как у получавших инфузии ДМ+Р концентрация Ф снижалась до 5,2(3,4;6,1) г/л. Уровень экспрессии адгезинов ICAM-2 (CD102+) на клетках является маркером нормальной эндотелиальной функции. Однако, в период острой ишемии до операции количество мононуклеаров, экспрессирующих CD102+превышало в 1,8 раз в основной группе и 2,3 раза в группе сравнения этот показатель здоровых людей. Вероятно, повышение экспрессии CD102+ в остром периоде связано с изменением метаболической активности клеток под влиянием гипоксии (отек эндотелия). Количество клеток, экспрессирующих CD102+ коррелировало до операции с уровнем лактата (r=0,87; p<0,05), в периоде реперфузии с СРБ, классическим маркером воспаления (r=0,68; p<0,05) и числом незрелых тромбоцитов (r=0,59; p<0,05). У пациентов основной группы уровень CD102+ нормализовался к 5 сут лечения, в группе сравнения только к 10 сут. В следствии применения дополнительной терапии отмечено улучшение результатов лечения, которое состоит в уменьшении числа летальных исходов с 32% при БТ до 15% у пациентов основной группы, сроков лечения с 13 до 9 дней.

Выводы. Применение противовоспалительной и антиоксидантной терапии с использованием дексаметазона и реамберина способствует снижению активности воспаления и гиперкоагуляции, адгезивности клеток крови, как исход улучшение ближайших результатов лечения.

Ключевые слова: острая ишемия конечностей, фибриноген, дексаметазон, реамберин, С-реактивный белок, CD102+лимфоциты.

129. Альтернативная антибактериальная терапия бактериофагом у больных тяжелым и средне-тяжелым некротическим панкреатитом

Васильев А.А., Буйнов К.И., Сартан Д.И., Яфарова Р.Т.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького.

Актуальность. Общепризнано, что у подавляющего большинства больных инфицирование панкреатических очагов происходит за счет кишечной транслокации таких микроорганизмов, как Escherichia coli, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis, Pseudomonas aeruginosa, Bacteroides spp. и Clostridium spp. Несмотря на множество клинических и экспериментальных исследований, патогенез вторичного инфицирования некротизированной поджелудочной железы остается до конца неясным. Главными факторами инфицирования тяжелого некротического панкреатита являются распространенный некротический панкреатит и парапанкреатит, ожирение (значительные межфасциальные внебрюшинные клетчаточные пространства), геморрагический характер ферментативного перитонита и длительный паралитический илеус. Не стоит игнорировать и роль внутригоспитального инфицирования, особенно при широком применении малоинвазивных дренирующих операций при асептических жидкостных скоплениях. Профилактическое использование антибиотиков для снижения частоты вторичной инфекции пораженной ткани поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки, системных инфекционных осложнений и смертности оказалось неэффективным. Причем главными причинами летальных исходов при тяжелом сепсисе являются неотграниченные формы гнойного воспаления и мультирезистентные штаммы бактерий и их ассоциации.

Материал и методы. Больным с тяжелым острым панкреатитом и подтвержденным парапанкреальным инфильтратом (ППИ), больным с отграниченным жидкостным скоплением в сальниковой сумке (СС) и синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), больным с геморрагическим выпотом, подтвержденным при лапароцентезе или при лапароскопии проводили фаготерапию Bacteriophagum intestinalis fluidum. Фаготерапия проводилась с информированного согласия больного. Бактерифаг назначали при восстановленной функции кишечника. Других антибактериальных препаратов на время фаготерапии пациенты не получали. Продолжительность фаготерапии от 6 до 12 суток.

Результаты и обсуждение. С тяжелым и средне-тяжелым острым панкреатитом фаготерапия применена у 68 пациентов. Пролечены 42 пациента с парапанкреальными инфильтратами, 14 пациентов с отграниченными жидкостными скоплениями в СС, с геморрагическим ферментным перитонитом и ССВО – 7, воспалительной жидкостной инфильтрацией забрюшинного пространства 5 больных. У 12(28,5%) больных ППИ разрешился формированием абсцесса сальниковой сумки, абсцессы были дренированы под УЗ наведением и санированы. 4 больным с дренированными абсцессами СС понадобилась панкреатосеквестрэктомия срединным малым доступом (поражение железы 30 и 40% объема) на 5 и 6 неделе от начала заболевания. У 8 (19%) больных ППИ разрешился формированием постнекротических псевдокист. Пункционно-дренирующие вмешательства им не выполнялись. У 22 (52%) больным с ППИ, пролеченных бактериофагом инфильтрат лизировался без образования жидкостных скоплений. У 14 больных с оментобурситом, прошедшим раннюю фаготерапию, инфекционных осложнений не последовало. Все 5 пациентов с неотграниченной жидкостной воспалительной инфильтрацией паранефрия слева на фоне фаготерапии перенесли оперативные вмешательства путем люмботомии. Операции в дальнейшем сопровождались некрсеквестрэктомией. Показанием к операции послужил рецидивный ССВО и прогрессирование в объеме жидкостного скопления. Мультирезистентных штаммов микроорганизмов у больных с проведенной ранней фаготерапией выявлено не было. После операций пациенты получали целенаправленную антибактериальную терапию по результатам бактериального исследования операционного материала.

Выводы. Частота инфекционных осложнений у больных с тяжелым и средне-тяжелым панкреатитом составила 25,9%. Фаготерапия первого периода некротического панкреатита способствует купированию ССВО при парапанкреальном инфильтрате. Фаготерапия способствует формированию преимущественно отграниченных форм инфекционных осложнений и способствует снижению вероятности формирования мультирезистентных бактериальных штаммов.

Ключевые слова: Острый панкреатит, инфицированный панкреатит, бактериофаг, фаготерапия.

---

130. Огнестрельные ранения живота с повреждением печени и желчевыводящих путей

Шаталов А.Д (1), Хацко В.В. (1), Межаков С.В. (1), Шаталов С.А. (2), Коссе Д.М. (2), Войтюк В.Н. (2)

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» (1),
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (2)

Актуальность. Тяжесть клинического течения и исходов

ранений и травматических повреждений живота является одной из трудных глав неотложной хирургии. Несмотря на последние успехи в развитии абдоминальной хирургии летальность при лечении ранений и травм живота составляет около 9-18%. Ранения печени и желчевыводящих путей занимают одно из ведущих мест в структуре повреждений внутренних органов брюшной полости и встречаются в 8,8-16,4% случаев при осколочных и минно-взрывных поражениях. Основные этапы и алгоритмы оказания помощи пациентам с указанной локализацией ранений окончательно не выяснены.

Материал и методы. Проведен анализ 68 (29,4%) историй болезни пациентов с осколочными повреждениями печени и желчевыводящих путей из 230, которые лечились в клинике хирургии за последние 5 лет. Мужчин было 53, женщин – 15. Средний возраст пациентов составил 43±2,3 лет. Для уточнения диагноза применяли следующие методы: клинико-лабораторный, рентгенографию органов брюшной полости в прямой и боковой проекциях, сонографию, компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароцентез. Полученные результаты и их обсуждение. Тяжелые повреждения живота при минно-взрывных травмах характеризовались особой сложностью строения раны и обширностью разрушения тканевых структур поврежденной области. Помимо кровотечения, которое может сопровождать ранения других органов брюшной полости, при ранениях печени наблюдается желчеистечение. Ранящий снаряд (осколок) с ударно-волновым эффектом и образованием временной пульсирующей полости приводит к возникновению обширной зоны первичного некроза и распространению очагов функциональных и морфологических изменений не только в брюшной полости, но и на значительном удалении от неё. Ранения левой доли печени наблюдали у 43 (63,2%) пациентов, правой – у 22 (32,4%) обеих долей – у 3 (4,4%). Принимая во внимание характер повреждения, больным выполнены следующие оперативные пособия: атипичная резекция доли – 7, ушивание раны печени матрасными и узловыми швами – 33, коагуляция раны печени – 28. При продолжающемся кровотечении из раны печени использовали наложение и фиксацию гемостатических губок и порошков, электрокоагуляцию печени, тампонирование раны печени. В конце операции выполняли дренирование поддиафрагмального, подпеченочного пространств и полости таза с целью предупреждения развития послеоперационных осложнений и контроля гемостаза. После операций было 9 (13,2%) осложнений при осколочных ранениях печени и жёлчевыводящих протоков: гнойно-инфекционные – 4, кровопотеря – 2, пневмония – 1, наружный жёлчный свищ – 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1. Умерли 3 (4,4%) раненых, поступивших в клинику через 11 – 23 часа после осколочного ранения.

Выводы и рекомендации. Осколочные ранения живота с повреждением печени и жёлчевыводящих протоков являются тяжелыми из-за кровотечения, жёлчеистечения, развития шока, прямой зависимости исхода лечения от сроков оперативного вмешательства, необходимости проведения интенсивной предоперационной подготовки и инфузионно-трансфузионной терапии. При поверхностных ранениях печени достаточно использовать электрокоагуляцию раны. При ранениях глубиной от 3 до 8 см следует их ушить. При размозжении ткани печени и отсутствии возможности ее восстановления в пределах анатомических границ, целесообразно выполнить атипичную резекцию с наложением узловых и матрасных швов, дренированием брюшной полости.

Ключевые слова: печень, огнестрельное ранение

---

131. Транспапиллярные эндоскопические вмешательства при лечении пациентов с осложненным холедохолитиазом

Хацко В.В. (1), Дудин А.М. (1), Шаталов С.А. (2), Коссе Д.М. (2), Страшко Е.Н. (1)

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» (1),
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (2)

Актуальность. С каждым годом количество больных с жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ) в мире увеличивается. Осложнённые её формы отмечаются в 30-66% случаев. Наиболее тяжёлыми осложнениями являются механическая желтуха (МЖ) – у 45-75% чел. и холангит – у 14-32%. На современном этапе общепринятой является двухэтапная тактика лечения осложнённого холедохолитиаза (ХДЛ). На первом этапе выполняют эндоскопические транспапиллярные и лечебные вмешательства, на втором этапе (через 2-3 дня) – лапароскопическую холецистэктомию.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 794 больных с ХДЛ, которым выполнены транспапиллярные эндоскопические вмешательства (ТЭВ). Мужчин было 217 (27,3%), женщин – 577 (72,7%) в возрасте от 25 до 87 лет. Для уточнения диагноза применяли методы: клинико-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную или магнитно-резонанасную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) или чрескожную чреспеченочную холангиографию. Для проведения ТЭВ применяли аппараты FUJINONEPX-201 H, PENTAX – 1000, С-дугу. Полученные результаты и их обсуждение. Причиной механической желтухи у 493 (62,1%) чел. явился первичный ХДЛ, у 197 (24,8%) – резидуальный, у 104 (13,1%) – рецидивный. На первом этапе

всем больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Не удалось выполнить ЭПСТ у 9 больных из-за парапапиллярного дивертикула или крупного ХДЛ. После удачного эндоскопического вмешательства всем больным с первичным ХДЛ была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), кроме 6 чел. (3 – отказались от дальнейшего лечения, у 3 был высокий операционный риск). После ТЭВ различные осложнения отмечены у 81 (10,3%) чел., 80 – лечились консервативно, 1 – выполнена лапаротомия, дуоденотомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. Умерло 3 (0,4%) пациента: 2 – от прогрессирующего деструктивного панкреатита, 1 – от тромбоэмболии легочной артерии (на 7-е сутки после операции). В клинике успешно применен у 47 пациентов разработанный «Назобилиарный катетер-дренаж» (патент UA №123095 от 18.08.2017 г.).

Выводы и рекомендации. У больных с осложненным ХДЛ транспапиллярные эндоскопические вмешательства являются эффективными в большинстве случаев. Двухэтапные операции (ЭПСТ + ЛХЭ) с разработанным нами «Назобилиарным катетером-дренажом» целесообразно применять при осложнённых формах ЖКБ и тяжёлой сопутствующей патологии. Перспективным являются одноэтапные комбинированные эндоскопические вмешательства (по соответствующим показаниям).

Ключевые слова: Осложнённый холедохолитиаз, эндоскопические вмешательства

---

132. Совершенствование диагностического алгоритма при рубцовых стриктурах внепеченочных желчных протоков

Шаталов А.Д. (1), Хацко В.В. (1), Плахотников И.А. (1), Греджев Ф.А. (1), Фоминов В.М. (1), Шаталов С.А. (2)

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» (1), Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (2)

Актуальность. Одной из причин механической желтухи (МЖ) являются рубцовые стриктуры внепечёночных жёлчных протоков, которые формируются после повреждения протоков при лапаротомной холецистэктомии, лапароскопической холецистэктомии, резекции желудка, огнестрельных ранениях живота с повреждением жёлчевыводящих путей. Для диагностики этой патологии применяют различные инструментальные методы, однако их информативность не очень высокая.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностических методов у 384 пациентов с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков, которые были получены преимущественно в других лечебных учреждениях. Женщин было 278 (72,4%), мужчин – 106 (27,6%). Для уточнения диагноза использованы методы исследования: клинико-лабораторные, сонографический, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), фистулохолангиография, мультисрезовая компьютерная или магнитно-резонансная томография, интраоперационная холангиография. У 42 пациентов применен разработанный в клинике «Способ определения локализации и протяженности блока желчеоттока в общем печеночном или желчном протоке» (патент UA №142564 от 23.01.2020 г.). Полученные результаты и их обсуждение. Заподозрить ятрогенную травму позволяет появление желтухи после операции при пересечении протока. Однако только комплексное обследование позволяет поставить точный диагноз и планировать оптимальную операцию. При наружном желчном свище фистулохолангиография произведена у 87 (22,6%) пациентов. Однако это исследование не всегда может адекватно оценить локализацию и протяженность рубцовой стриктуры. ЭРХПГ и ЧЧХГ были информативны у 93% больных, КТ – у 94,2%, МРТ – у 95,1%. Разработанный нами способ был эффективным во всех 42 случаях. При этом способе проводили навстречу металлические проводники через чрезкожный чрезпечёночный дренаж и через папиллу большого дуоденального сосочка. При последующей рентгенографии можно определить протяжённость рубцовой стриктуры жёлчного протока и планировать адекватную реконструктивную операцию.

Выводы и рекомендации. Основная роль в установлении точного диагноза рубцовой стриктуры внепечёночного жёлчного протока принадлежит МРТ, фистулохолангиографии, интраоперационной холангиографии и разработанному нами способу. В перспективе следует придерживаться профилактики ятрогенного повреждения жёлчного протока, возможны различные комбинация лучевых и эндоскопических методов диагностики.

Ключевые слова: Рубцовые стриктуры жёлчных протоков, диагностика

---

133. Редкие осложнения после гастроеюнального шунтирования с межкишечным анастомозом по Ру при морбидном ожирении и метаболическом синдроме

Зайцев О.В. (1,2), Юдин В.А. (1,2), Барсуков В.В. (2), Романова И.В. (2), Кошкина А.В. (1,2), Хубезов Л.Д. (1,2), Соин К.М. (1)

Рязань

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

Актуальность. По оценкам Всемирной федерации ожирения, к 2025 г. распространенность ожирения во всем мире превысит 18% среди мужчин и 21% среди женщин. Бариатрическая хирургия зародилась в 1952 году шведским хирургом V. Henriksson. Существует множество методов хирургического лечения ожирения, но объектом данного материала является гастрошунтирование с межкишечным анастомозом на петле Ру, а именно осложнения данного метода. Среди осложнений выделяют: нарушение всасывания витаминов, микроэлементов (кальций, железо), белка; несостоятельность линии механических швов или анастомоза (2,2 – 8%), кровотечение из линии механических швов желудка и анастомозов (3,5–4,4%), язвы анастомоза (0,65%). Описаны случаи осложнений со стороны шунтированной кишки: заворот или механическая непроходимость сегмента тонкой кишки, стенозы межкишечных анастомозов, диарея до 4–6 раз в сутки, стеаторея, внутренние грыжи с развитием непроходимости (42 – 61% случаев).

Материалы и методы. В период 2022 – 2023 гг в ГБУ РО «ОКБ» в экстренном порядке в приемно- диагностическое отделение обратилось два пациента, перенесших более 5 лет назад гастроеюнальное шунтирование с межкишечным анастомозом по Ру. Полученные результаты. Первый пациент поступил в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в верхней части живота, многократную рвоту. На момент обращения болен 2 дня. При обследовании: умеренная гипотония, электролитные нарушения. При дообследовании (УЗИ, РКТ) – высокая тонкокишечная непроходимость. После предоперационной подготовки выполнена диагностическая лапароскопия. Выявлено узлообразование в области Y – образного энтеро- энтероанастомоза, выполнено деторзио, непроходимость разрешена. Зона анастомоза незначительно стенозирована, проходима, трофика стенок кишки восстановилась. Второй пациент поступил с аналогичными жалобами. На момент обращения болен 3 суток. Состояние тяжелое, выраженные электролитные нарушения, гипотония, олигурия. Диагностирована высокая тонкокишечная непроходимость, свободная жидкость в брюшной полости по данным УЗИ, РКТ. Предоперационная подготовка в условиях реанимации. Диагностическая лапароскопия – разлитой перитонит, наличие желчи в выпоте, конверсия. Выявлено узлообразование в области Y – образного энтеро- энтероанастомоза, деторзио. Анастомоз свободно проходим, трофика стенок кишки не нарушена. При дальнейшей ревизии установлена перфорация стенки выключенной из пищеварения части желудка по большой кривизне, с истончением и некрозом стенки, размерам 5 х 4 см и перфорацией диаметром 2 см в центре. Выполнено иссечение данной зоны, с последующим ушиванием нитью викрил 3/0 однорядным непрерывным швом. Установлена холецистостома ввиду наличия билиарной гипертензии. Брюшная полость санирована, задренирована.

Обсуждение. Данные наблюдения интересны областью развившегося осложнения и схожестью механизмов его формирования. Зона Y – образного энтеро- энтероанастомоза на петле по Ру представлена в виде узла из петель кишечника зоны анастомоза, после деторзио – с признаками трофических изменений в области последнего, без признаков некроза и перфорации в первом случае. У второго пациента на фоне узлообразования зоны Y – образного анастомоза и перерастяжением проксимального сегмента (ДПК, отключенная часть желудка) развилась билиарная гипертензия и трофические нарушение с перфорацией отключенной части желудка.

Выводы. Данные наблюдения демонстрируют обратную сторону шунтирующих бариатрических операций в виде жизнеугрожающих осложнений – узлообразованием области Y – образного энтеро- энтероанастомоза, с высокой тонкокишечной непроходимостью, в одном случае с развитием перфорации желудка и перитонитом. Данные осложнения развились спустя более 5 лет после перенесенных операций. В ходе сбора анамнеза не выявлено связи с нарушением диеты или изменением образа жизни.

Рекомендации. Тщательного ушивание сформированного окна в брыжейке или дополнительной фиксации петли тонкой кишки изоперистальтически.

Ключевые слова: бариатрия, осложнение, гастрошунтирование, петля Ру, ожирение, лапароскопия, тонкокишечная непроходимость, заворот, узлообразование

134. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов в мирное и военное время

Алексеев А.А. (1,2), Бобровников А.Э. (1,2), Малютина М.Б. (1,2), Филимонов К.А. (1), Долгих Р.Н. (3), Маркевич П.С. (3)

Москва

1) ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А.В.Вишневского» Минздрава России;
2) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;
3) ФГБУ «НМИЦ высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского» Минобороны России

Ожоги являются одними из частых травм в быту и на производстве, выступают непременной составляющей при массовых поражениях во время стихийных бедствий, террористических актов и войн. В настоящее время в России ежегодно регистрируется около 270-280 тысяч пациентов с термическими ожогами. При этом 20% из числа получивших ожоги нуждаются в госпитализации, остальные больные лечатся в амбулаторных условиях. Несмотря на то, что за последние 15 лет отмечается тенденция к снижению числа ожоговых травм в РФ как среди взрослых, так и детей, количество ежегодных госпитализаций пациентов с ожогами и их последствиями за последние 3 года, наоборот, увеличилось, в том числе за счет взрослых пациентов с обширными ожогами. Ожоговая служба в Российской Федерации создавалась на протяжении многих десятилетий. Успехи развития медицинской помощи обожженным весьма значительны. Не случайно «комбустиология», т.е. раздел медицины, изучающий этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику ожогов и связанных с ними патологических состояний, выделены в отдельный профиль «хирургия (комбустиология)». В 2018 году ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России утвержден головным учреждением по профилю «хирургия (комбустиологии)» и в соответствии с Приказом Минздрава России проводит лечебно-консультативную, научную и организационно-методическую работу по указанному профилю. В 2020-2022 гг эксперты Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» совместно специалистами-комбустиологами НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России и кафедры термических поражений, ран и раневой инфекции ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России приняли участие в разработке нормативных документов по профилю «хирургия (комбустиология)». Медицинская помощь пострадавшим от ожогов в настоящее время организуется и оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)», на основе клинических рекомендаций «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей» и с учетом стандартов медицинской помощи. Для спасения жизни пострадавших с ожогами определяющим является своевременное и адекватное лечение ожогового шока и термоингаляционной травмы, раннее начало оказания необходимой специализированной медицинской помощи. Специализированная, высокотехнологичная медицинская помощь пострадавшим с ожогами в нашей стране в настоящее время проводится в 64 ожоговых отделениях/центрах, в том числе 6 – детских. В 29 регионах нашей страны ожоговые отделения отсутствуют, и лечение пострадавших от ожогов проводится на профилированных «ожоговых» койках хирургических или травматологических отделений медицинских организаций, которые, как правило, уступают ожоговым отделениям по возможностям и качеству оказания медицинской помощи. В 2022 году в связи с началом проведения специальной военной операции возросло количество пострадавших с термическими поражениями среди военнослужащих. С целью оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи по профилю хирургия «комбустиология» пациентам, участвующим в СВО, при консультативно-методической поддержке специалистов ФГБУ НМИЦ хирургии им.А.В.Вишневского Минздрава России в короткие сроки были организованы профилированные ожоговые койки в ФГБУ «НМИЦ высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, осуществлено их полное материально-техническое обеспечение, включая хирургическое оборудование, противоожоговые флюидизирующие кровати, перевязочные средства и лекарственные препараты, проведено обучение врачей-хирургов, внедрены в работу современные клинические рекомендации. Поступление пострадавших с обширными ожогами, в т.ч. сочетанной и комбинированной травмой, на этап специализированного лечения в оптимальные сроки, активная хирургическая тактика с применением современных технологий в сочетании с интенсивным патогенетическим лечением позволили эффективно оказывать медицинскую помощь этой категории пациентов, существенно уменьшить их летальность и инвалидизацию. Дальнейшее совершенствование работы специалистов-комбустиологов, направленное на своевременное и адекватное тяжести травмы лечение на всех этапах эвакуации пострадавших от ожогов, оказание медицинской помощи в условиях специализированных стационаров, оснащение последних современным оборудованием и лекарственными препаратами, позволит улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения этой трудной категории пациентов как в мирное, так и военное время.

Ключевые слова: ожоги, комбустиология

135. Оптимизация тактики лечения перитонита и псевдоперитонита в хирургической практике у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии

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

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России

Актуальность: В последние десятилетия наряду с неуклонным ростом количества пациентов находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ), проявляются различные патологические изменения в органах брюшной полости, а подходы к тактике лечебных мероприятий весьма неоднозначны. Однако у пациентов, находящихся на ЗПТ отмечается высокая выявляемость псевдоперитониального синдрома, псевдоперитонита, острого ложного живота, как проявление системных заболеваний, в которых дифференциальный диагноз весьма затруднен, а для исключения абдоминальной катастрофы в большинстве случаев хирургам приходиться прибегать к лапароскопии. Нередко хирургическая тактика лечения становится неоправданной или напрасной у пациентов, находящихся на ЗПТ, с клиническими проявлениями «острого живота» и является одной из причин тяжелого течения основного заболевания, неблагополучного исхода. В дифференциации уремического характера «воспаления» в брюшной полости наряду с рутинным определением уровней креатинина и мочевины, интерес представляет органоспецифический белок почечной дисфункции в сыворотке крови ?2-микроглобулин (?2-МГ), а в ранней диагностике перитонита хорошо зарекомендовали себя белки воспаления и деструкции С-реактивный белок (СРБ), лактоферрин (ЛФ).

Цель исследования явилось улучшение тактики лечения перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ.

Материалы и методы: Создан алгоритм дифференциальной диагностики и тактики лечения перитонита и псевдоперитонита у пациентов, находящихся на ЗПТ. Применен у 51 больных поступивших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот». Из них у 32 больных выявлен уремический псевдоперитонит, лечение продолжено проведением процедур экстренного гемодиализа, а у 19 больных диагностирован перитонит, которые подверглись оперативному вмешательству. В исследование не включены пациенты с подозрением на перитонит не получающих ЗПТ. Полученные результаты: Установлено, что между группами с псевдоперитонитом и перитонитом статистически значимых различий концентрации креатинина и мочевины не выявлено. Наиболее высокая концентрация ?2-МГ выявлена в группе пациентов с псевдоперитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группах с перитонитом и контроля ($p<0,001$). Высокие концентрации СРБ и ЛФ отмечены в группе пациентов с перитонитом, что было статистически значимо выше, чем в группе контроля и с псевдоперитонитом ($p<0,001$). Исходя из значений регрессионных коэффициентов, была установлена прямая связь ?2-МГ, обратная связь СРБ и ЛФ с вероятностью развития уремического псевдоперитонита.

Обсуждение: Алгоритм применен у 51 больных поступивших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот», находящихся на программном гемодиализе. Из них у 32 больных коэффициент дифференциальной диагностики (КДД) по формуле КДД = ЛФ/ ?2-МГ (Патент РФ №2761732) был менее 20 баллов, а КДД= ?2-МГ/СРБ (Патент РФ № 2761725) был более 10 баллов, что свидетельствовало о наличии уремического псевдоперитонита. У данных больных после проведенного экстренного гемодиализа в течении суток отмечена стабилизация состояния (перитониальные симптомы отсутствуют). На 2-3 сутки наблюдалась тенденция к восстановлению клинико-лабораторных параметров. А у 19 больных КДД = ЛФ/?2-МГ был более 20 баллов, а КДД= ?2-МГ /СРБ был менее 10 баллов, что диагностировало перитонит. Данные пациенты оперированы в экстренном порядке, диагноз перитонит подтверждён интраоперационно.

Выводы и рекомендации: Таким образом, использование предложенного алгоритма у больных находящихся на ЗПТ, поступивших в хирургический стационар с диагнозом перитонит (острый живот) позволяет избежать напрасных инвазивных методов диагностики (лапароскопии, лапаротомии) и выбрать рациональную тактику лечения.

Ключевые слова: лечение, перитонит, псевдоперитонит, заместительная почечная терапия, диализ

---

136. Определение степени дифференцировки гепатоцеллюлярного рака по данным КТ-изображений, полученных с различными параметрами сканирования

Шантаревич М.Ю., Коваленко А.А., Кармазановский Г.Г.

Москва

ФГБУ НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского г. Москва

Актуальность Неинвазивное определение степени дифференцировки гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) является актуальной задачей, поскольку позволяет оценить прогноз пациента и персонализировать тактику его ведения. В опубликованных ранее работах перспективные результаты продемонстрировал текстурный анализ предопе-

рационных КТ-изображений. Однако в большинстве из них выполняли текстурный анализ изображений, полученных с одинаковыми параметрами сканирования, что затрудняет применение данной методики в широкой клинической практике.

Цель Цель данного исследования – оценить возможности текстурного анализа КТ-изображений, полученных на разных КТ-аппаратах, с различными параметрами сканирования, в определении степени дифференцировки ГЦР.

Материал и методы В исследование включили 45 пациентов с данными предоперационных КТ-исследований, выполненных на различных КТ-аппаратах, с различными параметрами получения изображения, которым была выполнена хирургическая резекция печени по поводу ГЦР с последующим указанием степени гистологической дифференцировки опухоли. Пациентов разделили на две группы. В группу умеренно- и высокодифференцированных образований вошли 33 пациента, в группу низкодифференцированных ГЦР – 12 пациентов. Два врача-рентгенолога выполнили сегментацию и текстурный анализ всего объема опухоли с помощью программного обеспечения LIFEx (версия v7.1.0) во все четыре фазы сканирования. Для каждой фазы сканирования, с целью снизить влияние разных параметров КТ-сканирования на текстурные показатели, выполнили 4 сценария предварительной обработки изображений: без предварительной обработки, с ограничением по плотности от 0 до 300 HU в области интереса (0-300 HU), с приведением изображения к изотропному вокселю 1 мм3 (RES), с ограничением по плотности от 0 до 300 HU в области интереса и приведением изображений к изотропному вокселю (0-300 HU + RES). Для каждого пациента получили 1876 текстурных показателя. Из них отобрали информативные текстурные показатели-предикторы дифференцировки ГЦР, которые являлись воспроизводимыми при сегментации двумя рентгенологами.

Результаты Наибольшая дискриминативная способность отмечена среди сценариев предварительной обработки, включавших ограничение по плотности от 0 до 300 HU в артериальную и венозную фазу исследования. В итоговую предиктивную модель были отобраны 4 показателя, измеренные в артериальную фазу исследования (NGLDM_Contrast, CONVENTIONAL_Kurtosis, DISCRETIZED_Kurtosis, CONVENTIONAL_min). Полученная диагностическая модель обладала чувствительностью 84.6%, специфичностью 71.9% и диагностической точностью 75.6% в определении низкой степени дифференцировки ГЦР.

Выводы Текстурный анализ КТ-изображений, полученных на разных КТ-аппаратах, с различными параметрами сканирования, продемонстрировал перспективные результаты в определении степени дифференцировки ГЦР и требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, степень дифференцировки, КТ, текстурный анализ, радиомика

137. Ацетохромоскопия в прогнозировании гистологического типа эпителиальных образований толстой кишки во время колоноскопии

Агейкина Н.В., Федоров Е.Д., Иванов И.И., Старченков Д.Д., Николайчук Т.В., Буллих А.В., Валиулин И.Р.

1) Москва,
2) Красногорск

1) Клинико-диагностический центр «МЕДСИ на Красной Пресне»,
2) Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ

Актуальность. Прогнозирование гистологического типа эпителиальных образований (ЭО) толстой кишки во время колоноскопии определяет тактику ведения пациента и выбор оптимального метода их удаления.

Цель. Прижизненная верификация зубчатого и незубчатого типов гистологического строения эпителиальных образований толстой кишки во время колоноскопии.

Материалы и методы. Колоноскопия проведена 134 пациентам (м-50 (37,3%), ж-84 (62,7%), в возрасте от 27 до 78 лет (средний – 40±12,3), у которых выявлено 209 ЭО с преимущественной локализацией – 136/209 (65,1%) – в правой половине толстой кишки. В восходящей ободочной кишке было выявлено 72/209 (34,4%) ЭО, в сигмовидной ободочной – 50/209 (23,9%). По макроскопическому типу превалировали плоско-возвышенные ЭО типа 0-IIa – 149/209 (71,3%) и полипы 0-Is типа – 49/209 (23,4%). Большинство образований – 178/209 (85,2%) – не превышали 10 мм: миниатюрных (диаметром 1-5 мм) было 64/209 (30,6%); малых (6-9 мм) – 114/209 (54,6%); среднеразмерных (10-15 мм) – 31/209 (14,8%) ЭО. На выявленные поражения через канал эндоскопа распылялось 5 мл 1,5%-раствора уксусной кислоты. Время оценки реакции слизистой оболочки образований на ацетохромоскопию в белом и узкоспектральном режиме составляло 30-120 секунд. После удаления через колоноскоп ЭО были исследованы патологоанатомами и результаты сопоставлены с данными ацетохромоскопии.

Результаты. Ацетохромоскопия продемонстрировала немедленное и единовременное ацетобеление как ЭО, так и окружающей их слизистой оболочки за счёт взаимодействия уксусной кислоты с муцином на поверхности поражений, с цитоплазмой и ядром клеток, а также со стромой образований. Дальнейшее изменение цвета ЭО позволило разделить их на две группы: 1 – положительная ацетобелая реакция – белый цвет образования сохранялся дольше, чем цвет окружающей слизистой оболочки; 2 – отрицательная ацетобелая реакция – потеря белого цвета образования происходила раньше, чем окружающей слизистой оболочки. В 1ю группу вошло 119/209 (56,9%) ЭО, в т.ч. 118/119 (99,2%) зубча-

того типа: гиперпластические полипы (ГП) – 68 (57,1%), зубчатые образования на широком основании (ЗОШО) – 44 (37,0%) и ЗОШО с дисплазией – 5 (4,2%), традиционная зубчатая аденома (ТЗА) – 1 (0,8%); и 1/209 (0,8%) незубчатого типа – тубулярная аденома (ТА). Во 2ю группу вошло 90/209 (43,1%) ЭО, в т.ч. 4/90 (4,4%) зубчатого типа: все ГП; и 86/90 (95,6%) незубчатого типа: ТА – 78 (86,7%), тубулярно-ворсинчатые аденомы (ТВА) – 8 (8,9%). Положительная ацетобелая реакция наблюдалась в 99,2% (118/119) случаев ЭО с зубчатым типом гистологического строения. Чувствительность, специфичность, точность, прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР) и прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) метода в определении зубчатого типа ЭО составили 96,7, 98,9, 97,6, 95,6, 99,2%, соответственно. Отрицательная ацетобелая реакция наблюдалась в 95,6% (86/90) случаев ЭО с незубчатым типом гистологического строения. Чувствительность, специфичность, точность, ПЦОР и ПЦПР метода в определении незубчатого типа ЭО составила 98,9, 96,7, 97,6, 99,2, 95,6%, соответственно.

Заключение. Витальная ацетохромоскопия служит эффективным вспомогательным методом для прогнозирования гистологического типа строения эпителиальных образований толстой кишки и позволяет с высокой степенью точности верифицировать зубчатый и незубчатый типы эпителиальных новообразований, без проведения предварительной биопсии. Применение ацетохромоскопии способствует выбору оптимальной тактики ведения пациентов непосредственно во время колоноскопии. Тонкие механизмы ацетобелой реакции при различных гистологических типах ЭО требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: Хромоскопия, толстая кишка, уксусная кислота, ацетобеление, зубчатые образования, незубчатые образования.

---

138. Отдалённые результаты портосистемного шунтирования у больных циррозом печени

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

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. С внедрением малоинвазивных методик в хирургию портальной гипертензии (ПГ) серьезную конкуренцию традиционным шунтирующим операциям составили рентгенэндоваскулярные декомпрессионные вмешательства. Ведущее место среди них занимает трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (transjugular intrahepatic portosystemic shunt – TIPS), которое рассматривается VII консенсусом BAVENO не только как «мост» к трансплантации печени, но и как «спасительный» метод лечения, способствующий повышению общей выживаемости и качества жизни больных циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Мы располагаем результатами лечения 43 пациентов с ЦП, которым в период с 2009 по 2016 год выполнили 45 операций TIPS. Средний возраст варьировал в пределах 52,3±1,7 года, мужчин было 25, женщин – 18. Все больные отнесены нами к «С» функциональному классу (ФК) по Child-Pugh. Медиана наблюдения составила 84,0 месяца (7 лет). По данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) 3 пациента имели варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) I степени, 9 – II степени, 31 – III степени. Помимо ВРВП в 2 случаях верифицированы варикозно расширенные вены желудка (ВРВЖ), отнесенные к первому типу по Sarin. Кровотечение из ВРВПЖ в анамнезе имели 32 пациента. Необходимо отметить, что во всех случаях, с целью устранения ведущего осложнения ПГ, проводили малоинвазивную хирургичекую коррекцию (МХК), которая включала: эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП, лапароскопическую диссекцию венечной вены желудка (ВВЖ) и рентгенэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии. Операция TIPS входила в комплекс МХК в 40 случаях, в моноварианте TIPS выполнили 3 больным. Во всех случаях применяли голометаллические самораскрывающиеся стенты 2 видов, длиной 90 и 80 мм, диаметром 9 и 8 мм. При наличии протяженного паренхиматозного канала (n=2) прибегали к методике «stent-in-stent». В 9 наблюдениях процедуру TIPS дополняли селективной эмболизацией ВВЖ 2-4 металлическими спиралями «Gianturco». Полученные результаты. Контрольную ЭГДС всем больным выполняли на 7 сутки после TIPS, в 15 случаях отмечали регресс, а в 28 – эрадикацию ВРВПЖ. При ультразвуковом дуплексном сканировании (1, 7 сутки и через 1 месяц) во всех наблюдениях объемная скорость кровотока по воротной вене (ВВ) увеличилась с 619,8±36,2 мл/мин до 718,9±31,4 мл/мин. Линейная скорость кровотока в ВВ также возросла с 11,3±1,1 см/сек до 17,4±2,3 см/сек. У всех пациентов стенты в эти сроки были проходимы. Через 6 месяцев тромбоз шунта отмечали у 3 больных. Из них в 2 случаях тромбоз привёл к рецидиву кровотечения из ВРВП. После достижения временного гемостаза пациентам выполнены сеансы ЭЛ. К концу 1 года стеноз шунта и рецидив ВРВПЖ отмечали у 2 больных, в связи с чем выполнили повторное TIPS с эмболизацией ВВЖ. У 9 больных имело место нарастание явлений печеночной энцефалопатии. Во всех наблюдениях достигнут медикаментозный контроль, что не потребовало выполнения окклюзии шунта. В дальнейшем все больные вызывались на контрольные осмотры периодичностью 1 раз в 12 месяцев с прохождением лабораторно-инструментального скрининга. Летальные исходы (n=12) регистрировали при наблюдении от 3 до 14 лет (в 9 случаях в связи с прогрессированием печеночной недостаточности, в 3

от рецидивов ПК). На протяжении 72 месяцев (6 лет) 24 больных сохраняли функциональный класс «В». В качестве завершающего этапа лечения ортотопическая трансплантация печени выполнена 2 больным.

Выводы и рекомендации. Выполнение TIPS показало свою эффективность в комплексном малоинвазивном лечении больных ПГ. Процедура TIPS может рассматриваться как метод, улучшающий качество жизни больных и повышающий общую бестрансплантационную выживаемость.

Ключевые слова: трансъюгулярное внутрипеченочное цирроз печени, портальная гипертензия, трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование, варикозно расширенные вены пищевода, варикозно расширенные вены желудка, эндоскопическое лигирование, лапароскопическая д

---

139. Преимущества непрямой лимфотропной терапии при лечении флегмон предплечья

Грошилин В.С., Петренко Н.А., Кузнецов В.Д., Султанмурадов М.И., Варданян Э.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность: Осложнения и рецидивы возникающие при лечении флегмон межфасциальных пространств тканей предплечья зачастую ведут к временному или стойкому нарушению функции конечностей и снижению трудоспособности, вплоть до инвалидизации пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с флегмонами предплечья за счет разработки и внедрения современного комплекса лечебных мероприятий.

Материалы и методы: Проведено проспективное когортное исследование, в ходе которого были проанализированы результаты лечения 52 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями предплечья. Больные были разделены на две сопоставимые группы клинических наблюдений. I группа (основная) состояла из 24 пациентов, которые прошли курс лечения согласно разработанному дифференцированному подходу лечения флегмон предплечья, включающий метод непрямой лимфотропной антибактериальной терапии (патент РФ № RU 2646126). Пациентам II (n=28) выполняли классическое вскрытие и дренирование флегмоны в комбинации с традиционным внутримышечным введением антибактериальных препаратов.

Результаты: По результатам цитологического анализа раневой поверхности полная эпителизация у пациентов I группы наступала в течение 14,3±2,7 суток. Неудовлетворительных результатов лечения, полной или частичной утраты функции конечности, в основной группе не зафиксировано. Средний срок эпителизации раневой поверхности во II группе составил 22±4,5 суток. В 1м случае зафиксировано частичная утрата функции в повреждённой конечности. По данным опроса по шкале ВАШ болевой синдром на 7 и 14 сутки достоверно ниже у пациентов I группы. Опрос по шкале DASH применение оригинального алгоритма позволило добиться более раннего и полного восстановления дееспособности пораженной конечности.

Выводы: По данным проведённого исследования использование комплексного подхода к лечению гнойной патологии мягких тканей позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты, уменьшить болевые ощущения, отек, сроки очищения раны и эпителизации раны, а также снизить затраты на лечение.

Ключевые слова: Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей предплечья, флегмоны предплечья, непрямая лимфотропная антибиотикотерапия

---

140. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с раком поджелудочной железы (РПЖ)

Стручков В.Ю., Марков П.В., Бурмистров А.И., Горин Д.С., Ахтанин Е.А., Арутюнов О.Р., Гоев А.А.

Москва

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

Введение. Рак поджелудочной железы (РПЖ) является смертельно опасным заболеванием, занимающим 5-е место в структуре смертности среди пациентов с онкологическими заболеваниями. Показатели 5-летней выживаемости пациентов с РПЖ улучшились в течение последних 20 лет, за счет разработки и внедрения современных схем лекарственного лечения. В Российской Федерации стандартизированные по возрасту показатели смертности от рака поджелудочной железы в 2018 году составили 9,00 среди мужчин, среди женщин – 4,91 на 100 тысяч населения, что подтверждает значительный масштаб проблемы и сложности в лечении этой группы пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов лечения 49 пациентов, оперированных в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в период с 2016 по 2021 г. В исследование были включены только те пациенты, у которых удалось отследить все этапы лечения. Средний

возраст прооперированных пациентов составил 60.7 (37-81) лет, в исследуемой выборке было 28 (57%) мужчин и 21 (43%) женщина. Среди клинических проявлений заболевания механическая желтуха/билиарная гипертензия была отмечена у 34 (69.4%) пациентов, болевой синдром отмечался у 22 (44.9%) пациентов, снижение массы тела и тошнота наблюдались у 21 (42.8%) и 2 (4.1%) пациентов, соответственно. Дренирующие вмешательства на желчных протоках потребовались 32 (65.3%) пациентам. В 20 (62.5%) случаях выполнялось ретроградное стентирование, в 11 (34.4%) случаях использовали наружное дренирование и в 1 (3.1%) случае применялось антеградное стентирование. Предоперационная гистологическая верификация диагноза установлена у 5 (10.2%) пациентов. В соответствии с локализацией опухоли было получено следующее распределение: у 37 (75.5%) пациентов опухоль локализовалась в головке ПЖ (выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника). у 12 (24.5%) пациентов опухоль находилась в теле-хвосте ПЖ (выполнена корпорокаудальная резекция ПЖ с спленэктомией). Резекция воротной вены с протезированием потребовалась у 2 пациентов, резекция конфлюенса воротной вены – у 2 пациентов, резекция чревного ствола (операция Appleby) была выполнена 1 пациенту. Адъювантная химиотерапия (ХТ) проводилась 41 (83.7%) пациенту: 21 (51.2%) пациент получал ХТ по схеме FOLFIRINOX, 13 (31.7%) пациентов – гемцитабин/капецитабин, 7 (17.1%) – гемцитабин в монотерапии. Среднее количество курсов ХТ составило 9.46 курсов.

Результаты. Общая 1-летняя выживаемость составила 75.6%, 3-летняя выживаемость – 46.3%. Проанализированы показатели выживаемости в соответствии с распределением пациентов по схемам проводимой адъювантной химиотерапии: 1-летняя выживаемость в группе FOLFIRINOX составила 85.7%, в группе гемцитабин/капецитабин – 69.2% и в группе гемцитабин – 57.1%; 3-летняя выживаемость в группе FOLFIRINOX составила 57.1%, в группе гемцитабин/капецитабин – 38.4% и в группе гемцитабин – 28.5%. Прогрессирование онкологического процесса отмечено у 20 (40.8%) пациентов, средняя продолжительность времени до прогрессирования составила 14.4 месяцев. Местный рецидив отмечался у 7 (14.3%) пациентов, отдаленное метастазирование зафиксировано у 18 (36.7%) пациентов. Смерть по иной причине зафиксирована у 3 (6.1) человек (2 – COVID-19 ассоцированная инфекция, 1- острый инфаркт миокарда)

Выводы. Проблема лечения пациентов с РПЖ остается нерешенной и чрезвычайно трудной задачей, требующей кропотливой совместной работы мультидисциплинарной команды. Совершенствование методов комбинированного лечения и разработка новых схем ХТ позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных раком поджелудочной железы.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы (РПЖ), протоковая аденокарцинома поджелудочной железы, хирургическое лечение РПЖ

141. Возможности реваскуляризирующих операций в снижении уровня ампутаций конечностей у больных с гнойными осложнениями диабетической стопы

Беляев А.Н., Полькина И.С., Костин С.В., Шибанова Е.И.

Саранск

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

За последние годы использование реваскуляризирующих и рентгэноваскулярных методов стало альтернативой ампутациям конечностей в лечении гнойно-воспалительных осложнений сахарного диабета.

Цель исследования: проанализировать возможности снижения уровня ампутаций конечности у больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 63 пациентов с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы, проявляющиеся флегмоной стопы, ишемическими трофическими язвами, гангреной пальцев (реже стопы) на фоне гнойной интоксикации. Подавляющее количество больных доставлены машиной скорой помощи. Возраст больных колебался от 35 до 84 лет, со средним значением 63,9 года. Основная часть больных (40 человек или 63,4%) имела среднюю степень тяжести, 23 больных (36,6%) – тяжелое течение СД с диабетической ишемической стопой 3-4 стадии. Длительность течения сахарного диабета составляла от впервые выявленного до 20 лет. Все больные поступали в клинику с выраженными клиническими признаками заболевания, гипергликемией от 6,8 до 19,3 ммоль/л. У 88% больных зафиксированы сопутствующие заболевания, в том числе: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия нарушения мозгового кровообращения, ожирение Гангрена одного или нескольких пальцев выявлена у 21 больного (33%), гангрена стопы – у 17 больных (27%), язвы на пальцах, тыле и подошвенной поверхности стопы – у 10 больных (16%), гнилостно-некротическая флегмона стопы – у 15 больных (24%). При поступлении больным проводилось дуплексное сканирование артерий нижних конечностей. У больных с перспективой реконструктивных сосудистых операций проводилась ангиография.

Результаты. Среди 63 больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы реконструктивные операции на артериях проведены 19 больным (протезирование – 4, стентирование – 6, баллонная ангиопластика – 9). И них после операции 1 больному проведена ампутация голени, 3 больным – резекция стопы по Шопару и Лисфранку, 6 больным – экзартикуляция пальцев. Проведенные операции позволили у одного

больного снизить уровень ампутации до средней трети голени. У остальных оперированных больных удалось сохранить опорную функцию стопы. Из 63 больных ампутация на уровне бедра проведена 14 больным (22,2%), у 11 (17,4%) – ампутация на уровне голени, у 13 (21%) – резекция стопы, у 21 (33,3%) – экзартикуляция пальцев. У одного больного после ампутации голени возникла ишемия культи с краевым некрозом кожи, потребовавшего в последующем ампутации на уровне бедра. После ампутации на уровне бедра раны заживали первичным натяжением у 12 больных, вторичным натяжением у 2 больных. После ампутации на уровне голени первичное заживление культи наблюдалось у 8 больных, вторичное – у 3, после резекций стопы первичное заживление ран было у 9 больных, вторичное – у 4 больных. После экзартикуляций пальцев первичное заживление наблюдалось у 7 больных, вторичное – у 14 больных. В среднем пребывание больных в стационаре составило 21,7 койко/дней. В раннем послеоперационном периоде, после проведенных реконструктивных операций, кровоток по данным повторного цветного дуплексного сканирования улучшался у 96,2%, больных. Интересные данные получили при анализе повторных госпитализаций больных в течение года. Так из 63 больных, после различных операций 27 (42%) госпитализированы во второй раз, 17 больных (27%) – 3 раза, и 4 (6%) больных – 4 раза. После реконструктивных операций на артериях в течение года из 19 больных повторно госпитализированы 2 (10,7%).

Заключение. Реконструктивные операции у больных с осложненными формами диабетической стопы были возможны у 30% больных. Без реконструктивных операций у 22% больных проводились высокие ампутации, после реконструктивных операций высокие ампутации не проводились. Повторная госпитализация больных после реконструктивных операций в течение года снизилось с 42 до 10,7%

Ключевые слова: диабетическая стопа, осложнения реваскуляризация, ампутация

---

142. Сравнительный анализ качества жизни пациентов после эндоскопической и минимально инвазивной видео-ассистированной гемитиреоидэктомии

Курганов И.А., Мамиствалов М.Ш., Усманов И.С., Емельянов С.И.

Москва

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

Актуальность. Наиболее распространенными подходами в миниинвазивной хирургии щитовидной железы (ЩЖ) следует считать операции, выполняемые посредством эндоскопических экстрацервикальных доступов, и вмешательства, проводимые при помощи видео-асссистированного шейного доступа. При этом сравнительные исследования послеоперационного качества жизни, как одного из основных показателей, обуславливающего целесообразность применения минимально инвазивных технологий для операций на ЩЖ, для данных подходов практически отсутствуют.

Цель исследования. Изучить и сравнить послеоперационное качество жизни больных после проведения эндоскопической гемитиреоидэктомии (ЭГ) посредством подмышечного «безгазового» доступа и минимально инвазивной видео-ассистированнной гемитиреоидэктомии (МИВАГ) из шейного доступа.

Материалы и методы. Для проведения исследования были сформированы две группы сравнения. В первую группу (группа ЭГ) было включено 44 пациента, которым операция была выполнена по методике ЭГ. Вторую группу (группа МИВАГ) составили 45 больных, которым проводилось вмешательство в виде МИВАГ. Группы были сопоставимы по показателям распределения по полу, возрасту, индексу массы тела, стороне расположения узла ЩЖ. При этом средний размер узлового образования (4,6±1,4 против 2,7±0,9 см; $p<0,05$) и средний объем ЩЖ (55,4±10,7 против 28,9±8,5 мл; $p<0,05$) были больше в группе ЭГ, что было связано с различием в возможностях методик и соответствующими критериями отбора пациентов. Послеоперационное качество жизни больных изучалось на сроках 1 и 6 месяцев после проведения вмешательства при помощи анкетирования по стандартному опроснику SF-36.

Результаты. При изучении результатов анкетирования пациентов по шкале SF-36 через 1 месяц после операции было выявлено, что в группе ЭГ все показатели психологического компонента здоровья были несколько выше, чем в группе МИВАГ. Однако, статистически значимыми оказались только различия в ролевом функционировании, обусловленным эмоциональным состоянием (84,9±12,5 против 72,3±13,5 баллов; $p<0,05$). С точки зрения физического компонента здоровья была выявлена обратная

динамика, свидетельствующая в пользу группы МИВАГ – значения всех 4 критериев были выше, чем в группе ЭГ, а статистически значимые различия были выявлены по показателю физического функционирования (85,3±13,4 против 92,7±10,2 балла; p<0,05). Через 6 месяцев после проведения вмешательства большинство показателей качества жизни (как физического, так и психологического компонентов здоровья) продемонстрировали повышение значений по сравнению со сроком наблюдения, равным 1 месяцу, а также близкие величины между собой в обеих группах. При этом исключением стало сохранение статистически значимых различий в пользу группы ЭГ по критерию ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (93,1±8,6 против 84,5±10,1 баллов; p<0,05).

Выводы. В раннем послеоперационном периоде в группе ЭГ, по сравнению с группой МИВАГ, отмечались более высокие показатели качества жизни по психологическому компоненту здоровья и более низкие показатели в отношении физического компонента здоровья. В отдаленном послеоперационном периоде большинство критериев качества жизни продемонстрировали близкие значения при сравнении двух методик выполнения гемитиреоидэктомии, за исключением показателя ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, который продолжал показывать статистически значимые различия в пользу в группы ЭГ.

Ключевые слова: щитовидная железа, эндоскопическая гемитиреоидэктомия, видео-ассситированная гемитиреоидэктомия, качество жизни

---

143. Опыт применения технологии дополненной реальности при выполнении лапароскопических адреналэктомий

Демин Д.Б.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»

Актуальность проблемы. Технологию дополненной реальности (AR) можно охарактеризовать как «взгляд сквозь стену», а ее внедрение в оперативной хирургии позволяет создать эффект «прозрачной» хирургической анатомии. Благодаря этому эффекту хирург посредством загруженной в его AR-гарнитуру (головной дисплей дополненной реальности, позволяющий визуализировать 3D-голографическую модель) информации приобретает возможность, не отвлекаясь от зоны оперативного действия, видеть во время операции в виртуальном режиме предварительно созданную на основе предоперационной МСКТ трехмерную модель зоны вмешательства. Данная модель является персонифицированной, так как отражает особенности анатомии всей зоны оперативного вмешательства у конкретного пациента. Это немаловажно для надпочечников, которые расположены в сложных анатомических зонах, особенно левый, находящийся между селезеночными и почечными сосудами, что требует тщательного предоперационного планирования оперативного вмешательства с учетом особенностей индивидуальной анатомии пациента.

Цель исследования: оценить первый опыт внедрения технологии дополненной реальности при выполнении лапароскопических адреналэктомий.

Материал и методы. Нами выполнены 13 лапароскопических адреналэктомий с применением технологии дополненной реальности (5 правосторонних и 8 левосторонних) по поводу гормонопродуцирующих новообразований надпочечников. Все пациенты оперированы в плановом порядке после стандартного обследования, включавшего МСКТ с контрастным усилением. Планирование с сегментацией анатомических структур и созданием их трехмерных моделей в виде STL-файлов на основании предоперационной МСКТ было осуществлено с помощью программы «Инобитек DICOM-Просмотрщик PRO» (ООО «Инобитек», РФ). Трехмерная голографическая реконструкция зоны вмешательства с постройкой единой 3D-модели органокомплекса и интраоперационная визуализация в режиме дополненной реальности выполнялись в программе «HLOIA»?(РФ). В качестве гарнитуры 3D-виртуальной визуализации использовали очки дополненной реальности «HoloLens 2» (Microsoft, США). Лапароскопические адреналэктомии выполняли по стандартной методике. Все этапы моделирования и оперативные вмешательства выполнены лично автором.

Результаты и обсуждение. В ходе вмешательства голографическая модель накладывалась на интраоперационную картину в мониторе лапароскопической видеосистемы. Это позволило добиться эффекта «прозрачности» хирургической анатомии, идентифицировать сосудистую архитектонику зоны вмешательства и выполнить оперативный прием без неблагоприятных интраоперационных событий. С помощью встроенной в гарнитуру видеокамеры осуществляли видеозапись с визуализацией реальной интраоперационной картины и наложенной на нее виртуальной трехмерной модели. Все вмешательства выполнены штатно. Длительность выполнения операций увеличилась в среднем на 10 минут за счет включения AR-гарнитуры и позиционирования 3D-модели на операционное поле. Послеоперационный период у всех пациентов без осложнений, выписка на 4-6 сутки. Следует отметить, что трехмерное моделирование зоны оперативного действия на основании МСКТ является самостоятельным эффективным компонентом предоперационного планирования вмешательств в сложных ана-

томических зонах и позволяет на дооперационном этапе пространственно увидеть эту зону со всеми ее анатомическими особенностями у конкретного пациента.

Заключение. Технология дополненной реальности при лапароскопических вмешательствах, в том числе при патологии надпочечников, только начинает внедряться в клиническую практику. Однако она быстро развивается в различных областях хирургии, особенно там, где вмешательства осуществляются в сложных анатомических зонах. Идет набор информации для оценки роли AR-технологии в оперативной хирургии. Полагаем, что в ближайшее время данная методика будет стандартизирована, а технологии создания 3D-моделей и AR будут включены в программное обеспечение эндовидеохирургических систем и станут неотъемлемыми компонентами интегрированных операционных.

Ключевые слова: лапароскопическая адреналэктомия, технология интраоперационной дополненной реальности.

---

144. Видеоторакоскопия при гнойных заболеваниях плевральной полости и легких у ВИЧ-инфицированных пациентов

Котанджян В.Г., Клыпа Д.С., Фаллер А.П.

Москва

ГБУЗ ИКБ №2 ДЗМ, хирургическое отделение

Актуальность. Вирус иммунодифицита человека (ВИЧ) является одной из актуальных проблем современного медицинского сообщества. По состоянию на конец 2021г. число живущих с ВИЧ инфекцией равнялась 38,4 млн. человек. Ежегодно выявляется более 1,5 млн. новых случаев по всему миру. Не редким осложнением этих заболеваний являются нагноительные процессы в органах грудной полости.

Цель. Продемонстрировать результаты применения видеоторакоскопии в лечении нагноительных заболеваний органов грудной полости у ВИЧ инфицированных пациентов.

Материалы и методы. За промежуток времени с октябрь 2021г по март 2023г. в «Инфекционной клинической больнице №2» видеоторакоскопия (ВТС) была выполнена 17 пациентам с ВИЧ. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке с признаками интоксикации (гипертермия, повышенный уровень С-реактивного белка) с подозрением на пневмонию. Среди них 8 (47,1%) женщин и 9-и (52,9%) мужчин. Возраст пациентов колебался от 32 до 52 лет. У 13-и (76,4%) пациентов выявлен ВИЧ в сочетании с гепатитом С, из них у 1-о (5,6%) пациента диагностирована новая коронавирусная инфекция и еще 1-н пациент страдал хроническим гепатитом В. Все пациенты находились в стадии вторичных заболеваний: 4А – 5 (29,4%) пациентов; 4Б – 8 (47,1%) пациентов; 4В – 4 (23,5%) пациентов. Показаниями к ВТС у 16-и (94,1%) пациентов послужила эмпиема плевры, у 1-о (5,9%) гигантский абсцесс легкого. Все ВТС выполнялись под общим обезболиванием с раздельной интубацией легких в положении на здоровом боку. Использовали видеоскопическую стойку Karl Storz, 26003 BA оптика HOPKINS II передне-боковое видение 30°, крупноформатная, диаметр 10 мм, длина 31 см, со встроенным стекловолоконным световодом.

Результаты. Пациентам с эмпиемой плевры была выполнена санация плевральной полости с декортикацией легкого. В 3-х (17,6%) случаях потребовалась конверсия в связи с возникшим кровотечение в следствии рассечения спаек и декортикации. Все пациенты были экстубированы в течении первых 2-х суток. Пациенту с гигантскими абсцессом легкого была выполнена торакоабсцессоскопия, санация и дренирование. Экстубация выполнена на операционном столе, в дальнейшем абсцесс уменьшился и сформировался бронхоплевральный свищ. Пациента выписана с функционирующим плевральным дренажом на клапане Геймлиха. Интраоперационой летальности не отмечалось. Очаги нагноения были санированы во всех случаях. В послеоперационном периоде скончалось 2 пациента (11,2%) в связи с прогрессированием основного заболевания. На момент патологоанатомического вскрытия признаков эмпиемы не отмечалось. Длительность операции в среднем составила 1ч 25мин. Длительность нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии в среднем составила 2,9 дня. Длительность госпитализации в среднем составила 36 дней.

Выводы. Видеоторакоскопический доступ у пациентов с ВИЧ позволяет безопасно и эффективно ликвидировать различные нагноительные осложнения плевральной полости и может использоваться как альтернатива дренажному ведению пациентов с эмпиемой плевры. Наличие ВИЧ инфекции не должно быть препятствием при выборе видеоторакоскопического метода лечения эмпиемы плевры.

Ключевые слова: Видеоторакоскопия, ВИЧ, эмпиема плевры

---

145. Отдаленные результаты ведения больных с кровотечениями, предполагаемый источник которых находился в тонкой кишке

Тихомирова Е.В. (3,4), Иванова Е.В. (2,4), Юдин О.И. (2), Ларичев С.Е. (3), Шаповальянц С.Г. (1,4), Федоров Е.Д (1,2,4)

Москва

ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ» (1),
АО «Клиника К+31 Петровские ворота» (2),
ГБУЗ «ГКБ №17 ДЗМ» (3),
Кафедра госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (4)

Актуальность. За последние 20 лет применение методик видеокапсульной и баллонно-ассистированной энтероскопии позволило успешно диагностировать источники тонкокишечного кровотечения (ТКК). Однако течение и частота рецидивов кровотечения в отдаленном периоде, а также состояние больных с не выявленным источником ТКК остается малоизученным.

Материалы и методы. В период с 14.02.2007 по 15.02.2018 гг. из 221 пациента, обследованного в связи с подозрением на ТКК, источник был верифицирован у 183 (82,9%). В тонкой кишке он располагался – у 162 (73,3%) пациентов: сосудистые мальформации – у 64 (39,5%); опухоли тонкой кишки – у 49 (30,2%); эрозивно-язвенные поражения – у 42 (25,9%); дивертикулы – у 7 (4,4%) пациентов. Вне тонкой кишки – в верхних/нижних отделах ЖКТ и панкреатобилиарной зоне источник ЖКК был верифицирован у 21 (9,5%) пациента. Лечение было проведено у 154/162 (95,1%) пациентов: консервативное – у 70 (45,4%), эндоскопическое – у 39 (25,3%), хирургическое – у 45 (29,3%). Летальность составила 0,4% (1/221) – неоперированный пациент, 85 лет, с недифференцированным раком тощей кишки IV стадии. Отдаленные результаты диагностики и лечения были изучены у 147 (66,8%) из 220 пациентов в период от 13 месяцев до 10 лет (в среднем 4,5 ± 2,4 года): м – 70 (47,6%), ж -77 (52,4%), в возрасте от 18 до 89 лет (средний возраст 50,4 ± 17,7 лет). Было обследовано 119 (72,1%) из 162 пациентов с выявленным источником ТКК; 17 (80,9%) из 21 пациента с источником ЖКК в верхних/нижних отделах ЖКТ и 11 (28,9%) из 38 пациентов у которых источник кровотечения не был обнаружен.

Результаты: В группе 119 пациентов с ТКК у 104 (87,4%) наблюдалось безрецидивное течение; рецидив ЖКК был выявлен у 15 (12,6%) пациентов. В группе 42 пациентов с сосудистыми мальформациями у 31/42 (73,8%) кровотечение не возобновлялось; рецидив ТКК, в среднем через 25,6±6,1 месяцев возник у 11/42 (26,2%) пациентов. При этом в тонкой кишке источник располагался у 10 из 11 пациентов: сосудистые мальформации (n=8), нейроэндокринные опухоли подвздошной кишки (n=1) и гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) тощей кишки (n=1). Эндоскопический гемостаз выполнен у 3/8 пациентов, консервативное лечение назначено 5/8 пациентам с мальформациями, оперативное лечение проведено у 2 пациентов с опухолями. В группе 34 пациентов с опухолями тонкой кишки рецидива ТКК не было у 30 (88,2%) больных; признаки рецидивной ЖДА, свидетельствующей о скрытом ТКК, возникли у 4 (11,8%) пациентов: 3 – с синдромом Пейтца-Егерса (ПЕ) и 1 – с язвой энтеро-энтероанастомоза (ЯЭЭА), возникшей после резекции сегмента подвздошной кишки по поводу кровоточащих нейроэндокринных опухолей, при первичном обращении к нам. У 3-х пациентов с ПЕ выполнена эндоскопическая полипэктомия гамартом, пациенту с ЯЭЭА назначена консервативная терапия, в связи с отказом от операции. В группах пациентов с эрозивно-язвенными поражениями и дивертикулами тонкой кишки рецидивов кровотечения не было. В группе 17 пациентов с источником ЖКК в верхних/нижних отделах ЖКТ у 15 (88,3%) повторных эпизодов ЖКК не было. Рецидив явного ТКК, возникший у 2 (11,7%) пациентов, позволил верифицировать другой источник кровотечения: дивертикул Меккеля – 1 (оперативное лечение); фистула между ДПК и гастродуоденальной артерией – 1 (эмболизация). В группе 11 пациентов с не выявленным источником ТКК сохранение хорошего самочувствия отмечали 5 (45,5%). Рецидив явного ТКК позволил верифицировать истинный источник кровотечения у 6 (54,5%) пациентов: геморрой – 4; ГИСО желудка и тощей кишки – 1; аортодуоденальная фистула – 1.

Заключение: Наблюдение пациентов в отдаленном периоде позволило усовершенствовать сроки и методологию обследования и лечения различных групп пациентов с источником кровотечения в тонкой кишке, а также выявить истинные источники кровотечения у 11,7% пациентов с ранее диагностированным источником в верхних отделах ЖКТ и у 54,5% пациентов с не обнаруженным ранее источником кровотечения.

Ключевые слова: Тонкокишечное кровотечение, видеокапсульная энтероскопия, баллонно-ассистированная энтероскопия, отдаленные результаты

146. Изменение церебрального статуса у пациентов после проведения каротидной эндартерэктомии

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Зорин Р.А., Соляник Н.А., Никифоров А.А., Климентова Э.А., Везенова И.В., Афенов М.Р.

Рязань

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова

Введение. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является на данный момент основным методом профилактики первичных и вторичных нарушений мозгового кровообращения, связанных с атеросклеротическим поражением сонных артерий. Но в большинстве крупных исследований не оценивалось влияние КЭАЭ на когнитивный и биохимический статус головного мозга, а те работы что имеются указывают на неоднозначные результаты.

Цель исследования – оценить когнитивные и биохимические показатели головного мозга после каротидной эндартерэктомии.

Материалы и методы: В исследование было включено 60 пациентов, разделенные на две группы. Все пациенты имели значимое поранение внутренней сонной артерии и подвергались каротидной эндартерэктомии. Группа А – это 30 «симптомных» больных, которые в анамнезе перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения. Группа Б – это 30 «асимптомных больных», которые не имели в анамнезе церебральных сосудистых событий. До операции и в разные сроки до 6 месяцев оценивались: когнитивный статус (по шкалам MMSE, FAB, MoCA, NIHSS), биохимические показатели (белки S100b, NSE, BDNF), а также данные ультразвукового исследования.

Результаты и обсуждение: У пациентов группы А выявлено улучшение когнитивного статуса к 6 месяцу выраженное в шкалах MMSE (p=0,001) и MoCA-тест (p=0,09) относительно данных до операции; по шкале FAB от 1 к 6 месяцу (p=0,01); также произошло снижение уровня неврологического дефицита по шкале NIHSS (p=0,01). Выявлена обратная взаимосвязь между оценкой по шкале MMSE и индексом резистентности (ИР) (r=-0,675, p=0,005), и прямая взаимосвязь между шкалой FAB и конечным диастолическим давлением (КДД) в ВСА (r=+0,912, p=0,005) по данным УЗИ. В группе Б произошло частичное улучшение когнитивного статуса к 6 месяцу только по шкале MoCA-тест на 2 балла (p=0,03). Также в данной группе к 6 месяцу после операции отмечено повышение маркеров S100b (p=0,01) и NSE (p=0,02) в 2 раза, а белка BDNF в 1.5 раза по сравнению с дооперационными данными (p=0,005).

Выводы: Каротидная эндартерэктомия ведет к улучшению когнитивного статуса, оцененного по шкалам (MMSE, FAB, MoCA, NIHSS) в отдаленном послеоперационном периоде у симптомных пациентов. Степень улучшения нейропсихического их нейропсихического статуса напрямую зависит от уровня конечного диастолического давления и индекса резистентности во внутренней сонной артерии на стороне вмешательства. Достоверной связи между биохимическими показателями и когнитивными функциями выявлено не было.

Ключевые слова: атеросклероз артерий дуги арты, каротидная эндартерэктомия, маркеры когнитивных функций

---

147. Ближайшие и отдаленные результаты лечения транссфинктерных свищей прямой кишки

Алиев М.А (1)., Сафаров С.Ю (1)., Абдулмажидов Х.М (2)., Абдуллаев Ш.А (2)., Джанмурзаев У.И (2).

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет, городская клиническая больница

Актуальность проблемы. Актуальных проблемы свищей прямой кишки обусловлено как степенью распространенности данной патологии, они составляют более 20% среди всех пациентов колопроктологических отделений, так и большим количеством ранних послеоперационных осложнений и, неудовлетворительными результатами в отдаленном периоде из-за инконтиненции и рецедивов свищей. Для хирургического лечения свищей золотым стандартом считается операция Габриэля, заключающаяся в иссечении свища в просвет прямой кишки в виде треугольника с основанием, обращенным к перианальной коже. В настоящее время хирурги стараются избегать тяжелые травматичные операции, используя малоинвазивные, малотравматичные методы лечении свищей прямой кишки, чтобы сохранить функции мышц прямой кишки и минимизировать послеоперационные осложнения.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 56 пациентов. В основную группу вошли 31 пациент с транссфинктерными свищами, оперированных по разработанной на кафедре малоинвазивной методике(2) (патент на изобретение № 2715681 от 02.03.2020 г.). В послеоперационном периоде санацию раны проводили с использованием иммуномодулятора спленодимексида(3) (патент на изобретение № 2313352 от 27.12.2007 г.). В контрольную группу вошли 25 пациента, оперированных по Габриелю и лигатурным методом. В послеоперационном периоде санацию раны производили хлоргексидином, водорастворимыми мазями и другими антисептиками. Критерии включения пациентов в иссле-

дование: 1.Пациенты с транссфинктерными свищами прямой кишки, при наличии полного свища, без гнойных затеков в параректальную клетчатку; 2.Отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний и перенесенных операций. Критерии исключения из исследования: 1.Нежелание пациента участвовать в исследовании; 2.Наличие гнойных затеков в параректальную клетчатку

Результаты. Клинические наблюдения показали, что на 8-10 сутки в послеоперационном периоде у 5(20%) пациентов контрольной группы отмечены признаки частичного недержания газов. Проведенные мероприятия по стимуляцию функции сфинктера дали положительный эффект у 2-х пациентов, а у остальных сохранялись признаки инконтиненции до выписки. В основной группе явных признаков недержания газов и стула не выявлено ни у одного пациента, хотя в одном случае на 7 сутки после операции отмечен тромбоз геморроидальных узлов, который удалось купировать в на 14 сутки после операции. Воспалительные процессы в области наружного свищевого отверстия и перифокальный отек у большинства пациентов контрольной группы держались до 15 суток, в то время как в основной группе эти явления проходили на 10 сутки. Полностью купировать воспалительные явления контрольной группы удавалось на 20-25 сутки, в то время как у пациентов основной группы эти явления проходили на 15-17 сутки. Следует подчеркнуть, что очищение ран у пациентов основной группы происходило на 6,6 ±1,3 сутки, заполнение грануляциями свищевого хода – на 9,61 ±1,7 сутки, заживление ран – на 18,08 ±2,35 сутки. Перед выпиской полностью зажили раны у 17(55%) пациентов основной группы. В контрольной группе очищение ран происходило на 10,82±2,32 сутки, грануляции появлялись на 15,3 ±1,5 сутки, средний койко-день составил 25,4±3,33 сутки. С заживлением раны выписаны 9(36%) пациентов, остальные-с гранулирующими ранами. Таким образом, сроки лечения больных, при использовании миниинвазивной методики в сочетании с местным применением спленодимексида сокращаются на 28%. Отдаленные результаты показали, что через 2 года наблюдения в контрольной группе выявлены у 4 (16%) рецидив заболевания, у которых сформировался транссфинктерный свищ с внутренним свищевым отверстием на месте ранее существовавшего, у 7(33%) отмечены явления инконтенеции, в той или иной степени выраженности. В основной группе у 1 (3,2%) пациента выявлен рецидив заболевания с формированием транссфинктерного свища. Случаев наличия недостаточности анального жома в течение 2-х лет наблюдения не выявлено ни у одного пациента.

Выводы: 1. Местное применение спленодимексида, после миниинвазивного хирургического лечения транссфинктерных свищей, приводит к усилению противовоспалительного 2.. Разработанный миниинвазивный метод лечения свищей прямой кишки малотравматичен по отношению к сфинктеру прямой кишки, сопровождается малым количеством рецедивов и не сопровождается появлением инконтененции в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: транссфинктерные свищи, миниинвазивные вмешательства, спленодимексид, рецедивы, инконтенция, послеоперационный период

---

148. Опыт применения минимально-инвазивных и гибридных методов в лечении повреждений пищевода

Рабаданов К.М., Черноусов Ф.А., Татаринова Е.В., Николаева Е.Б., Гасанов М.А.

Москва

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

Актуальность: Повреждения пищевода занимают существенное место среди заболеваний пищевода, требующих хирургического лечения, сопровождаются гнойно-некротическими осложнениями (90%). Наиболее важным фактором, определяющим исход повреждения пищевода и снижающим риск летального исхода пациента является своевременное и адекватное лечение. По современным данным, частота летальных исходов при повреждениях пищевода колеблется от 10 до 60%.

Цель: оценка эффективности минимально- инвазивных и гибридных методов в лечении механических повреждений пищевода.

Материалы и методы: С 2017 по 2023 гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 65 пациентов с механическими повреждениями пищевода различной локализации и этиологии в возрасте от 20 до 92 лет. Всем пациентам применены минимально-инвазивные или гибридные методы лечения: мужчин – 33, женщин 32. Причинами повреждений пищевода явились: спонтанный разрыв – 35 (53,8%), инструментальный разрыв – 11 (16,9%), перфорация язвы пищевода – 3 (4,6%), перфорация пищевода после тиреоидэктомии – 3 (4,6%), перфорация пищевода инородным телом – 3 (4,6%). Реже встречались: гидравлический разрыв пищевода (2), перфорация пищевода после удаления подслизистого новообразования пищевода (2), перфорация эпифренального дивертикула (1), перфорация пищевода после шейной лимфаденэктомии (1), перфорация опухоли пищевода (1), перфорация пищевода после пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) при ахалазии кардии (1), перфорация пищевода после эзофагодивертикулостомии по поводу дивертикула Ценкера (1) и пролежень пищевода протезом аорты (1).

Результаты и обсуждение: хирургическое лечение

пациентов с механическим повреждением пищевода заключалось в применении минимально-инвазивных и гибридных методов. У 16 пациентов применен метод эндоскопической вакуумной терапии (ЭВТ) в сочетании с чрескожной эндоскопической гастростомией (ЧЭГ). В 17 наблюдениях выполнена видеоторакоскопия (ВТС), санация плевральной полости и заднего средостения в сочетании с ЧЭГ и внутрипросветной ЭВТ. В 14 наблюдениях выполнена ВТС, санация плевральной полости и заднего средостения в сочетании с лапаротомией, ушиванием дефекта пищевода, фундопликацией, гастростомией (7); видеолапароскопией, ушиванием дефекта пищевода (3); ВТС, резекцией пищевода (2); абдомино-цервикальной резекцией пищевода (1) и ЧЭГ (1). В 4 наблюдениях с повреждением шейного отдела пищевода, пищеводно-шейным свищом использована вакуум-аспирационная система в рану шеи; у 4 больных произведена ВТС, санация плевральной полости. У двух пациентов после эндоскопического удаления подслизистого новообразования пищевода обнаружен сквозной дефект стенки пищевода. Выполнено стентирование пищевода, дефект зажил. У пациента с перфоративной язвой пищевода в сочетании с перфоративной язвой желудка выполнена лапаротомия, ушивание язвы желудка, применена ЭВТ. В одном наблюдении выполнена ВЛС, ушивание дефекта пищевода, фундопликация. У пациента после эндоскопической подслизистой кардиомиотомии (ПОЭМ) выявлена несостоятельность клипс на слизистой оболочке пищевода с формированием подслизистой полости. Произведено эндоскопическая санация полости, полость очистилась, дефект зажил. Пациенту после эзофагодивертикулостомии (дивертикул Ценкера) на 2-е сутки выявлена перфорация шейного отдела пищевода, произведено стентирование пищевода. Стент удален, дефект пищевода зажил. Использование минимально-инвазивных и гибридных методов лечения повреждений пищевода позволило снизить летальность с 36,8 до 12,3%, а средний койко-день с 62 до 30.

Заключение: Применение минимально-инвазивных и гибридных методов лечения повреждений пищевода продемонстрировал высокую эффективность лечения больных и их безопасность. Результаты лечения повреждений пищевода прямо зависят от ранней диагностики и хирургического вмешательства.

Ключевые слова: перфорация пищевода, спонтанный разрыв, видеоторакоскопия, эндоскопическая вакуумная терапия, минимально-инвазивные

---

149. Локальная гемостатическая терапия при реконструктивных операциях на аорте с использованием дакрона в эксперименте

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Базаев С.Б., Крылов А.А., Герасимов А.А.

Рязань

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова

Актуальность В хирургической практике часто встречаются тяжелые осложнения и наиболее опасное из них – кровотечение. Умение хирурга осуществлять надежный гемостаз имеет большое значение как интраоперационно так и в послеоперационном периоде. Существует не один вид гемостаза, который может быть использован в различных комбинациях, однако при капиллярных и паренхиматозных кровотечениях традиционных методов гемостаза может быть недостаточно. В связи с чем, актуальность приобретает поиск новых комбинаций и способов остановки кровотечения, и одним из перспективных методов является механический, проводимый с использованием локальных гемостатических средств.

Цель работы Изучить эффективность и безопасность использования препарата «Гемоблок» для достижения гемостаза при реконструктивных операциях на аорте с использованием синтетической заплата из дакрона в эксперименте.

Материалы и методы Исследование было проведено на базе ФГБОУ ВО РязГМУ И. П. Павлова Минздрава России, было одобрено локальным этическим комитетом. С целью проведения лабораторного эксперимента были отобраны беспородные кошки, без внешних признаков заболеваний, разной половой принадлежности и массой от 3 до 5 кг. В исследование было отобрано 40 животных, которые путем слепой рандомизации были разделены на 2 равные группы: 1 – опытная группа, в которой с целью гемостаза использовалась аллопластика с использованием заплаты из дакрона, мануальная компрессия и аппликация препарата Гемоблок, и 2 – контрольная группа, в которой для достижения гемостаза использовалась только аллопластика с использованием заплаты из дакрона и мануальная компрессия. В виварии под общим наркозом лабораторным животным выполнялось оперативное вмешательство – аллопластика брюшного отдела аорты. В процессе оперативного вмешательства в качестве профилактики тромботических осложнений животным вводился р-р гепарина натрия в дозе 220 Ед/кг. Полученные результаты При оценке исходов проведенного опыта через 2 месяца, были получены следующие результаты. В опытной группе использование препарата Гемоблок не вызывало явлений гиперпролиферации или воспалений в тканях, не способствовало формированию рубцовых деформаций и спаек в области операционного вмешательства. При сравнительном ана-

лизе объема кровопотери в группе 2 объем кровопотери составил 15,69 мл, а в группе 1 – 14,6 мл, при этом достоверного различия между данными группами не наблюдалось (p=0,24). Время кровотечения при выполнении аллопластики аорты с дополнительным использованием препарата Гемоблок позволило достичь более эффективных результатов. Среднее время кровотечения в группе 2 составило 265,8 сек, а в группе 1 – 240,6 сек, что являлось статистически лучшим временем достижения гемостаза (p<0,001). Геморрагических осложнений в отдаленном периоде (как клинически, так и по результатам гистологических исследований при выводе животных) не было отмечено в обеих группах. Был зарегистрирован 1 случай тромбоза зоны реконструкции в раннем послеоперационном периоде и было связано с техническим дефектом при наложении синтетической заплаты. Данное животное было выведено из эксперимента и не учитывались в дальнейших расчётах.

Обсуждение Представленные данные свидетельствуют о том, что при выполнении оперативного вмешательства в группе с использованием Гемоблока выявлены наиболее эффективные результаты, как по времени наступления гемостаза, так и по объему кровопотери, что ожидаемо, так как данные показатели всегда имеют прямую корреляционную связь. То есть чем дольше осуществляется гемостаз, тем больше объем кровопотери и наоборот. В ходе проведенного эксперимента было доказано, что использование гемостатического препарата Гемоблок при диффузных кровотечениях безопасно и не вызывает отрицательных изменений в ране. Основным преимуществом препарата Гемоблок является достижение быстрого гемостатического эффекта и уменьшения объема кровопотери на этапе гемостаза в области сосудистого шва, что в очередь приводит к снижению времени оперативного вмешательства, а также к снижению количества послеоперационных геморрагических осложнений Также дополнительным преимуществом данного средства является его антисептическое действие, за счет наличия в составе наночастиц серебра, обеспечивающих бактерицидный эффект, что снижает риск инфекционных осложнений.

Выводы Использование локального гемостатического средства Гемоблок помогает достоверно улучшить результаты реконструктивных операциях на аорте с использованием синтетической заплата из дакрона в эксперименте по следующим показателям: объем кровопотери снижается на 6,9%, а время кровотечения на 9,5%.

Ключевые слова: локальный гемостаз, дакрон, политетрафторэтилен, гипокоагуляция, кровотечение, сосудистая хирургия, гемостатическое средство, Гемоблок

---

150. Системное воспаление как ведущий фактор патогенеза острого деструктивного панкреатита

Пивоварова Л.П., Демко А.Е., Громов М.И., Малькова В.М., Рысева А.А., Батиг Е.В., Гончарова О.В., Саймуков И.С., Карпова Н.Г.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе

Актуальность: Вопросы патогенеза, диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) до сих пор остаются в центре внимания исследователей и клиницистов. По данным Министерства здравоохранения России, ОДП встречается у 15-20% пациентов с острым панкреатитом (ОП), имеет фазовое течение с двумя пиками летальности – ранним и поздним; частота летальных исходов при ОДП достигает 23-26%. В настоящее время большое внимание уделяется изучению иммунопатогенеза ОДП и его осложнений. Доказано, что одну из ведущих ролей в формировании некроза поджелудочной железы и органной дисфункции играют медиаторы воспаления или продукты активированных клеток: воспалительные цитокины, антимикробные пептиды, кислородные радикалы и др.

Материалы и методы: Обследовано 66 пациентов: 36 с легкой, 20 со средней и 10 с тяжелой формой ОП, поступивших в Городской панкреатологический центр ГБУ СПб НИИСП им.И.И. Джанелидзе. Тяжесть ОП определяли при помощи классификации острого панкреатита Российского общества хирургов и шкалы оценки тяжести панкреатита НИИСП им. И.И. Джанелидзе (шкала НИИСП). Средний возраст пациентов составил 52(43;71) года. Также определяли индекс сопутствующей патологии (ИСП) Чарлсон. Ферментативную активность ПЖ оценивали по уровню ?-амилазы и липазы в крови. При поступлении в стационар, на 3 и 10 дни после поступления исследовали содержание в крови маркеров острого воспаления: С-реактивного белка (CRP) (Cobas c501), интерлейкина-6 (IL-6) (ИФА, EL 800), количество нейтрофильных гранулоцитов (НГ), реактивность НГ по интенсивности флуоресценции (Neut-RI) (Sysmex XN 1000i).

Результаты: Средняя тяжесть ОП при поступлении пациентов в стационар по шкале НИИСП составила 2(1;2) для легкого панкреатита; 3(3;3,25) для среднего, 6(5;7,5). Самое высокое значение ИСП наблюдали у пациентов с тяжелой формой ОДП – 5. Летальные исходы констатировали у 7 из 10 пациентов с тяжелой формой ОДП в 1-3 дни после поступления. Повышение активности а-амилазы и липазы в сыворотке крови характерно для заболевания поджелудочной железы. Ферментемия при поступлении наблюдалась у всех пациентов. Активность ?-амилазы возрастала до 1201 (625;2100) при легкой форме ОП, до 513 (277;1044) Ед/л – при ОДП средней тяжести и до 1108 (784;1649) при тяжелом ОДП. Активность липазы (норма менее 190 Ед/л): 1175 (188;1526) при легком ОП,

800(218;1400) при ОДП средней тяжести и 1034 Ед/л (699;1197) при ОДП тяжелой степени. Уровень ферментемии не зависел от тяжести острого панкреатита. На фоне проводимой терапии активность ?-амилазы у пациентов с легким ОП И ОДП средней тяжести значительно снизилась в течение первых 3 дней заболевания. Активность липазы в крови также снижалась, но не достигала значений нормы в течение 10 дней. Некроз клеток ПЖ и окружающих тканей при ОДП является основной причиной развития системного воспаления, каскадных реакций гемостаза и системы комплемента. Ранними факторами воспаления при ОП явились нейтрофильный лейкоцитоз и моноцитоз вследствие усиления миграции миелоидных клеток из костного мозга и их активация. Мы выявили достоверную корреляцию реактивности НГ (NEUT-RI) с тяжестью острого панкреатита при поступлении (r=0,631, p<0,001, n=57). Столь же информативными для тяжести ОП (по шкале НИИСП) являются гуморальные факторы воспаления: ИЛ-6 (r=0,634, p<0,001, n=66) и СРБ (r=0,674, p<0,001, n=57). Количество баллов шкалы НИИСП и концентрация ИЛ-6 в крови достоверно коррелировали с исходом заболевания.

Выводы: 1. У всех пациентов с ОП в первый день заболевания наблюдалось многократное увеличение активности ?-амилазы и липазы, которое не зависело от тяжести состояния больных. 2. Уровень системного воспаления в значительной степени влияет на тяжесть ОП и органной дисфункции. Реактивность гранулоцитов (NEUT-RI), ИЛ-6 и С-реактивный белок демонстрируют высокий уровень корреляции с тяжестью острого панкреатита. 3.С исходом заболевания с высокой степенью достоверности коррелируют количество баллов по шкале НИИСП и концентрация ИЛ-6 в сыворотке крови.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, нейтрофильные гранулоциты, интерлейкин 6, С-реактивный белок, шкала НИИСП, ?-амилаза.

---

151. Профессиональное выгорание и кадровый дефицит операционных сестер

Веденин Ю.И. (1,2), Орешкин А.Ю. (1,2), Шаталов А.А. (1,2), Рогова Т.А. (2), Орешкина Т.Н. (2)

Волгоград

1) ВолгГМУ,
2) ГУЗ КБСМП №15

Актуальность: Оснащение, организация работа операционных блоков, операционных отделений является одним из определяющих факторов, влияющих на эффективность и качество оказания хирургической помощи. Особо это чувствительно в многопрофильных стационарах, оказывающих и плановую и экстренную помощь. Особое место в работе оперблока занимает ключевая фигура операционной сестры. Вместе с тем с сожалением приходится констатировать, что в последние годы стала очевидна тенденция к снижению престижности этой профессии, многие стационары испытывают острый дефицит кадров операционных сестер. Так по данным главного хирурга РФ Ревишвили А.Ш. только с 2019 по 2020 год численных состав операционных сестер сократился на 5,7%.

Материалы и методы: Исследование выполнено на примере операционного отделения многопрофильной больницы ГУЗ КБСМП №15 г. Волгограда. Среди операционных сестер проведено тестирование на предмет профессионального выгорания с помощью теста Маслач а также анкетирование затрагивающие вопросы удовлетворенности работой.

Результаты и обсуждение: Объединенное операционное отделение ГУЗ КБСМП №15 г. Волгограда образовано из самостоятельных блоков отделений хирургического профиля. В год в больнице выполняется порядка 4,7-5 тыс. операций, из них от 55% до 58% срочных, по профилям хирургия, урология, гинекология, травматология, нейрохирургия, детская хирургия, ЛОР, сосудистые вмешательства у пациентов отделения диализа. После объединения в единое послеоперационное отделение общее количество операционных сестер сократилось на треть с 32 до 22 физических лиц, что, однако, не сказалось на обеспечении объема хирургической работы стационара. Очевидным негативным фактом является то, что за эти годы в отделение не пришло ни одной новой сестры, не говоря уже о притоке молодежи. Большинство операционных сестер являются пенсионерами либо по стажу, либо по возрасту. Средний возраст наших сестер – 52 года, от 45 до 55 лет – 55%, старше 55 лет 20%. Общий медицинский стаж у 90% превышает 20 лет. Операционный стаж более 20 лет у 75%, более 25 лет у 60%. Подавляющее большинство операционных сестер, 75%, работают на 1,5 и более (до 2-х) ставок, совмещая работу в день с дежурствами, обеспечивая экстренную хирургическую работу сразу по нескольким профилям. При этом всем сестрам приходится выполнять работу дефицитного младшего персонала, правда, получая за это доплату. Поэтому, видимо не случайно, тестирование по методике Маслач показало в целом высокий уровень профессионального выгорания, который в той или иной степени выявлен у всех респондентов: высокий уровень выгорания выявлен у 70%, средний – у 20%, и низкий лишь у 10%. Большинство, 85% операционных сестер считают свою специальность особенной и даже элитной, и лишь 15% обозначают ее «как и все». Те же 85% лично оценивают свою специальность как престижную, в то же время в общественном сознании, по их мнению, эта оценка значительно ниже. При этом большая часть,55%, респондентов отметила достаточно высокий (от 7 до 10 баллов) уровень удовлетворенности своей работой, только 10% дали крайне низкие

оценки (2-4 балла). При оценке уровня заработной платы оценка в единичном наблюдениях была выше 5 баллов, а 70% оценили ее в 1-3 балла. При этом оценка справедливой оплаты оказалась и не такой уж заоблачной, 70% оценили свой труд от 50 до 75 тыс. руб. Треть сестер либо подрабатывают, либо ищут подработки в других лечебных учреждениях. И хотя 60% сестер не видят себя вне профессии и специальности, 40% задумываются о прекращении работы или переходе на любую другую работу с более высоким уровнем оплаты.

Выводы: Дефицит операционных сестер – реальная угроза в организации хирургической службы. Возраст, профессиональное выгорание, неудовлетворенность оплатой труда могут стать причиной критического дефицита уже в ближайшие годы.

Ключевые слова: операционное отделение, дефицит кадров, профессиональное выгорание.

---

152. Сравнительная оценка выявляемости тиреоидного рака на фоне роста частоты аутоиммунного тиреоидита в допандемийный и постпандемийный периоды COVID-19

Коваленко Ю.В., Толстокоров А.С., Осинцев Е.Ю., Котов С.Н..

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Актуальность. Устоявшаяся позиция в эндокринной хирургии по отношению к хроническому аутоиммунному тиреоидиту (ХАИТ) на протяжении многих десятилетий в настоящий момент испытывают определенные колебания на фоне пандемии COVID-19. Клиницистами отмечается заметный рост некоторых форм тиреоидного рака при аутоиммунном поражении ткани щитовидной железы, как следствие тяжелой системной воспалительной реакции, затрагивающей гуморальное звено иммунного ответа. Небольшое количество печатных работ на данную тему не позволяет достоверно проанализировать имеющиеся негативные последствия в отношении ожидаемого роста различной тиреоидной патологии.

Материал и методы. С 2017 по 2022 гг., на клинических базах кафедры хирургии и онкологии исследование нодулярной и перинодулярной ткани щитовидной железы (ЩЖ) проведено 1154 пациентам. По данным заключений пункционно-аспирационной биопсии (ТПАБ) были оперированы 311(26,9%) пациентов с подозрением на тиреоидную карциному, цитологическими признаками тиреоидного рака, фолликулярной неоплазии, узлового коллоидного зоба в сочетании с ХАИТ, узловой формы ХАИТ. К допандемийному периоду (2017-2019 гг.) отнесено 147 (47,3%) случаев, к постпандемийному периоду (2020-2022 гг.) – 164 (52,7%) случая. Полученные результаты. Рак щитовидной железы на фоне ХАИТ гистологически верифицирован у 27 (8,7%) оперированных больных. У 24 (88,9%) больных – папиллярная карцинома, у 2 (7,4%) – фолликулярная карцинома, у 1 (3,7%) – анапластический рак. В остальных 284 (91,3%) случаях ХАИТ сочетался с доброкачественными изменениями: в 72 (25,4%) случаях – фолликулярная аденома (ФА), в 25 (8,8%) случаях – узловая форма ХАИТ, в 187 (65,8%) случаях – узловой макрофолликулярный пролиферирующий зоб (УКЗ). Всем пациентам с тиреоидными карциномами и узловой формой ХАИТ выполнялась тиреоидэктомия. Односторонние вмешательства выполнены в 203(65,3%) случаях. Из них у 72 (35,5%) больных в сочетании ФА, у 131 (64,5%) – с УКЗ.

Обсуждение. Анализ результатов свидетельствует о медленном росте частоты заболеваемости ХАИТ в сравнении с данными литературы предшествующих лет – 14-18% случаях и 26,9% по данным проведенного исследования. Полученная в ходе исследования достоверность дооперационного цитоморфологического метода при выявлении тиреоидных карцином в сочетании с АИТ равным 72,4%, имеет видимые отличия в показателях достоверности и точности метода проведенного дискретным способом равным 90% и более случаев. Причиной такого несоответствия можно считать ныне существующие в цитоморфологии дифференциальные критерии АИТ и высокодифференцированных тиреоидных карцином.

Выводы и рекомендации. 1. Постпандемийный период отмечен увеличением частоты выявляемости ХАИТ до 26,9% случаев и тиреоидного рака до 8,7% случаев в сравнении с допандемийным периодом. 2. Учитывая взаимоотягощающие факторы сочетающихся патологий и объективные трудности цитоморфологической диагностики, хирургические вмешательства в объеме тиреоидэктомии, являются предпочтительными при аутоиммунном поражении перинодулярной ткани.

Ключевые слова: Эндокринная хирургия, хронический аутоиммунный тиреоидит, тиреоидная карцинома, COVID-19.

---

153. Оптимизация выполнения операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного стент-шунтирования (TIPS)

Сапронова Н.Г., Калинин Д.С., Стагниев Д.В., Саркисян В.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность хирургического лечения пациентов с осложненным портальной гипертензией (ПГ) циррозом печени (ЦП) не вызывает сомнения. Основной причиной смерти является профузное пищеводно-желудочное кровотечение, эффективностью остановки которого может быть только снижение портального давления, а не назначение медикаментозной гемостатической терапии.

Целью нашего исследования стало улучшение результатов оперативного лечения пациентов с ЦП, осложненным ПГ, за счет выполнения операции TIPS с селективной эмболизацией желудочных вен.

Материалы и методы: объектом исследования стали 62 пациента с осложненным ЦП, пролеченные в хирургической клинике РостГМУ в период с 2016 по 2022 год. Пациенты были разделены на две группы по 27 и 35 человек соответственно согласно объему оперативного вмешательства, а именно операции TIPS с селективной эмболизацией одной вены желудка и операции TIPS с селективной эмболизацией двух и более вен желудка. Эффективность вмешательства оценивалась по результатам УЗИ, данных ЭФГДС и МРТ до и после TIPS.

Результаты: в I группу вошли 14 мужчин и 13 женщин, средний возраст составил 55,3±10 лет. Во II группе было 19 мужчин и 16 женщин со средним возрастом 53,3±12 лет. Длительность основного заболевания (ЦП) в I группе была от 0,5 до 26 лет, в среднем 7,8±2,8 лет, во II – от 0,5 до 12 лет, в среднем 4,9±3,5 лет. Вирусные гепатиты в анамнезе были выявлены у 59,3% пациентов I группы и у 54,3% II группы. Варикозные пищеводно-желудочные кровотечения в I группе отсутствовали в анамнезе лишь у 2 (7,4%) пациентов и манифестировались у остальных от 1 до 8 эпизодов, в среднем 1,96±1,8 раз, во II группе у всех пациентов в анамнезе были эпизоды кровотечения от 1 до 7, в среднем 1,8±1,1 раз. Данные ЭФГДС установили у всех пациентов II и III степень расширения вен пищевода. В I группе была эмболизирована только левая вена желудка, число использованных спиралей было от 1 до 3, во II группе были эмболизированы помимо левой, задняя и короткие вены желудка, число спиралей было от 3 до 8. Через 6 месяцев после операции отмечалось статистически значимое уменьшение диаметров воротной и селезеночной вен, что определяло эффективность оперативного пособия в объеме TIPS с эмболизацией желудочных вен, а отсутствие визуализации вен желудка по данным МРТ и уменьшение их размера по данным ЭФГДС, позволило сделать вывод о сопоставимости данных результатов (заявка на изобретение №2022129022).

Обсуждение: основным источником ретроградного кровотока в вены пищевода является левая вена желудка и ее эмболизации было достаточно всем 27 пациентам I группы. Рецидив пищеводного кровотечения не был установлен ни в одном случае, однако в послеоперационном периоде у 2 (7,4%) пациентов на фоне тромбоза шунта в сроке 13 и 19 месяцев после операции возникло варикозное желудочное кровотечение. У пациентов II группы, у которых помимо эмболизации левой, была эмболизирована задняя и/или короткие вены желудка, в послеоперационном периоде ни у одного не было установлено варикозного пищеводно-желудочного кровотечения в сроки наблюдения до 72 месяцев.

Выводы: выполнение селективной эмболизации желудочных вен в моноварианте и эмболизации двух и более вен в сочетании с TIPS должны иметь строго индивидуальный характер. Рецидив варикозного желудочного кровотечения на фоне тромбоза шунта при эмболизации только левой вены желудка возник в 7,4%. Пациентам, имеющим в анамнезе эпизод кровотечения из вен пищевода и желудка на фоне ПГ, необходимо обязательное выполнение эмболизации вен желудка.

Рекомендации: снижение давления в портальной системе не всегда сопровождается изменением кровотока от пищевода и желудка, а количество эмболизированных вен должно соотноситься с результатами флебографии до выполнения операции TIPS.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное стент-шунтирование, эмболизация вен желудка, TIPS.

---

154. Малоинвазивный способ лечения эпителиально – копчикового хода

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Гасанов К.Г., Шихрагимов М.И.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России,

Актуальность: Частота эпителиального копчикового хода составляет 7,1 на 1000 населения. Среди болезней прямой кишки данное заболевание составляет 14-20%. Недостатком открытых способов лечения эпителиального копчикового хода является длительный срок заживления раны, который составляет от 8 до 22 недель, а также воз-

можность развития послеоперационных осложнений в виде расхождения краев раны и ее инфицирования.

Целью является улучшение результатов лечения пациентов с эпителиально-копчиковым ходом путем внедрения способа малоинвазивного лечения эпителиального копчикового хода с применением лазера длинной волны 1470 нм.

Материалы и методы: В основу работы вошли результаты лечения 42 больных с эпителиально-копчиковым ходом за 2022-2023 гг. в ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Астрахань». Все пациенты имели определенную клиническую симптоматику: незначительные боли в межъягодичной складке, наличие свищевого отверстия в данной области с умеренным серозным отделяемым. По данным УЗИ межъягодичной области в мягких тканях определялся свищевой ход. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 29 пациентов (69%), которым проводилось оперативное лечение по следующей методике: под местной анестезией, после иссечения первичного свищевого отверстия, пуговчатым зондом проводят ревизию свищевого хода с выведением контрапертуры в верхней точке свища, ложкой Фолькмана обрабатывают и удаляют содержимое свищевого хода с грануляциями, промывают полость раствором водного хлоргексидина, под контролем ультразвука тумесцентной анестезии создают муфту, уменьшающую полость свищевого хода, коагулируют полость свищевого хода лазером в непрерывном режиме длинной волны 1470 нм, мощностью 9 Вт, со скоростью 1 мм/с. Вторую группу составили 13 пациентов (31%), которым проводилось оперативное лечение в объеме иссечение эпителиально – копчикового хода по методу Рыжих. Полученные результаты: Данные лечения проанализированы на 2-3-е сутки после оперативного лечения. В первой группе пациентов в 100% случаев отмечалось отсутствие болевого синдрома (по шкале ВАШ – 0). Пациенты в ограничении физической активности не нуждались. На 4-е сутки после оперативного лечения пациенты из первой группы приступали к трудовой деятельности. Длительность нетрудоспособности составляла 4-6 суток. Во второй группе у 8 пациентов отмечался болевой синдром, требующий введения наркотических анальгетиков. У 5 пациентов из второй группы купирование болевого синдрома в первые сутки после оперативного лечения проводилось приемом НПВП. Все пациенты из второй группы были выписаны из хирургического отделения на 9-11 сутки после оперативного вмешательства на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства. Длительность нетрудоспособности у пациентов из второй группы варьировала от 22 до 29 дней.

Выводы и рекомендации: При использовании малоинвазивного способа лечения эпителиально – копчикового хода достигается хороший косметический эффект. Высокая эффективность предложенного способа лечения эпителиально-копчикового хода за счет сокращения сроков полного заживления раны, отсутствия болевого синдрома и исключения возможности развития послеоперационного кровотечения позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: Эпителиально – копчиковый ход, лазерная абляция, тумесцентная анестезия.

---

155. Воротная холангиокарцинома: отдаленные результаты хирургического лечения с позиции радикальности и прогноза

Коваленко Ю.А. (1), Гурмиков Б.Н. (1), Шевченко Т.В. (1), Маринова Л.А. (1), Чжао А.В. (2)

Москва

1. ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского МЗ России
2. Европейский медицинский центр

Актуальность. Воротная холангиокарцинома характеризуются вовлечением в опухолевый процесс структур гепатодуоденальной связки, инфильтративным ростом, поздним метастазированием. 5-летняя выживаемость после операции обычно не превышает 30-40%, а частота рецидивов достигает 75% в первые 2 года после нее. Радикальность операции определяется только краем резекции. Наряду с этим крайне сложно достичь радикальности, а факторы прогноза недостаточно изучены.

Материал и методы. За период с 2011 по 2022 г. анализировано 79 резекций печени и желчных протоков. Резекция гепатикохоледоха выполнена у 11 (13,9%) пациентов, гемигепатэктомия – 55 (82%%), расширенная гемигепатэктомия – 12 (18%), резекция желчных протоков в сочетании с ПДР – 1 (1,3%). Распределение больных по Bismuth-Corlette: I, II – 9 (11.4%), IIIA/B – 18 (22.8%), IV – 52 (65.8%). Распределение пациентов по стадии заболевания (pTNM): I – 6 (7,6%), II – 31 (39,2), III A/B – 16 (20,3%), III C– 22 (27,8%), IV A – 2 (2,5%), IV B – 3 (3,8%). Поражение л/у – в 26 (32,9%) случаев. С резекцией I сегмента – 32 (48%). Радикальность от края резекции: R0 – 26 (32,9%), R1 – 50 (63,3%), R2 – 3 (3,8%). Радикальность от 7 локусов (R0-7, край резекции, сосудистая и лимфососудистая инвазия, периневральная инвазия, клетки в жировой клетчатке, л/у, инвазия в печень).

Результаты. При полифакторном анализе (10 факторов включены в анализ) статистически значимыми факторами были стадия заболевания и наличие клеток в л/у (p=0,01 и p=0,0005, соответственно). В зависимости от резекции печени с первым сегментом или без него сравнительный анализ не показал разницы (p=0,14). 12-, 36-, 60-, 84-, 120 мес. выживаемость составила 70%, 30%, 18%,

16% и 16%, соответственно. У 7 пациентов выживаемость превысила 60 мес. Максимальный период наблюдения составил 129 и 142 мес, соответственно. При сравнительном анализе между R0 и R1 резекциями получена достоверная разница в выживаемости (p=0,01). С помощью сравнительного анализа в зависимости от количества локусов (R0-7) выявлена закономерность: чем больше имеется пораженных локусов, тем хуже выживаемость. Так, при сравнении групп R0-2 и R3-7 получена статистически достоверная разница (p=0,00), причем в первой группе выживаемость у всех пациентов превысила 60 мес. При сравнении групп R3 и R4-7, R4 и R5-7, R5 и R6-7 также получена статистически значимая разница (p=0,00, p=0,0001, p=0,002, соответственно).

Выводы. Стадия заболевания и наличие опухолевых клеток в л/у являются статистически достоверными факторами, определяющими прогноз заболевания. Оценка радикальности операции по краю резекции объективно не отражает результаты хирургического лечения. Предложенная концепция радикальности операции по количеству пораженных локусов (R0-7) позволяет достаточно точно определить радикальность резекции, поскольку найдена достоверная зависимость между количеством пораженных локусов и выживаемостью.

Ключевые слова: Воротная холангиокарцинома, радикальность резекции, выживаемость, прогноз

---

156. Результаты эндоваскулярного лечения при нарушениях мезентериального кровообращения

Щеголев А.А. (1,2), Мутаев М.М. (1,2), Папоян С.А. (1,2), Мутаев Р.М. (1), Васильев М.В. (1,2)

Москва

1-ФГАОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета, Москва2-ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева», Москва

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты эндоваскулярного лечения при нарушениях 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. В этой группе 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, затем выполняли эндоваскулярное вмешательство.

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. Шестерым больным 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. Балонная 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 только при ранней диагностике и лечении заболевания, а также за счет выполнения превентивных эндоваскулярных вмешательств при значимых поражениях артерий у больных с хронической мезентериальной ишемией.

Ключевые слова: хроническое нарушение мезентериального кровообращения, острое нарушение мезентериального кровообращения нарушения мезентериального кровообращения, острая мезентериаль

---

157. Опыт хирургического лечения больных с зобами большого объема

Салов М.А., Шуляковская А.С., Данилов И.Н., Амбарцумян А.В., Лукьянова В.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Введение. Термин «зоб» используется для описания любого увеличения щитовидной железы, которое может быть диффузным или узловым и может сопровождаться нормальной, сниженной или повышенной функцией щитовидной железы (ЩЖ). Хирургическое лечение зобов больших размеров сопровождается техническими трудностями в связи с длительным течением заболевания, изменением топографо-анатомических взаимоотношений и сопряжено с более частым развитием интра- и послеоперационных осложнений. Однако, в настоящее время нет единого мнения относительно объема ЩЖ, при котором зоб считается “большим” и связан с более высоким риском развития осложнений.

Цель исследования. Оценка частоты развития периоперационных осложнений в зависимости от объема ЩЖ, разработка хирургической классификации зобов, учитывающей объем ЩЖ.

Материалы и методы. В одноцентровое ретроспективное исследование были включены 334 пациента, которым было выполнено оперативное вмешательство в объеме тиреоидэктомии по поводу токсических и нетоксических форм зоба в 2017-2022 гг. Критерий включения: оперативное вмешательство в объеме тиреоидэктомии. Критерии исключения: выполнение тиреоидэктомии по поводу злокачественного заболевания ЩЖ. Рассматривались наиболее часто возникающие осложнения оперативных вмешательств на ЩЖ согласно данным литературы: гипопаратиреоз, парез возвратного гортанного нерва и кровотечение. В качестве основного фактора риска развития осложнений выбран объем ЩЖ более 50 мл3. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от объема ЩЖ по данным ультразвукового исследования: в первую группу вошли пациенты с объемом ЩЖ менее 50 мл3 (n=223, 66,8%), во вторую – с объемом ЩЖ более 50 мл3 (n=111, 33,2%). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Для сравнения качественных переменных применялся непараметрический тест хи-квадрат Пирсона. Проверка статистических гипотез выполнялась при критическом уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Общее количество интра- и послеоперационных осложнений в обеих группах составило 68 (20,35%). В 1 группе пациентов количество случаев гипопаратиреоза составило 16 (7,2%), во второй группе – 21 (18,92%), данные различия являются статистически значимыми ($p=0,003$). Частота развития пареза возвратного гортанного нерва также была выше в группе пациентов с объемом щитовидной железы более 50 мл3: 8 случаев (3,6%) в первой группе и 11 случаев (9,9%) – во второй ($p=0,026$). В отношении частоты развития кровотечения в интра- и раннем послеоперационном периоде нами не было получено статистически значимых различий: 6 (2,7%) в 1 группе и 6 (5,4%) – во второй группе ($p=0,242$). Число осложнений составило 33 (14,8%) и 35 (31,53%) в первой и второй группах соответственно ($p<0,001$). В настоящее время широко используются классификация зоба, принятая всемирной организацией здравоохранения и классификация по Николаеву О.В. Несмотря на то, что данные классификации достаточно просты и удобны для рутинного использования в клинической практике, на наш взгляд существует необходимость создания хирургической классификации зоба с целью предоперационной оценки анестезиологических и хирургических рисков, прогнозирования возможных осложнений в интра- и послеоперационном периоде, а также будущей модернизации и стандартизации хирургической стратегии лечения данной патологии. Нами предложена классификация, учитывающая объем ЩЖ (I-до 50 мл3, II – 50-100 мл3, III – 100-200 мл3, IV – 200-300 мл3, V – более 300 мл3).

Выводы. Частота развития пареза возвратного гортанного нерва и гипопаратиреоза была больше в группе пациентов с объемом ЩЖ более 50 мл3, в связи с чем по нашему мнению, возможно рассматривать данный показатель в качестве клинически значимого. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на изучение периоперационных осложнений в данной группе пациентов с целью стратификации рисков.

Ключевые слова: зоб, тиреоидэктомия, парез возвратного гортанного нерва, гипопаратиреоз, кровотечение

---

158. Результаты лечения сложных параректальных свищей методом LIFT

Хомочкин В.В., Перов Ю.В., Веденин Ю.И., Попова И.С.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Серьезная проблема колоректальной хирургии – лечение сложных свищей прямой кишки с наличием рубцовых изменений в области внутреннего свищевого отверстия и большим его диаметром. Наличие затеков и инфильтратов по ходу свища значительно осложняет послеоперационный период. Большинство современных методов лечения свищей подобного типа связано с высокой частотой

рецидивов. В начале века был предложен один из самых щадящих вариантов вмешательства при свищах прямой кишки. Это метод перевязки свища в межмышечном пространстве (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, LIFT). Авторы методики ограничили ее использование простыми трансфинктерными параректальными свищами.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки путем перевязки свища в межсфинктерном пространстве.

Материалы и методы. С января 2018 года по декабрь 2022 года, в исследование были включены 20 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Им было выполнена операция LIFT. 12 пациентов были мужчинами, а 8 женщины. Как оказалось в ходе исследования у 7 (35%) больных был рецидивный свищ. В 17 случаях операция выполнялась при наличии полостей и затеков. У 3 пациентов с наличием сформированного свища, без выраженных воспалительных изменений и затеков. Период наблюдения составил 18 месяцев (наблюдали через 6, 12 и 18 месяцев). После операции контрольные осмотры через 12 месяцев проведены 14 (70%) пациентам, через 18 месяцев – 7 (35%) пациентам.

Результаты. Заживление свища после операции отмечено в 85% (17) случаев. При этом из 17 пациентов, которым производилась операция на фоне затеков, заживление произошло в 14 (85,4%) случаях, аналогично заживление отмечено у 3 пациентов без затеков. При наблюдениях через 6 и 12 месяцев после операции, у пациентов отмечался положительный результат, не было выявлено рецидивов заболевания. В 3 случаях, когда операция выполнялась с гнойными затеками через 18 месяцев диагностирован рецидив заболевания.

Заключение. Анализ опыта лечения 20 пациентов со сложными свищами прямой кишки показал, что с помощью щадящего метода перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве возможно добиться заживления свищевого хода в 85% случаев.

Ключевые слова: свищ заднего прохода, LIFT

---

159. Определение оптимального способа обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии

Панкратов А.А. (1), Матков И.В. (2), Кривоносов К.В. (3), Куликов И.И. (4)

Москва

1 – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации2, 3, 4 – государственное б

Актуальность Частота развития внутрибрюшных осложнений при лапароскопической аппендэктомии достоверно превышает результаты открытой операции. При лапароскопической аппендэктомии преимущественно используются различные способы закрытия культи отростка без ее погружения. В то время как каноны открытой хирургии предписывали обязательное использование погружного метода. Исследования, посвященные сравнению данных подходов, немногочисленны, а результаты их противоречивы.

Цель Выбор оптимального способа обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии. Задачи • Изучить влияние 3 различных способов обработки культи червеобразного отростка на частоту развития внутрибрюшных осложнений • Проанализировать длительность вмешательства в 3 экспериментальных группах • Оценить стоимость лечения в 3 группах больных, включая стоимость операции и лечения осложнений • На основании сравнительного анализа результатов лечения в 3 экспериментальных группах определить оптимальный метод обработки культи

Материалы и методы Период: сентябрь 2020 – март 2022 года. Дизайн: 1-центровое проспективное квазирандомизированное контролируемое исследование. Больные были разделены на 3 группы по способу обработки культи червеобразного отростка: лигатурный метод, погружной и аппаратный. При выборе метода хирург строго следовал предопределенной протоколом последовательности. Остальные этапы операции были четко стандартизованы. Для участия в исследовании выбраны 4 хирурга, уверенно владеющие интракорпоральным лапароскопическим швом. Критерии включения: все лапароскопические аппендэктомии, выполненные по протоколу избранными хирургами. Критерии невключения: невозможность выполнения операции одним из исследуемых способов. Первичная конечная точка: частота послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических осложнений: клинически значимый инфильтрат, абсцесс, несостоятельность культи отростка, кишечный свищ, перитонит. Вторичные конечные точки: длительность операции, стоимость лечения, сложность освоения мето-

дики. Включены 129 человек (66 женщин и 63 мужчины) в возрасте 34,9 ± 12,3 лет. Сроки заболевания составили 24,8 ± 14,3 часа. Флегмонозный аппендицит выявлен у 121 (93,8%) больного, гангренозный у 7(5,4%) и у 1(0,8%) катаральный. В 18(14%) случаях выявлены осложненные формы заболевания: перитонит у 14 больных, перфорация у 1, тифлит у 3.

Результаты Легкие осложнения выявлены у 6 (4,7%) больных: 1 нагноение раны, 2 бессимптомных инфильтрата, 1 гематома брюшной полости, пролеченная консервативно, 2 случая длительной гипертермии без выявленной причины. Не отмечено ни одного осложнения из целевого перечня. Выявлены отличия между группами по вторичным конечным точкам. Сроки госпитализации во всех 3 группах были сопоставимы. Наибольшее время операции 53,5±14,5 минуты отмечено при погружном методе (p>0,05). По стоимости операции аппаратный метод существенно уступал 2 другим способам. При этом лигатурный метод имел преимущества по технической простоте и скорости освоения.

Обсуждение Полученная частота послеоперационных осложнений превосходит как большинство литературных данных, так и наши собственные результаты за предыдущий период. Очевидно, это связано с формированием научной группы по принципу уверенного владения наиболее технически сложным методом. В результате наименьший хирургический стаж среди членов группы превышал 10 лет. Большая частота осложнений после лапароскопической аппендэктомии в сравнении с открытой по литературным данным, по-видимому, объясняется трудностями освоения методики, и зависит не от метода обработки культи отростка, а от качества выполнения операции. Ограничения: в исследование не вошли случаи с «трудной культей аппендикса», подпадавшие под критерии невключения.

Выводы Ни один из исследованных методов обработки культи отростка не имеет преимущества по частоте развития осложнений. Лигатурный метод следует считать методом выбора поскольку он не уступает двум другим способам по надёжности и стоимости, но превосходит их по лёгкости освоения.

Ключевые слова: лапароскопическая аппендэктомия, способ обработки культи аппендикса, проспективное контролируемое исследование

---

160. Глубокое машинное обучение в КТ-диагностике образований поджелудочнойжелезы

Замятина К.А., Кармазановский Г.Г.

Москва

НМИЦ хирургииим. А.В.Вишневского Минздрава России

Актуальность. Рак поджелудочной железы является одним из злокачественных опухолевых заболеваний с 5-летней выживаемостью около 7% [1,2]. КТ является основным методом визуализации, используемым для выявления и оценки рака поджелудочной железы, но диагностическая эффективность метода зависит от опыта врачей- рентгенологов. Большинство видов рака поджелудочной железы имеют неправильные контуры и плохо очерченные края на КТ и, таким образом, часто плохо визуализируются на ранней стадии, что создает серьезные проблемы для ранней диагностики. Большинство впервые диагностированных аденокарцином поджелудочной железы уже неоперабельны, и прогноз у этих пациентов значительно хуже. А риск осложнений и смерти увеличивается при задержке лечения, что делает раннюю диагностику опухоли поджелудочной железы решающе важной для успешного хирургического лечения и продления жизни пациента [3].

Цель исследования. Обзор и анализ имеющейся зарубежной литературы, посвященной работам по машинному обучению в КТ-диагностике образований поджелудочной железы.

Материалы и методы. Анализировались публикации PubMed, доступные по ключевым словам “deep learning”, “radiology”, “pancreatic tumors”, “perspectives”, “neuroendocrine tumors”, “pancreatic segmentation”. Поиск ограничивался только рукописями на английском языке за последние 5 лет и, преимущественно, по темам патологии поджелудочной железы. Последний раз поиск литературы проводился 15 января 2023 г.

Результаты и их обсуждение. Мы проанализировали работы за последние 5 лет, по применению в диагностике заболеваний поджелудочной железы глубокого машинного обучения. Важно отметить, что новые данные распространяются регулярно, а тема не теряет актуальности. Так как область опухоли относительно всего КТ-исследования органов брюшной полости слишком маленькая, логичнее и проще сначала научить нейронную сеть находить орган, а затем уже в нем и в прилежащих структурах “искать” опухоль, как и делают в большинстве работ разных авторов. Поэтому алгоритм чаще делят на две нейросети, первая из которых сегментирует саму поджелудочную железы, либо находит аксиальные срезы, на которых она есть, а вторая уже сегментирует образования в этой области. Среди проанализированных

работ лучшие результаты по сегментации органа с точностью до 94% с использованием сети U-net [4]. Но остается основная проблема применения модели в повседневной практике врачей – это воспроизводимость с той же точностью только на базах, на которых сеть обучалась. Появились новые методы обучения сетей и модифицированные модели нейросетей, которые способны обучаться на одних базах данных (одного медицинского учреждения) и при этом показывать хорошую точность на других, например, нейросеть Swin U-NEt TRansformers [5]. Рис.1 Представлены данные из статьи, которая показывает точность трансферной сети в разметке образований головного мозга, которая превосходит классическую U-net на независимой базе данных.

Выводы. Проанализировав имеющуюся литературу, можно сделать вывод, что подавляющее число авторов подтверждают, что обученная нейросеть действительно может быть эффективна для диагностики, наблюдения и планирования лечения. Но нужно создать метод обучения с использованием наиболее точной и независимой нейросети, чтобы был достигнут консенсус по ее внедрению в разных учреждениях, и появилась возможность эффективно применять искусственный интеллект для диагностики образований поджелудочной железы в клинической практике. Это актуально для врачей-рентгенологов и врачей-онкологов при постановке диагноза и планирования лечения. Список литературы. 1. Huang B, Lin X, Shen J, Chen X, Chen J, Li ZP, Wang M, Yuan C, Diao XF, Luo Y, Feng ST. Accurate and Feasible Deep Learning Based Semi-Automatic Segmentation in CT for Radiomics Analysis in Pancreatic Neuroendocrine Neoplasms. IEEE J Biomed Health Inform. 2021 Sep;25(9):3498-3506. doi: 10.1109/JBHI.2021.3070708. Epub 2021 Sep 3. PMID: 33798088. 2. Ma H, Liu ZX, Zhang JJ, Wu FT, Xu CF, Shen Z, Yu CH, Li YM. Construction of a convolutional neural network classifier developed by computed tomography images for pancreatic cancer diagnosis. World J Gastroenterol. 2020 Sep 14;26(34):5156-5168. doi: 10.3748/wjg.v26.i34.5156. PMID: 32982116; PMCID: PMC7495037. 3. Si K, Xue Y, Yu X, Zhu X, Li Q, Gong W, Liang T, Duan S. Fully end-to-end deep-learning-based diagnosis of pancreatic tumors. Theranostics. 2021 Jan 1;11(4):1982-1990. doi: 10.7150/thno.52508. PMID: 33408793; PMCID: PMC7778580. 4. Cai J, Guo X, Wang K, Zhang Y, Zhang D, Zhang X, Wang X. Automatic quantitative evaluation of normal pancreas based on deep learning in a Chinese adult population. Abdom Radiol (NY). 2022 Mar;47(3):1082-1090. doi: 10.1007/s00261-021-03327-x. Epub 2022 Jan 22. PMID: 35064795. 5. Cai J, Guo X, Wang K, Zhang Y, Zhang D, Zhang X, Wang X. Automatic quantitative evaluation of normal pancreas based on deep learning in a Chinese adult population. Abdom Radiol (NY). 2022 Mar;47(3):1082-1090. doi: 10.1007/s00261-021-03327-x. Epub 2022 Jan 22. PMID: 35064795.

Ключевые слова: алгоритмы машинного обучения, рак поджелудочной железы, КТ

161. Лапароскопическая методика удаления нефункционирующего почечного трансплантата

Дымков И.Н., Перлин Д.В., Зипунников В.П., Терентьев А.В.

Волжский

ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»

Лапароскопические вмешательства занимают сегодня лидирующее положение в современной хирургии, являясь методом выбора при выполнении большинства операций, не стало исключением и удаление нефункционирующего почечного трансплантата. Однако данная методика не получила до сих пор широкого распространения в трансплантационных центрах Российской Федерации. С 2010 по 2022 год в нашей клинике было выполнено 12 трансплантэктомий в отдаленном периоде после операции. Из них 8 традиционным открытым доступом (1 группа) и 4 лапароскопической методикой (2 группа). Показаниями к нефрэктомии были нефункционирующие почечные трансплантаты и необходимость полной отмены иммуносупрессии. Критериями оценки были выбраны продолжительность операции, объем кровопотери, местные осложнения, периоперационные общесоматические осложнения, продолжительность перидуральной анестезии и сроки госпитализации. Не было отмечено достоверной разницы в продолжительности операции: 115± 31 мин при открытой методике и 118±37 мин при лапароскопической. Объем кровопотери достоверно был меньше во второй группе 81±36 мл по сравнению с первой 338±75 мл. В первой группе были отмечены как местные осложнения в виде гематомы (1 случай), так и общесоматические – нижнедолевая гипостатическая пневмония (1 случай), во второй группе осложнений отмечено не было. Достоверно выгодно во второй группе отличались как продолжительность перидуральной анестезии 18±6 часов так и сроки госпитализации 7±2 суток по сравнению с первой группой – 33±7 часов и 15±3 суток соответственно. Нефрэктомия трансплантата кардинально отличается от удаления собственной почки, а именно искусственно измененной топографией органов в подвздошной области, выраженным фиброзом вокруг трансплантата, интимной близостью почечных сосудов к подвздошной артерии и вене, мочевому пузырю, толстому кишечнику. Методика выполнения лапароскопической трансплантэктомии также существенно отличается от традиционной открытой операции. Последовательно мобилизуют толстый кишечник, визуализируют наружные подвздошные сосуды проксимально и дистально от зоны анастомозов (при анастомозе с наружной подвздошной артерией) или общую и внутреннюю подвздошную артерию (при анастомозе с внутренней подвздошной артерией). Только затем приступают к выделению сосудов трансплантата. Как правило, артерию клипируют пластиковыми клипсами, вену прошивают и пересекают

степлером типа EndoGIA. Преимуществами лапароскопической методики трансплантэктомии являются меньшая кровопотеря во время операции, менее выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, быстрое восстановление физической активности. Косметические преимущества отсутствуют в связи с наличием достаточно заметного рубца от предшествующей трансплантации в подвздошной области.

Ключевые слова: Трансплантэктомия, нефрэктомия трансплантата, лапароскопия

---

162. Ближайшие и отдаленные результаты малоинвазивного хирургического лечения рака пищевода

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

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Хирургическое лечение рака пищевода остается достаточно тяжелой задачей, несмотря на достижения последних лет в области внедрения высокотехнологичной медицинской помощи. Сохраняется высокий уровень осложнений и летальности. Нами представлен опыт хирургического лечения рака пищевода 103 больных с 2014 по 2022 года, которым выполнены радикальные операции с использованием видеоэндоскопических технологий. Всем больным выполнена торакоскопическая резекция пищевода с расширенной лимфодиссекцией, брюшной этап выполнялся лапаротомным или лапароскопическим методом с формированием желудочной трубки из большой кривизны желудка и последующей загрудинной пластикой пищевода с формированием эзофагогастроанастомоза на шее. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 25 больных (24,2%), преимущественно класса II и III по Clavien-Dindo. Наиболее частое осложнение – несостоятельность эзофагогастроанастомоза (или швов проксимального конца желудочной трубки), которая возникла у 21 больного (20,3%). Это в большей степени связано с нарушением кровоснабжения проксимальных отделов желудочного кондуита, особенно на шее после выхода из верхней апертуры. С целью максимального снижения частоты несостоятельности швов эзофагогастроанастомоз накладывали с помощью циркулярных сшивающих аппаратов (Ethicon, Covidien и др) и наложением салазочных швов по Ю.Е. Березову. Желудочная трубка в зоне анастомоза фиксировалась к тканям шеи, чтобы исключить средостение из воспалительного процесса в случае развития несостоятельности швов анастомоза. Летальных исходов, связанных с данным осложнением, не наблюдали. Летальность послеоперационная составила 6,8% (7 человек). Основная причина – сердечно-сосудистая недостаточность. В отдаленном периоде у 11 больных развился стеноз анастомоза на шее вследствие перенесенного воспалительного процесса в стенке пищевода и желудка, а также в окружающих анастомоз тканях шеи. Из-за изгиба шейного отдела пищевода перед анастомозом при загрудинной пластике, выполнение бужирования данной зоны представляет определенные сложности. Мы выполняли бужирование по струне, заведенной под эндоскопическим контролем, бужами Medovations 25 и 37 Fr. Положительного клинического эффекта достичь удалось после первого сеанса бужирования. Хирургическое лечение рака пищевода требует дальнейшего изучения, совершенствования хирургических техник вследствие неудовлетворительных результатов осложнений и летальности. Использование в схеме хирургического лечения шейного анастомоза позволяет исключить смертность, связанную с несостоятельность анастомоза.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение

---

163. Результаты билиопанкреатического шунтирования (БПШ) и продольной резекции желудка (ПРЖ) в долгосрочном периоде

Янин Е.Л. (1,2), Аутлев К.М. (2), Кручинин Е.В. (2), Шнейдер В.Э. (1,2), Махнев А.В. (2), Соколова В.В. (2)

Тюмень

1) ГБУЗ ТО «ОКБ №1»,
2) ТюмГМУ

Актуальность. Морбидное ожирение (МО) – хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани с индексом массы тела (ИМТ) у больных более 40-45 кг/м2. Ключевую роль в патогенезе ожирения играет жировая ткань, выполняющая ряд критических функций (аккумулирование энергии, термогенез, стероидогенез и др.) и являющаяся фактором риска развития сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний. БПШ и ПРЖ являлись основными видами бариатрических вмешательств у больных с МО в исследуемом периодом и характеризовались высокой эффективностью. В обзорных материалах мало публикаций, касающихся последствий операций в долгосрочном периоде.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты в аспекте качества жизни больных с МО, оперированных с применением методики БПШ и ПРЖ.

Материалы и методы. Проведен анализ качества жизни

больных с МО, оперированных в 2006-2013 годах. Использован опросник SF – 36. Выполнена оценка когнитивных функций, эмоционального статуса, общего восприятия здоровья, удовлетворенности жизнью. Проанализированы отдаленные результаты 76 больных: у 41 пациента выполнена операция Scopinaro с лапаротомным доступом, у 35 пациентов – лапароскопическая ПРЖ. Все пациенты были выписаны без осложнений ближайшего послеоперационного периода на 7-8 сутки после операции. Средний возраст пациентов на момент выполнения операции составлял 40 лет, из них мужчин 15, женщин – 61. ИМТ от 35 кг/м2 до 45 кг/м2 у 34, от 46 кг/м2 до 60 кг/м2 – у 31, свыше 60 кг/м2 у 11 пациентов. Кроме коморбидного фона (метаболический синдром), у 35% больных диагностирована желчнокаменная болезнь (ЖКБ), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), которым симультанно выполнялась холецистэктомия. Полученные результаты. Установлено, что пациенты после операции получали терапию, направленную на коррекцию анемии, белкового баланса, витаминов. Через 10 лет среднее значение ИМТ составило 33 кг/м2, потеря избыточного веса (EWL) – 63%. При этом, у 47% больных после ПРЖ набор веса составил до 30% от потерянного, поскольку эта методика за счет отсутствия шунтирующего компонента обладает менее устойчивым эффектом, чем любая шунтирующая операция. Кроме этого у 7% с ПРЖ сформировался устойчивый рефлюкс-эзофагит, что потребовало выполнить повторную операцию с переводом в гастрошунтирование по Ру, но при этом отмечался набор веса. Было три летальных исхода (цирроз печени, кровотечение из пептической язвы гастроэнтероанастомоза, ковид). У 71% отмечено улучшение качества жизни как физического, так и психического компонентов и восстановление метаболических процессов (сахарный диабет 2 типа, ГЭРБ, дислипидемия, гипертоническая болезнь, болезни опорно-двигательного аппарата). После БПШ стойко компенсируется сахарный диабет 2 типа, но у большинства больных сохранялось нарушения стула. Таким образом, учитывая полученные долгосрочные результаты и положительное воздействие на сопутствующие ожирению заболевания, БПШ и ПРЖ относительно сопоставимы по качеству жизни. Принципиально важным остается вопрос персонифицированного выбора методики и безусловное выполнение клинических рекомендаций. При ИМТ 35 кг/м2 и менее, подход должен быть более сдержанным, если нет прямых медицинских показаний. Вопросы качества и продолжительности жизни после бариатрических операций остаются ключевыми. Поскольку бариатрия не меняет привычки пациента в пищевом режиме, то это коррелирует со степенью удовлетворенности качеством жизни. Безусловно, кроме проведенной операции необходимо продолжать исследования по кишечной адаптации, роли адипоцитокинов, рассматриваемых в качестве возможных медиаторов метаболических нарушений и эндотелиальной дисфункции, роли НАЖБП как фактора метаболического синдрома.

Ключевые слова: морбидное ожирение, билиопанкреатического шунтирования, продольной резекции желудка

---

164. Постоянное стентирование панкреато-и билиодигестивных анастомозов конструкциями из никелида титана

Штофин С.Г., Штофин Г.С., Никитин Р.А., Нустафаев Р.С.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

Хирургические вмешательства при доброкачественных поражениях внепеченочных желчных протоков в 15-25% наблюдений заканчиваются созданием обходных билиодигестивных анастомозов. Рубцевание последних наступает в 8,4-28,3%. При операциях на поджелудочной железе несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов в 20% сопровождается образованием наружного панкреатического свища. В связи с эти возник интерес к применению, в целях лечения и профилактики, указанных осложнений, нового поколения имплантационных материалов с памятью формы. С 1990 по 2021 нами выполнены 183 операции стентирования панкреато- и билиодигестивных анастомозов стентами из никелида титана. Средний возраст составил 48,6±7,5 лет. Осложнения после стентирования билиодигестивных анастомозв возникли у 8 пациентов (10,5%), умерли 2 пациента. Отдаленные результаты прослежены на протяжении более 20 лет, признаны хорошими у 86,4%, удовлетворительными у 9,7%, плохими у 3,9%. В группе сравнения (56 пациентов, применение СТПД и прецизионный шов) хорошие результаты у 58,5%, удовлетворительные у 22%, неудовлетворительные 19,5%. Осложнения после операций стентирования возникли у 8 пациентов (10,5%), умерли 2 пациента (2,6%). Применяемые нами стенты, при всех его преимуществах, имеют недостаток, стимулирующий их совершенствование. В начальный период морфологической перестройки участки рубцовой толщи анастомоза пролабируют в просветы плетеной структуры стента. Возникающая неравномерность компрессии в области просвета, приводит к слабовыраженному нарушению микроциркуляции, отеку и гистиолимфоцитарной инфильтрации. Указанный недостаток устраняется тем, что стент для профилактики образования грубых рубцовых тканей укрывается плотно примыкающим слоем сетчатой ткани из никелид-титановой нити диаметра 30–60 мкм, при этом размеры ячеек сетчатой ткани составляют отношение 0,1–0,5 с размерами просветов структуры плетения самого стента. Никелид-титановая сетчатая ткань

представлена нитью с проницаемо-пористой поверхностью Дополнение стента слоем сетчатой ткани из никелид-титановой нити имеет полезное для достижения результата следствие: сетчатая ткань перекрывает просветы плетения структуры стента, неизбежные для этой технологии и использованного материала – ленты никелида титана. Просветы представляют собой бреши для тканей стенки протока, особенно в первое установочное время. Еще несформированные, как это им предстоит в отдаленные сроки, ткани стенок, с увеличенным объемом в зоне анастомоза, в состоянии послеоперационного отека, пролабируют в просветы плетения, вызывая в микромасштабе, на краях просвета, атрофию и некроз. Сетчатая ткань создает дополнительную опору пролабирующим тканям, устраняя указанный недостаток. Выравнивание контактных слоев тканей приводит к улучшению трофики и, как следствие, к повышению состоятельности операции. По поводу хронического панкреатита операции создания пакреато- и панкреатикодигестивных анастомозов с использованием дилатирующих соустье имплантатов с памятью формы оперированы 107 пациентов. По поводу ХП с расширением ГППЖ, требующего дренирующей операции, оперированы 12 пациентов. 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. Диаметр стента составлял 10 мм у 5 пациентов, 12 мм – у 7. Длина – 25 мм. Формировался панкреатикогастроанастомоз (ПГА) с задней стенкой желудка на протяжении 1,5 – 2 см однорядным швом. При ПДР нами разработаны новые технические решения, направленные на возможность формирования максимально надежного соустья, осуществляющего декомпрессию протоковой системы дистальной культи железы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют об эффективности и перспективности использованных методов при операциях в этой области.

Ключевые слова: никелид-титана, стент, поджелудочная железа

---

165. Пластика остаточный полостей в хирургическом лечении хронического остеомиелита.

Штофин С.Г., Щеголев М.Б., Трушин П.В., Штофин Г.С., Чеканов А.М.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

В настоящее время лечение инфекционных заболеваний костей, возникших после травмы или после операции, является сложной проблемой современной хирургии. Количество случаев остеомиелита после травм, ортопедических операций увеличивается, что приводит к значительному повышению экономических затрат на лечение. При анализе структуры осложнений после оперативного лечения закрытых переломов установлено, что хронический остеомиелит занимает до 13,2% Костные полости, образующиеся в костных структурах в результате течения гнойно-воспалительных или дистрофических процессов, являются важной проблемой хирургии. Многие материалы, которые применятся в качестве«костнозамещающих» препаратов, могут быть восприняты организмом в качестве инородного тела. Вздения из никелида титана нашли широкое применение в медицине в качестве имплантатов. При этом отсутствуют исследования по применению никелида титана в качестве «костнозамещающего» препарата при хроническом остеомиелите В исследование вошли 90 пациентов, имеющих остаточные полости вследствие течения хронического остеомиелита. Из них были сформированы две группы. В группу наблюдения вошли 60 пациентов, которым в качестве пластического материала при закрытии остаточных полостей трубчатых костей использовался мелкогранулированный никелид титана. В группу сравнения – 30 пациентов у которых остаточная полость выполнялась гемопломбой. Более половины остаточных полостей, сформировавшихся в результате течения хронического остеомиелита, локализовались в длинных трубчатых костях нижних конечностей: в бедренной кости у 22 пациентов (36,6%) группы наблюдения и у 7 пациентов (23,3%) группы сравнения, в большеберцовой кости у 21 больного (35,0%) группы наблюдения и у 12 пациентов (40,0%) группы сравнения. Остальная локализация остаточных полостей распределилась следующим образом: плечевая кость – у 5 человек (8,3%) в группе наблюдения и у 2 человек (6,7%) группы сравнения; пяточная кость – у 4 человек (6,7%) в группе наблюдения и у 2 человек (6,7%) группы сравнения; малоберцовая и таранные кости – по 2 человека (3,3%) в группе наблюдения и по 3 человека (10,0%) в группе сравнения; лучевая кость – 2 человека (3,3%) в группе наблюдения и 1 человек (3,3%) в группе сравнения; ногтевая фаланга пальца кисти была поражена у 2 больных (3,3%) группы наблюдения, данной локализации патологического очага в группе сравнения не наблюда-

лось. Методика использования мелкогранулированного никелида титана заключалась в следующем. Выделялись и иссекались свищевые ходы до кости. Выполнялось вскрытие секвестральной коробки. Из нее удалялись грануляционная ткань, секвестры. Стенки секвестральной коробки обрабатывались ложкой Фолькмана до появления «кровяной росы». Из просвета секвестральной коробки выполнялись 3-4 фрезевых отверстия наружу для дополнительного смачивания органотипического комплекса. После чего в образовавшуюся полость помещался мелкогранулированный никелид титана. Объем имплантата составлял не менее ? объема секвестральной коробки. Хороший ближайший результат лечения отмечен у 55 больных основной группы, что составило 92% от общего числа. В группе сравнения у больных, хорошие результаты были у 21 пациента, что составило 70%. Данные результаты имеют статистически значимый уровень различия. Анализ отдаленных результатов пластики остаточных костных полостей, сформировавшихся в ходе течения хронического остеомиелита, показал, что хороший результат лечения достигнут у 95% пациентов основной группы и у 76,7% больных в группе сравнения. Разработанный способ пластики остаточных костных полостей при хроническом остеомиелите повышает эффективность лечения.

Ключевые слова: никелид титана, остеомиелит

---

166. Непосредственные результаты гибридных вмешательств на бедренно-подколенном сегменте

Щеголев А.А., Папоян С.А., Комарова Д.С., Амирханян Д.С., Чижова Е.С.

Москва

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

Введение:на протяжении многих десятков лет сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин смертности в РФ, основной этиологией которых является атеросклеротическое поражение. Длительное время золотым стандартом лечения окклюзий бедренно-подколенного сегмента являлись открытые реконструктивные операции (бедренно-подколенное шунтирование) на артериях нижних конечностей, однако, тактика лечения за последнее время изменилась в пользу эндоваскулярных методов, кроме того, у всех методов лечения есть свои преимущества и недостатки.

Цель:оценить непосредственные результаты гибридных вмешательств на бедренно-подколенном сегменте. МЕТОДЫ: В период с 2018 по 2022г. в Университетской клинике ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России на базе кафедры госпитальной хирургии ГКБ им Ф.И. Иноземцева было проанализировано 102 случая гибридных методов лечения на бедренно-подколенном сегменте. Все пациенты были разделены по полу:мужчины-84(82,3%), женщины-18 (17,6%). Многие из этих пациентов имели сопутствующие заболевания:сахарный диабет-21 человек, артериальная гипертензия-88 человек, мерцательная аритмия 17 человек, ишемическая болезнь сердца 67 человек. По классификации Фонтейн-Покровского пациенты распределены были следующим образом:2б ст.-11(10,7%),3 ст.–53(51,9%),4ст.-31(30,4%), острая ишемия 1 ст-7(6,8%) пациентов. Перед оперативным лечением всем больным проводилось УЗИ артерий нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса(ЛПИ), мультиспиральная компьютерная томография аорты и артерий нижних конечностей с контрастировнием с оценкой дистального русла. Среднее значение ЛПИ составляло 0,3±0,15 перед оперативным вмешательством. Всем пациентам проводилась механическая реканализация ПБА на проводнике, была выполнена петлевая эндартерэктомия с дальнейшей баллонной ангиопластикой и стентированием при наличии резидуального стеноза, а также при наличии значимой диссекции артерии исследуемого сегмента.

Результаты: у всех пациентов удалось добиться хорошего клинического и ангиографического результата, была восстановлена проходимость бедренно-подколенного сегмента в 100% случаях. В послеоперационном периоде всем пациентам было выполнено УЗИ артерий нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).Средней значение ЛПИ составило 0,83±0,17%. Сохранить конечность удалось в 100% в послеоперационном периоде. Послеоперационный период у 12(11,7%)пациентов осложнился тромбозом, пациент взят повторно в операционную на 1-е сутки, выполнена тромбэктомия с восстановлением кровотока, кровотечением 2(1,9%), выполнена остановка кровотечения, лимфорея 2(1,9%).

Выводы: гибридные методы лечения при поражении бедренно-подколенного сегмента артерий нижних конечностей являются перспективным и развивающимся направлением в сосудистой хирургии, имеют хорошие клинические и ангиографические результаты, кроме того сопровождаются низким процентом осложнений. Применение гибридных методов лечения может использоваться тогда, когда открытые методы хирургического лечения могут быть сопряжены с высокими рисками как самого вмешательства, так и течением послеоперационного периода.

Ключевые слова: гибридные операции, бедренно-подколенный сегмент, атеросклероз

167. Хирургические плевральные осложнения при поражении легких коронавирусной инфекцией COVID-19

Глушков И.В., Веденин Ю.И., Воробьев А.А.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Коллективом авторов предпринята попытка описать часть внутриплевральных хирургических осложнений, которые могут возникнуть при заражении SARS-CoV-2. Проведено многоцентровое ретроспективное исследование, включающее анализ историй болезни 1356 пациентов с выявленной пневмонией, вызванной COVID-19. Проведен анализ результатов лечения внутриплевральных осложнений у пациентов с COVID-19 на начальном (до июля 2020 года) и современном этапах пандемии коронавирусной инфекции. Основную группу наблюдения составили 67 пациентов (45 пациентов мужского пола и 22 пациента женского пола в возрасте от 39 до 74 лет), в процессе лечения которых были применены оригинальные приемы, методики и технологии. В группу сравнения были включены 52 пациента (30 пациентов мужского пола и 22 пациента женского пола в возрасте от 42 до 74 лет), которым выполняли «классическое» дренирование. Частота хирургических плевральных осложнений составила 119 из 1356 больных (8,8%): из них плевральный выпот – 99 (88,4%), пневмоторакс – 17 (17,3%). Серия наших наблюдений выявила высокую вероятность развития спонтанного пневмоторакса у лиц старше 50 лет в 83% случаев. В нашем случае гемопневмоторакс развился у 1 (1,9%) пациента (мужчины 62 лет). Эмпиема за анализируемый период развилась у 2 (3.8%) больных (мужчины, средний возраст которых 62,4 года). В отличие от пациентов основной группы, которым дренирование выполнялось в V межреберье по средней подмышечной линии и применялось устройство для дренирования плевральной полости с УФ облучением (патент РФ на изобретение № 2774785 от 22.06.2022 г.), в группе сравнения дренирование плевральной полости было выполнено во II межреберье при пневмотораксе и VII – при гидротораксе. Хирургические вмешательства при наличии пневмоторакса, плеврального выпота опасны образованием аэрозоля с SARS-CoV-2, однако риск передачи заболевания этим путем не определен. До тех пор, пока не будут доступны более точные данные, было бы разумно проявлять осторожность. Нами предложено и внедрено в практику устройство для дренирования плевральной полости с дезинфекцией отделяемого ультрафиолетовым излучением. Начиная с сентября 2020 г. дренажные системы, укомплектованные этим устройством, были рутинно применены в ходе лечения 62 пациентов основной группы. У 57 пациентов группы сравнения выполняли торакоцентез с применением стандартного протокола. Анализируемые группы пациентов были схожи по полу, возрасту, показаниям к торакоцентезу, клиническим показателям температуры, АД, сатурации крови, ЧСС, ЧД и наличию сопутствующих заболеваний при поступлении в стационар. Анализ показал более низкие сроки удаления дренажа в основной группе – 10,6 ± 4,3 суток, в группе сравнения этот показатель был на уровне 14,1 ± 2,1 суток (p <0,05). Средний показатель срока пребывания в стационаре был статистически достоверно дольше среди пациентов группы сравнения (26,3 ± 7,1 дней) против 21,7 ± 4,5 дней в основной группе (p <0,05). Частота послеоперационных осложнений была ниже среди пациентов основной группы – 4,17% пациентов, в группе сравнения этот показатель составил 11,63% (p <0,05). Острый респираторный дистресс-синдром 4.5% (3 пациента) в основной группе и 15.4% (8 пациентов) в группе сравнения. Таким образом, на фоне проводимого лечения у 59 из 62 больных группы исследования (95,5%) удалось добиться клинического выздоровления, летальный исход зафиксирован у 3 из 62 пациентов (4.5%). В группе сравнения на фоне проводимого лечения удалось добиться клинического выздоровления у 49 из 57 пациентов (84.8%), неблагоприятный исход зафиксирован у 8 из 57 пациентов (15.2%). Это говорит о том, что предложенная методика использования устройства для дренирования плевральной полости с дезинфекцией отделяемого ультрафиолетовым излучением является эффективным способом предотвращения передачи вируса SARS-CoV-2 во время наблюдения за пациентами с внутриплевральными осложнениями COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, поражение плевры, пневмоторакс, плевральный выпот, эмпиема

---

168. Вклад академика С.Р. Миротворцева в изучение вопросов хирургического лечения опухолей (к 145-летию со дня рождения)

Курочкина Е.Н. (1), Толстокоров А.С. (1), Завьялов А.И. (2)

1) Саратов,
2) Москва

1) Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского,
2) ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко

Видному хирургу первой половины XX века, заслуженному деятелю науки РСФСР, академику АМН СССР Сергею Романовичу Миротворцеву 29 мая 2023 г. исполнилось 145 лет со дня рождения. За более чем 30-летний период работы в Саратове он внес весомый вклад в развитие хирургической науки и практики. С.Р. Миротворцев с 1920 по 1949 годы возглавлял клинику факультетской хирургии Саратовского медицинского института (ныне

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского). Он и сотрудники его клиники принимали активное участие в противораковой борьбе, регулярно выступали с докладами и демонстрациями пациентов со злокачественными новообразованиями на хирургических обществах. Во вступительной статье к монографии «С.Р. Миротворцев. Избранные главы» профессор Н.Н. Приоров пишет: «Труды С.Р. Миротворцева, несомненно, станут достоянием широких масс советских хирургов, и особенно молодые хирурги найдут в них много оригинального и поучительного для своей деятельности». В его научно-практический диапазон были включены вопросы военно-полевой хирургии, урологии, эндокринологии. Особое внимание С.Р. Миротворцевым уделялось вопросам хирургического лечения опухолевой патологии. Среди наиболее известных и актуальных печатных работ этого направления можно выделить следующие. В 1914 г. им опубликована монография «Саркомы трубчатых костей», в которой приводится материал из собственных клинических наблюдений об 11 больных с этой патологией. Работа иллюстрирована фотографиями пациентов и рентгенограммами, а также сопровождается кратким обзором публикаций отечественных и зарубежных источников. В заключении автор делает выводы по совокупности своих наблюдений и данных отечественной и зарубежной литературы. В 1923 г. в журнале «Ученые записки Саратовского университета» опубликована его статья: «К патологии и клинике сарком кишечника». В ней был собран и обобщен материал по столь редкой патологии по публикациям русских хирургов, «разбросанным по отдельным сообщениям и отчетам» суммарно по 27 случаям, и дополнен собственными 4 наблюдениями: «2 саркомы слепой кишки, одну саркому тонкой кишки и одну первичную саркому червеобразного отростка с метастазом в забрюшинную клетчатку». В заключении автор делает вывод об обоснованности оперативного лечения сарком кишечника и обращает внимание на приоритет раннего оперативного вмешательства, «которое может дать более или менее надежные результаты». В 1931 г. в Харьковском медицинском издательстве вышло в свет руководство для врачей: «Клиника злокачественных опухолей», в котором несколько глав принадлежат перу академика С.Р. Миротворцева: «Злокачественные опухоли стенок черепа»; «Злокачественные опухоли грудной стенки» и «Злокачественные опухоли диафрагмы» (в соавторстве с доктором Н.В. Захаровым); «Злокачественные опухоли таза» и «Злокачественные опухоли позвоночника» (в соавторстве с приват-доцентом И.М. Рабинович). В руководстве освещена статистика, этиология и патогенез, классификация, гистологическое строение, клиника и диагностика рассматриваемых опухолей, описывается ход оперативных вмешательств, приводятся сведения об отдаленных результатах операций и прогнозе заболевания, излагаются собственные клинические наблюдения. В изданных «Трудах Саратовского медицинского института» за 1935 год С.Р. Миротворцев подробно описывает наиболее значимые операции по хирургическому лечению новообразований, выполненных им в клинике факультетской хирургии. Это удаление опухолей головного и спинного мозга, полное удаление желудка (тотальная резекция), обширные до 2/3 резекции желудка, обширные резекции тонкой и толстой кишки, клиновидная резекция печени при новообразованиях, вылущение бедра и ряд других. На лекциях студентам медицинского института проф. С.Р. Миротворцев уделял большое внимание вопросам хирургического лечения новообразований. Подтверждение этому мы видим на страницах, читаемой им лекции «Задачи клинической хирургии», изданной в «Сборнике клинических лекций» (Саратов, 1921), что «Все хирургические заболевания делятся на 4 большие группы: врожденные, травматические, воспаленные и новообразовательные – и в эту схему может быть пока для вас втиснута вся хирургия», ? пишет С.Р. Миротворцев. В лекции приводятся два клинических случая: lipoma capitis и carcinoma mammae, детально разбирается весь алгоритм постановки диагноза, рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики опухолей, определяются признаки доброкачественности и злокачественности опухолей. Необходимо добавить, что отдельное внимание на лекции уделялось вопросам этического подхода работы хирурга с пациентами, «страдающими неизлечимой болезнью», которых С.Р. Миротворцев считал «вдвойне несчастными». Таким образом, академик С.Р. Миротворцев внес существенный вклад в изучение вопросов хирургического лечения ряда опухолей, суммировав опыт собственных клинических наблюдений и обобщив передовые знания отечественных и зарубежных ученых первой половины XX века.

Ключевые слова: Миротворцев, опухоли, хирургическое лечение

---

169. Хирургическое лечение гнойных тендовагинитов сгибателей пальцев кисти

Асатрян А.Г. (1), Липатов К.В. (2), Мелконян Г.Г. (3), Серажим О.А. (1), Кривихин Д.В. (1), Казанцев А.Д. (2)

Москва

1- Городская клиническая больница им. С.С.Юдина ДЗМ

2- Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

3- Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ

Актуальность. Гнойный тендовагинит сгибателей относится к одному из самых редких и тяжело протекающих гнойных заболеваний кисти. Анатомические особенно-

сти строения синовиальных влагалищ сгибателей создают условия для быстрого распространения инфекции в проксимальном направлении. Перенесенный гнойный тендовагинит сгибателей характеризуется высоким уровнем развития тугоподвижности и контрактур, а в самых тяжелых случаях приводит к необходимости ампутации пальца.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 60 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2022 году по поводу гнойного тендовагинита сгибателей. Преобладали мужчины (35, 58,3%) трудоспособного возраста (медиана 43 года (МКИ: 36-56). Чаще к заболеванию приводило проникающее ранение в результате бытовой травмы (32, 53,3%) или укуса домашних животных (13, 21,7%). Преобладало воспаление синовиальных влагалищ указательного (24, 39,3%) и среднего пальцев (19, 31,1%). Все пациенты были экстренно оперированы. Проводилась хирургическая обработка и промывное дренирование. Выполняли иммобилизацию кисти, а на 4-5 сутки после операции при стихании воспаления приступали к реабилитации. Отдаленный результат оценивался в сроки от 3 до 12 месяцев после выписки из стационара и базировался на восстановлении объема активных движений. Полученные результаты, обсуждение. Частота гнойного тендовагинита сгибателей пальцев составила 5,3% среди всех пациентов с гнойными заболеваниями кисти за данный период. Преобладающими возбудителями инфекции были Staphylococcus aureus (28, 57,1%) и Streptococcus pyogenes (15, 30,6%). Изолированный гнойный тендовагинит сгибателей встречался редко (5, 8,3%). Вариант течения заболевания с распространением инфекции на окружающие ткани и жизнеспособным сухожилием был самым частым (47, 78,3%). Некроз сухожилия отмечен в 8 (13,3%) случаях. На это существенное влияние оказала своевременное хирургическое вмешательство. В случаях с некрозом сухожилия задержка лечения была значительно больше (медиана 8 дней (МКИ: 7-10), чем при жизнеспособном сухожилии (медиана 4 дня (МКИ: 3-6). Хирургическая обработка у 37 (61,7%) пациентов была завершена проточным дренированием и наложением первичных швов. Остальным пациентам (23, 38,3%) выполнена повторная хирургическая обработка, завершившаяся в 10 (16,7%) случаях наложением вторичных швов. Наилучшее восстановление функции отмечено в случаях сохранения жизнеспособности сухожилия. В отдаленном периоде рецидив гнойного процесса не был отмечен ни в одном случае. Объем активных движений был максимальным после перенесенного изолированного тендовагинита при жизнеспособном сухожилии сгибателя – 96,2% (МКИ: 80,4-97,1%). В случае тендовагинита с распространением гнойного процесса на окружающие ткани и жизнеспособного сухожилия он составил 80,8% (МКИ: 71,2-91,8%), а при некрозе сухожилия сгибателя пальца – 44,2% (МКИ: 42,3-53,8%).

Выводы. 1. Гнойный тендовагинит сгибателей пальцев кисти является редким заболеванием – 5,3% среди всех гнойных заболеваний кисти. 2. Заболевание чаще начинается после проникающего ранения в результате бытовой травмы или укуса животного. 3. Несвоевременное хирургическое вмешательство способствует распространению гнойного процесса на окружающие ткани и некрозу сухожилия сгибателя пальца. 4. Хирургическая обработка гнойного очага с проточно-промывным дренированием позволили в 61,7% случаев завершить операцию наложением первичных швов. 5. Ранняя реабилитация пациентов (при условии жизнеспособного сухожилия) способствует восстановлению максимального объема активных движений.

Ключевые слова: Гнойный тендовагинит, сгибатель пальца, кисть, хирургическое лечение

---

170. Результаты оперативного лечения аневризм брюшной аорты, анализ по данным Рязани и Душанбе

Калмыков Е.Л. (1), Сучков И.А. (2), Неъматзода О. (3), Калинин Р.Е. (2)

Германия Бранденбург,
(2) Рязань
(3) г. Душанбе, Республика Таджикистан

(1) Клиника сосудистой и эндоваскулярной хирургии, Университетская клиника города Бранденбург
(2) ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(3) ГУ «Республиканс

Актуальность. В связи с увеличение продолжительности жизни (ПЖ), анализ возрастных тенденций и сроков оперативного лечения пациентов с аневризмой брюшной аорты (АБА) является крайне необходимым, в особенности в сравнительном аспекте. У пожилых пациентов, вероятен более быстрый рост АБА, чем у более молодых. Исходя из этого, вероятно, что по мере увеличения ПЖ все больше пожилых пациентов, в особенности старше 80 лет с АБА будут обращаться за медицинской помощью чаще.

Цель работы – анализ возрастных тенденции и сроков оперативного лечения АБА в сравнительном аспекте в географически различных регионах, на примере Рязани и Душанбе.

Материал и методы. Ретроспективное, сравнительное исследование и основано на анализе результатов лече-

ния пациентов с АБА в период с 2011 по 2015 год в клинике РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия и в РНЦССХ, Душанбе, Таджикистан (2011-2017 года). 226 пациентов, 60 из Душанбе (Таджикистан) и 166 из Рязани (Россия).

Результаты. Из 226 пациентов, средний возраст которых составил 69,4±2,6 лет, лиц мужского пола 174 (77%), женского 52 (23%). Пациентов до 79 лет в Душанбе и Рязани 76,7% (46) и 88,6% (147) соответственно. Средний возраст пациентов до 79 лет был 64,0 [62,0; 69,0](n =46) лет в Душанбе и 66,0 [61,0; 75,0] (n =147) в Рязани (>0,05 (U =2974,0; Z =-1,23)). У пациентов от 80 и более лет 82,0 [81,0; 84,0] (n =14) и 85,0 [84,0; 87,0] (n =19) =0,003 (U =54,0; Z =-2,88) в Душанбе и Рязани, соответственно. Возраст пациентов после 80 статистически значимо выше среди пациентов из России. В России число экстренных операций по поводу разрыва АБА в общей группе составило 31,3%, в РТ 26,7% (p >0,05). В группе пациентов до 79 лет включительно, соотношение экстренных операций в связи с разрывами аневризм между странами оказалось одинаковыми. В группе пациентов 80 лет и более наименьшее количество плановых операций, выявлено в России.

Заключение. Число пациентов в возрасте от 80 лет достигает 23,3% и 11,4% в Душанбе и Рязани, при этом отмечается достаточно высокий средний возраст в группе старше 80 лет. В группе пациентов 80 лет и более наименьшее количество плановых операций, выявлено в России, при том что общее число операций по поводу разрыва АБА в общей группе составило 31,3%, в РТ 26,7% (p >0,05)

Ключевые слова: аневризма брюшного отдела аорты, резекция аневризмы, эндопротезирование аневризмы, EVAR

---

171. Опыт развития современных лапароскопических технологий в БСМП

Цкаев А.Ю.. Саркисян М.К.. Исмаилов Б.М., Ковтунов Ю.И.. Казакевич А.А., Копьёв М.В., Журавлева Т.А.

Калуга

ГБУЗ Калужской области КОКБСМП им. К.Н. Шевченко

Актуальность В последние десятилетия лапароскопический доступ в абдоминальной хирургии получает все более широкое распространение. Лапароскопические вмешательства занимают прочное место в арсенале хирургов не только при плановой, но и при ургентной патологии, а в ряде случаев становятся «золотым стандартом» лечения, вытесняя традиционные методики. В основе прогрессирующего развития видеолапароскопии лежит целый ряд преимуществ, которые предоставляет данный доступ: уменьшение травматичности вмешательства и интраоперационной кровопотери, уменьшение числа послеоперационных осложнений (прежде всего инфекционных в зоне хирургического вмешательства), улучшение переносимости послеоперационного периода, сокращение длительности пребывания пациента в стационаре, сокращение затрат на лечение, позитивный косметический результат и др. При этом основным преимуществом лапароскопии является то, что качество хирургического вмешательства и возможности оперативной техники не уступают таковым при открытой хирургии. Кроме того, сложно недооценить роль видеолапароскопии как диагностического инструмента в ургентных ситуациях при стертой клинической картине, либо резкой полярности основных симптомов заболевания. К сожалению, во многих регионах нашей страны темпы развития лапароскопической хирургии существенно отстают от таковых в ведущих лечебных учреждениях, что делает невозможным получение современной технологичной помощи для значительных контингентов пациентов. Задачей авторов является в очередной раз наглядно продемонстрировать, что развитие лапароскопической хирургии в регионах – одна из наиболее приоритетных задач здравоохранения.

Материалы и методы В основу работы положены результаты лечения больных в хирургических отделениях клиники в период с 2018 по 2022 годы. Анализ категории ургентных пациентов проводится путем разделения их на 6 групп, по основным экстренным хирургическим нозологиям (острый аппендицит, острый холецистит, перфоративная гастродуоденальная язва, острая кишечная непроходимость, ущемлённая грыжа, острый панкреатит). Плановые пациенты разделены на группы, исходя из наиболее часто встречаемой патологии: желчекаменная болезнь, паховая грыжа, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и т. д. По каждой нозологии учитывается процент лапароскопических вмешательств, число послеоперационных осложнений, летальность, длительность пребывания в стационаре с оценкой каждого показателя в динамике за 5 лет.

Результаты и обсуждение БСМП г. Калуги – многопрофильное медицинское учреждение с широкой диагностической базой, оснащенное современным оборудованием. Хирургическая служба клиники представлена двумя хирургическими отделениями на 41 койку каждое и центром эндохирургии на 24 койки. Ежегодно на базе БСМП получают медицинскую помощь более 3000 больных хирургического профиля, выполняется более 2500 оперативных вмешательств. Основу работы составляет оказание экстренной медицинской помощи. Первое лапароскопическое вмешательство (холецистэктомия) выполнено в нашей клинике в 1997 году. Операция дли-

лась около 3 часов. В дальнейшем, вплоть до 2014 года, видеолапароскопия широко применялась лишь как диагностический метод при ургентной патологии, в единичных случаях при остром аппендиците, а так же при плановых операциях по поводу желчекаменной болезни. Начиная с 2014 года на базе клиники регулярно проводятся мастер-классы одного из ведущих лапароскопических хирургов России, профессора Э. А. Галлямова и его команды, что и стало толчком к планомерному освоению и развитию лапароскопической хирургии. На сегодняшний день проведено уже 34 подобных мероприятия. В настоящее время общепризнано, что «золотым стандартом» лечения пациентов с острым аппендицитом и острым холециститом является лапароскопический вариант операции. По состоянию на 2022 год в нашей клинике 97% пациентов с острым аппендицитом оперируются лапароскопически, что привело к снижению летальности с 1,3% в 2018 году, до 0% в 2019, 2020, 2021 и 2022 годах, а так же снижению частоты осложнений с 3,7 до 2% и длительности пребывания пациентов в стационаре до 5,9 койко/дней (с 7,1 в 2018). Лечение больных с острым холециститом в в 96% случаев так же удаётся осуществить с использованием лапароскопической техники. Показатель летальности при этом в отдельные годы не превышал 0,9%, составляя в 2018, 2019, 2020 и 2022 годах 0%. Число осложнений, большинство из которых представлено инфекцией в области хирургического вмешательства, прогрессивно снижается с 3,3% в 2018 до 0,7% в 2022 году. В 2018 году средний койко/день у пациентов, оперированных по поводу острого холецистита, составил 10,3, в 2022 году нам удалось снизить его до 6,9. Перфоративная гастродуоденальная язва является, пожалуй, следующей ургентной патологией, при которой лапароскопическая техника завоевывает все более прочные позиции. Несмотря на необходимость владения техникой интракорпорального шва, большинство случаев прободной язвы позволяют получить надёжный результат при лапароскопической хирургии, не уступающий таковому при традиционных вмешательствах. В 2018 году в нашей клинике лишь 10% больных были прооперированы лапароскопически. В 2019 году этот показатель составил уже 44%, в 2021 – 50%, в 2022 – 62%. Постепенное снижение летальности с 8 до 4,5%, числа осложнений с 8 до 3,8% и длительности пребывания в стационаре с 9,2 до 8,1 является наглядной иллюстрацией целесообразности использования видеолапароскопии у данной категории больных. На сегодняшний день показания к хирургическому лечению пациентов с острым панкреатитом существенно ограничены, однако остаётся существенная группа больных, которым на ранних стадиях заболевания приходится выполнять санацию и дренирование брюшной полости, перитонеальный диализ и другие вмешательства. С 2019 года в нашей клинике около 70% больных успешно оперируются лапароскопически. Увеличение данного показателя до 92,3% в 2021 году связано с увеличением числа больных, которым выполнялось лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. В период гнойных осложнений, когда малоинвазивное пункционное лечение нередко оказывается малоэффективным, возникает потребность в радикальной санации гнойных очагов, некрсеквестрэктомии. Лапароскопическая хирургия у больных с тяжёлым течением острого панкреатита является инструментом, который при минимальной инвазии и травматичности позволяет решить весь спектр лечебных задач, создавая при этом существенно меньшие риски инфицирования в раннем периоде и обеспечивая надёжный результат при инфицированном панкреонекрозе. В 2018 году при лечении острого панкреатита в период инфекционных осложнений в нашей клинике применялся исключительно традиционный, открытый доступ, в 2022 году выполнено 5 лапароскопических некрсеквестрэктомий. Результатом применения современных технологий стало снижение летальности с 3,4 до 2,1%, снижение числа осложнений с 3,8 до 2,4%, а так же уменьшение койко/дня с 12,3 до 10. Говоря о лапароскопической хирургии в лечении острой кишечной непроходимости мы, в первую очередь, имеем ввиду адгезиолизис при спаечной болезни органов брюшной полости. Клинические рекомендации справедливо обращают внимание на необходимость строгого отбора пациентов, поскольку расширение кишечных петель значительно ограничивает возможности визуализации при лапароскопии, усложняет выполнение лечебных манипуляций и требует высокой квалификации оперирующего хирурга. В нашей клинике четверть всех больных с острой кишечной непроходимостью удаётся прооперировать лапароскопически. Использование современных технологий неизбежно сопровождается уменьшением летальности (с 4,6 до 3,0%), числа осложнений (с 3,8 до 2,4%) и длительности пребывания в стационаре (с 6,9 до 5,1). Лапароскопическая хирургия при ущемленных грыжах передней брюшной стенки является тем разделом ургентной хирургии, который в настоящее время находится на этапе освоения в нашей клинике. В 2022 году лишь 7% пациентов были прооперированы лапароскопически, при этом во всех случаях имело место ущемление паховых/бедренных грыж. Летальных исходов и осложнений в послеоперационном периоде у данной группы больных не наблюдалось, а средний койко/день составил 5,7. Суммируя вышесказанное, процент лапароскопических вмешательств при ургентной патологии об общего числа операций в 2022 году составил 58%. Благодаря освоению и широкому внедрению в повседневную практику лапароскопической хирургии стало возможным формирование в конце 2018 года на базе нашей клиники центра эндохирургии на 24 койки, основной задачей которого является оказание высококвалифицированной помощи пациентам с плановой хирургической, урологической и гинекологической патологией. Оперативные вмешательства проводятся в современной интегрированной операционной KarlStorz, оснащённой всем необходимым оборудованием и расходными материалами: видеолапароскопической стойкой с разрешением

Full HD, аппаратами монополярной и биполярной коагуляции, в том числе LigaSure, гармоническим скальпелем, оборудованием для ультразвуковой кавитации, аргоноплазменной коагуляции и др. Ежегодно число пациентов, проходящих лечение на базе отделения, растет: в 2019 – 653, в 2020 – 671, в 2021 – 764, в 2022 – 799. Основу контингента больных составляют пациенты с грыжами передней брюшной стенки различных локализаций, желчекаменной болезнью. Так, в 2022 году прооперировано 152 пациента с паховыми грыжами (из них 87% лапароскопически); 34 пациента с послеоперационными вентральными грыжами (14,7% лапароскопически), 162 пациента с пупочными грыжами. 135 (100%) пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни и полипоза желчного пузыря. 17,9% хирургических вмешательств в центре носят симультанный характер, обеспечивая тем самым возможность решения нескольких задач за «один наркоз»: лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с устранением грыж различных локализаций, TAPP-пластика в сочетании с устранением пупочной грыжи, устранение ГПОД в сочетании с холецистэкомией и др. Трём пациентам выполнялись междисциплинарные вмешательства при сочетании хирургической и гинекологической патологии. На протяжении последних двух лет происходит активное освоение лапароскопии в колоректальной хирургии: в 2021 году выполнено 6, а в 2022 8 вмешательств по поводу дивертикулярной болезни ободочной кишки различного объёма. Кроме того, в 2022 году на базе клиники начато проведение бариатрических вмешательств (2 гастропликации), резекций желудка (3 клиновидных резекции), атипичных резекций печени по поводу доброкачественных новообразований (2), вмешательств по поводу кист селезёнки (3), на регулярной основе оперируются больные с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (9).

Выводы Современное состояние медицинской науки в целом и хирургии в частности создаёт непреодолимые условия для появления новых методик и технологий, которые нередко в корне меняют укоренившиеся за десятилетия подходы к лечению больных. За последние десятилетия лапароскопия заняла прочное место в арсенале хирургов по всему миру, став при этом обыденностью, наряду с ультразвуковой и рентген-диагностикой. Консервативность хирургического сообщества, настороженное, а нередко враждебное отношение к новому существенно ограничивает возможности совершенствования оказания помощи больным, развития хирургической службы и отдельных специалистов. Лапароскопическая хирургия имеет целый ряд неоспоримых преимуществ, многие из которых при этом нивелируют наиболее актуальные для самих пациентов последствия традиционных методик (хороший косметический эффект, уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде и т.д.). При этом необходимо понимать, что малоинвазивнось доступа не оказывает негативного влияния на результат операции. Таким образом, развитие лапароскопической хирургии, будучи одним из приоритетов, является решаемой задачей для лечебных учреждений с одной стороны и мощным толчком для улучшения качества медицинской помощи, постоянного повышения квалификации специалистов с другой.

Ключевые слова: Лапароскопия. видеолапароскопия, эндохирургия. эндовидеохирургия

---

172. Объективные инструменты оценки риска осложнений циторедуктивных операций на печени по поводу метастазов колоректального рака

Напольская Е.В. (1,2,3), Кудрявцев А.А. (2,3), Навматуля А.Ю. (2), Беляева А.В. (1), Чубенко В.А. (2), Егоренков В.В. (2), Моисеенко В.М. (2), Сигуа Б.В. (1)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
2) ГБУЗ «СПбКНПЦСВМП(о)»,
3) ООО «Онкологический Научный Центр»

По данным статистики, опубликованной под редакцией А.Д. Каприна «Злокачественные заболевания в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) заболеваемость раком ободочной кишки среди обоих полов в 2021 году заняла 5 место и 3 место в структуре смертности в 2021. При анализе динамики смертности от рака ободочной кишки с 2011 по 2021 гг улучшений показателей не отмечено (среди обоих полов смертность в 2011 года составляла 15,04 на 100 тыс. населения, а в 2021 г. – 15,84 на 100 тыс. населения), что свидетельствует о том, что вопросы лечения рака ободочной кишки, в том числе, метастатического, далеки то своего решения. Следует отметить, что порядка 30% впервые выявленных случаев рака толстой и прямой кишки выявляется уже на 4 стадии. Синхронные или метахронные метастазы в печени выявляются у половины пациентов, перенесших резекцию толстой кишки по поводу рака, и у половины из них оказываются причиной смерти. Единственный подход, способный повлиять на увеличение выживаемости таких больных, является циторедуктивная резекция печени. Однако, достижению онкологических результатов (более радикальные операции) часто препятствует необходимость достижения хирургических результатов (снижение послеоперационных осложнений). Для классификации осложнений в хирургии широко используется классификация Clavien–Dindo. При анализе наиболее часто встречающихся осложнений в гепатохирургии выделяют систему FABIB (F-печеночная недостаточность, A- асцит,

B – кровотечение, I-инфекция, B-желчеистечение). ALBI score используется при прогнозировании развития печеночной недостаточности у пациентов гепатоцеллюлярным раком. APRI score – предиктор развития фиброза и цирроза у пациентов, страдающих гепатитом.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 174 пациентов, получавших лечение в ГБУЗ «КНПЦСВМП(о)» по поводу изолированных метастазов в печени колоректального рака с 2012 по 2022 годы. Выполнен анализ осложнений по классификации FABIB, а также оценена связь между развитием осложнений и степенью показателей ALBI и APRI.

Результаты: Из 174 пациентов у 20% (36 пациентов) отмечена правосторонняя локализация рака ободочной кишки (от слепой до поперечно-ободочной кишки включительно), у 80% (138) – левосторонняя локализация, включая рак ректосигмоидный отдел и прямую кишку. Распределение пациентов по возрастным группам: 6,4% – пациенты до 44 лет, 31,6% – пациенты в возрасте 45-69 лет, 51% – пациенты от 60 до 74 лет, 11% – старше 75 лет. Метастатическое поражение правой доли печени было отмечено в 38 (21,8%) наблюдениях, метастатическое поражение левой доли у 78 (44,8%) пациентов, метастатическое поражение правой и левой доли в 58 (33,4%) наблюдениях. Структура осложнений: Всего осложнения встречались в 35,6% (62) наблюдений. Летальные исходы отмечены в 2 (1,1%) случаях. По классификации FABIB печеночная недостаточность наблюдалась у 25 пациентов (14%), асцит у 4 пациентов (2,3%), желчеистечение у 8 (4,6%), инфекционные осложнения у 9 (5%), кровотечения у 15 пациентов (8%). Не выявлено статистически значимой связи развития осложнений с полом, возрастом, наличием или отсутствием предоперационной химиотерапии. Проведенный однофакторный дисперсионный анализ показателей ALBI и APRI в день операции, на следующий день после операции и на 5 день после операции не показал статистически значимого различия в группах с осложнениями FABIB и без осложнений FABIB. Однако, при статистическом анализе отдельно в каждой подгруппе осложнений выявлено статистически значимое различие показателей ALBI и APRI в группах с послеоперационной печеночной недостаточностью и без нее, а также статистически значимое различие в группах с кровотечением и без.

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод, что ALBI score и APRI score могут быть использованы в раннем послеоперационном периоде для прогнозирования развития послеоперационной печеночной недостаточности и геморрагических осложнений не только у пациентов гепатоцеллюлярным раком, но и пациентов колоректальным раком с метастазами в печени.

Ключевые слова: метастазы в печени, колоректальный рак, циторедуктивная операция, осложнение резекций печени, печеная недостаточность

173. Хирургическое лечение повреждений и рубцовой стриктуры желчных протоков

Погосян Г.А., Машурова Е.В., Абдоков А.Д., Мнацаканян Э.Г.

Ставрополь

ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница

Ятрогенное повреждение желчных протоков, как правило, происходит во время выполнения холецистэктомии, реже при резекции желудка, операциях на 12-ти перстной кишке, печени и поджелудочной железе. Частота их составляет 0,09 – 3%. При этом послеоперационная летальность при повреждении холедоха составляет 3,2%.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения повреждений и рубцовой стриктуры желчных протоков.

Материал и методы. В период с 1990 по 2022 гг. в Краевой больнице г. Ставрополя выполнено 130 операций у пациентов с повреждением холедоха. Возраст пациентов составил 45,8±13,3 лет. Среди оперированных пациентов большую часть составляют женщины наиболее активного трудового возраста – 62,2%. По поводу «свежей» травмы холедоха оперирован 36,0% больных и со стриктурой при поздней диагностики повреждении – 64,0%. Повреждение желчных протоков по время операции было диагностировано у 29% пациентов, у 71%, диагноз был установлен в послеоперационном периоде.

Результаты. У 41 больного со «свежими» повреждениями холедоха пересечение и парциальная резекция выявлено у 25, парциальное повреждение протока обнаружено у 10, клипирование протока выявлено у 6 больных. При «свежем» повреждении внепеченочных желчных протоков произведены следующие операции: пластика передней стенки холедоха на каркасном Т – образном дренаже у 10 с парциальным повреждением ? стенки холедоха, 25 пациентам выполнена гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле тонкой кишке. В поздние сроки после ятрогенного повреждения желчных путей оперированы 64,0% пациентов, из них 5,4% с повреждением гепатикохоледоха в нашей клинике. Реконструктивные вмешательства выполнены у 62,2% больного: у 80,2% – гепатикоеюностомия, у 7,8% – была произведена реканализация, и реконструкция ранее наложенных билиодигестивных соустий. Отличные и хорошие отдаленные результаты получены у 73,7% обследованных пациентов при «свежей» травме протоков и у 63,8% – при рубцовой стриктуре. Неудовлетворительные результаты при «свежем» повреждении наблюдались у 10,5% обследованных, в группе с ятрогенной стриктурой – у 19,2%. После хирургического лечения повреждений желчных протоков изучено качество жизни у 36,8% больных. После хирур-

гического лечения ятрогенного повреждения холедоха и/или рубцовой стриктуры ятрогенного происхождения наблюдается снижение уровня качества жизни всех оперированных по сравнению с качеством жизни здоровых. Показатели качества жизни после гепатикоеюностомии на отключенной по Ру петле тонкой кишки достаточно высокие и приближаются к показателям здоровых лиц, снижена шкала ролевого функционирования, обусловленная общим состоянием здоровья и жизненной активности.

Заключение. Анализ результатов хирургического лечения ятрогенного повреждения желчных протоков выявил эффективность восстановительных операций при парциальном повреждении ? стенки гепатикохоледоха. При повреждении холедоха с полным его пересечением либо парциальной резекцией протока, а также при рубцовой стриктуре желчных путей операцией выбора является гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле тонкой кишки.

Ключевые слова: повреждение желчных протоков, рубцовая стриктура, травма холедоха.

---

174. Современная тактика при ранениях печени

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Пасичник А.С., Аполлонов А.А., Солдатов С.А., Петров Н.А., Бреднев А.О.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность: Травматические повреждения печени по тяжести течения, трудности диагностики и лечения являются наиболее сложными среди травм органов брюшной полости. Повреждения печени встречаются: при закрытых травмах живота в 20-54%; при проникающих ранениях в 21-55%. При боевой травме ранения печени составляют 1,43%, но среди огнестрельных ранений органов живота частота ранения печени достигает 15-25% Тяжелые повреждения печени являются причиной летального исхода в 10-30%, при повреждении воротной вены и ее ветвей летальность возрастает до 54-71%, а при повреждении ретропеченочного отдела нижней полой вены или основных печеночных вен до 50-100%.

Цель: анализ хирургической тактики лечения раненых и пострадавших с ранениями и травмами печени.

Материалы и методы исследования: Работа основана на результатах анализа историй болезни 136 пациентов с ранениями и травмами печени, проходивших лечение ВМедА им. С.М. Кирова с 2022г. по 2023г. Полученные результаты: распределение раненых по степени повреждения печени (классификация AAST): I степень – случаев не было; II степень – 20 наблюдений (14,7%); III степень – 57 (42%); IV степень – 53 (39%); V степень – 6 (4,3%). Изолированные ранения живота встречались в 56,8%, торакоабдоминальные ранения в 43,2%. В свою очередь изолированные ранения живота разделились на изолированные ранения печени – 46%, и ранения с повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства – 54%. Наиболее повреждаемыми органами брюшной полости и забрюшинного пространства являлись: почки – 41,2%, толстой кишки – 38,2%, желудка – 29,4%, тонкой кишки – 17,6%, поджелудочной железы -17,6%, 12-пертной кишки – 11,8%. Выбор тактики хирургического лечения определялся согласно алгоритму тактики хирургического лечения WSES на основании УЗИ, КТ и оценки объективного статуса пациента (стабильность гемодинамики, результаты лабораторных показателей): тактика NOM – 20 наблюдений (14,7%); лапароскопическое лечение – 22 случая (16,2%); открытым способом – 94 (69,1%). Эндоваскулярная эмболизация при ранениях печения выполнялась в 3 случаях (2,2%). В результате лечения с использованием тактики NOM осложнения развились в 5 наблюдениях (25%) в виде абсцессов и билом печени. Лечение осложнений тактики NOM выполнялось путем чрескожного дренирования под УЗ- и рентген-контролем в 4 случаях (20%), 1 (5%) абсцесс разрешился на фоне антибактериальной терапии. Инородные тела (металлические осколки) в паренхиме печени диагностированы в 14 наблюдениях (10,3%), из них в 2 случаях (1,5%) выполнена операция по удалению осколков, по причине их близкого расположения к ретропеченочному отделу нижней полой вены и желчевыводящим путям. При тяжелой сочетанной травме в 7 наблюдениях (5,1%) использовалась тактика многоэтапного хирургического лечения. Летальность составила 2,2%. Непосредственными причинами летального исхода являлся абдоминальный сепсис на фоне тяжелых сочетанных повреждений.

Выводы: Лечение огнестрельных ранений печени требует междисциплинарного подхода с участием реаниматологов, трансфузиологов, специалистов по лучевой диагностике, хирургов. Диагностические и лечебные направления определяются, исходя из физиологического статуса пациента, тяжести повреждения печени и наличия повреждения других органов. Пациенты без признаков нарушения центральной гемодинамики при наличии доступных диагностических и лечебных ресурсов независимо от степени повреждения и характера ранения печени при отсутствии повреждения других органов живота можно подвергать избирательной консервативной тактике лечения. Интервенционные диапевтические и радиологические методы могут предотвращать и купировать осложнения неоперативного и оперативного подходов при ранении печени. Удаление инородных

тел печени остается дискутабельным вопросом, так как нет единых рекомендаций по тактике их хирургического лечения. У тяжелых пациентов и при сочетанной травме целесообразно рассматривать тактику многоэтапного хирургического лечения.

Ключевые слова: ранение печени

---

175. Клиническая оценка методов хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Абдоков А.Д., Погосян Г.А., Машурова Е.В., Маланка М.И.

Ставрополь

ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются актуальной проблемой не только в России, но и во всем мире, распространенность которых колеблется от 40 до 80%. Хирургические вмешательства занимают ведущее место для лечения ГЭРБ и соответственно ГПОД, являющихся основной причиной ее развития.

Материал и методы. Анализировано хирургическое лечения 223 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Для диагностики использовались: рентгеноскопия пищевода, желудка, ЭГДС, КТ.

Результаты и обсуждение. Из 223 исследуемых больных 31 пациент оперирован традиционными доступами – контрольная группа, 192 пациента оперированы с использованием лапароскопии – основная группа. Из 223 оперированных больных у 2,2% выявлены ГПОД 1ст., в том числе у 6,4% контрольной группы и у 1,5% основной. ГПОД 2ст. диагностированы у 43,5% больных, в том числе у 29% контрольной группы и у 45,8% основной. Общее число больных в исследуемых группах с ГПОД 3ст. составило 54,3%, в том числе у 64,6% в контрольной группе и у 52,7% в основной. В контрольной группе оперированных течение послеоперационного периода было гладким у 90,3%, в основной – у 99%. В исследуемых группах больных летальности не было. Больные контрольной группы в среднем находились в стационаре ±13 койко-дней, в основной группе длительность пребывания больных в стационаре составила ±9 койко-дней. Койко-дни после операции в контрольной группе пациентов составили ±11, а в основной ±7. Рецидивы заболевания в контрольной группе диагностированы у 16,1%, в основной у 6,2%. Из 31 больного контрольной группы у 3 пациентов возникли такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны. В основной группе больных послеоперационные осложнения, такие как перфорация пищевода возникли у 2 больных.

Выводы. Использование лапароскопии в хирургическом лечении ГПОД является высокотехнологичным и эффективным методом, позволяет существенно снизить болевой синдром в послеоперационном периоде, ускорить активизацию пациентов, уменьшить количество послеоперационных осложнений, рецидивы заболевания, снизить общий койко-день пребывания в стационаре.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая фундопликация, круророрафия.

---

176. Безопасность и эффективность чрескожного чреспеченочного дренирования протоков у больных с механической желтухой

Машурова Е.В., Айдемиров А.Н., Погосян Г.А., Абдоков А.Д.

Ставрополь

ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница

При лечении злокачественной или доброкачественной механической желтухи чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей представляет собой золотой стандарт в случае эндоскопически недоступного билиарного дерева [Nennstiel et al.].

Целью этого исследования является оценка методов лечения больных с механической желтухой для доступа к билиарному дереву, с акцентом на безопасность, эффективность и воздействие дозы облучения; и различия между правосторонним и левосторонним подходами.

Материалы и методы. Стратегия вмешательства всегда планировалась на основе результатов предоперационной визуализации, включая компьютерную томографию (КТ) и/или магнитно-резонансную (МРТ) диагностику; в частности, оценивали уровень стеноза/окклюзии и промежуточные анатомические ограничивающие факторы (кишечник и асцит) для оценки наилучшего доступа к билиарному дереву.

Результаты исследования. Включены 287 пациентов со стенозом/окклюзией билиарного дерева, не поддающихся лечению с помощью эндоскопического доступа. Средний возраст составлял 73,2 года (от 36 до 85 лет), 40,8% женщин и 59,2% мужчин. Средний уровень общего билирубина составил 228 + 104,7 мкмоль/л. У 27,5% больных были зарегистрированы предшествующие вмешательства на билиарном дереве [эндоскопическая ретро-

градная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожное дренирование желчевыводящих путей, стентирование желчевыводящих путей и внутрипросветные биопсии желчевыводящих путей]. Билиарный стеноз/окклюзия был злокачественным у 90,8% пациентов, доброкачественным – у 9,2%. Внутрипеченочное билиарное дерево оказалось расширенным при предоперационном УЗИ в 86,7%. Технический успех, расцененный как позиционирование дренажной трубки в билиарное дерево, составил 100%.В 88,3% случаев был установлен внутренний дренаж, в то время как в 11,7% окклюзия была непроходима с первой попытки, поэтому наружный дренаж был оставлен на месте. Диаметр дренажа составлял 8,5 Fr в 75,5% и 10, 2 Fr в 24,5%. Общий клинический успех, расцененный как снижение уровня общего билирубина после однократной процедуры, составил 95,7%.В 69,2% случаев был выбран правосторонний межреберный доступ, в 30,8% – подреберный надчревный левосторонний доступ; в случае внутрипеченочных поражений доступ зависел от пораженной доли; при поражении ворот пунктировали долю, в которой имело место большее расширение желчного протока. Общее среднее количество пункций печени, выполненных для катетеризации билиарного дерева, составило 1,37 (1,58 для левой доли и 1,22 для правой доли). Статистически значимых различий в технических и дозиметрических результатах по правосторонней и левосторонней методикам не наблюдалось. Частота осложнений, зарегистрированных до 1 мес наблюдения, составила 3,8%, все они были легкой степени тяжести.

Выводы. Таким образом УЗ-наведение для доступа к билиарному дереву при механической желтухе было безопасным и эффективным методом с приемлемой частотой осложнений низкой степени тяжести; зарегистрированная доза облучения низкая.

Ключевые слова: механическая желтуха, дренирование желчных протоков, чрескожная декомпрессия желчевыводящей системы.

---

177. Двухслойная аллогерниорафия паховых грыж с высоким паховым промежутком

Балацкий Е.Р., Клименко В.А., Журавлёва Ю.И., Коноваленко А.В.

Донецк

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Классические методы герниорафии не всегда позволяют выполнить полноценное закрытие грыжевых ворот. Такие трудности возникают при высоком паховом промежутке, а также при отсутствии мышечно-апоневротических образований при обширных и гигантских паховых грыжах, когда грыжевые ворота могут занимать практически всю зону пахового треугольника. Удельный вес таких грыж по нашим данным в общей когорте паховых грыж за пятилетний период составляет в среднем 3,18±0,65%. Использование аутопластических методов герниопластики в этих ситуациях малоперспективно. Аллопластические методы значимо более эффективны, но однослойные протезы при классических методах (Лихтенштейн, Трабукко, эндоскопические – TAPP и eTEP и др.) также оставляют риск рецидива грыжи. Известны несколько предложенных способов многослойной аллопластики паховых грыж: 1) с помощью полипропиленовой грыжевой системы PROLENE® (PHS – Prolene Hernia System) (Ethicon US, LLC); 2) с помощью политетрафторэтиленовой двухслойной пластины (Экофлон, РФ); 3) методика «plug and patch». Недостатками метода PHS являются высокая стоимость системы, жесткость протеза, создающая дискомфорт после имплантации, а также неудобство фиксации при полном отсутствии элементов задней стенки пахового канала и при высоком паховом промежутке. Пространственная объёмность протезов PHS и методики «plug and patch» также создаёт определённые проблемы после имплантации, связанные с субъективными ощущениями инородного тела, более выраженными, чем при использовании плоских протезов. Аналогичные ощущения часто характерны для сетчатых протезов жёсткой структуры. Также при использовании методики «plug and patch» компонент «plug» (пробка) может мигрировать, врастая в окружающие ткани. Нами в 2-х случаях отмечено подобное осложнение с врастанием пробки из сетки в стенку слепой кишки (больная с паховой грыжей) и в сосудистый пучок бедра (больная с бедренной грыжей). С учётом имеющихся недостатков существующих способов, взятых за аналоги, нами был разработан собственный метод многослойного укрепления пахового промежутка, объединяющий преперитонеальное и подфасциальное расположение цельного плоского протеза. Двухслойная пластина формируется при складывании протеза размером 15х20 см или 15х15 см (в зависимости от размеров пахового промежутка) пополам. Край протеза в месте перегиба фиксируется стандартными швами к паховой связке, как при методе Лихтенштейн. Поперечная мышца и фасция рассекаются выше паховой связки для обнажения предбрюшинной клетчатки и формируется ложе для нижней пластины протеза, как при методе Трабукко, но без разреза для семенного канатика. Нижняя пластина формируется по размеру предбрюшинного пространства, латеральный край пластины располагается у семенного канатика, верхний и медиальный края подводятся под мышцы и фиксируются несколькими сквозными швами к мышечному слою (внутренняя косая, поперечная мышцы живота). Края поперечной мышцы и фасции в зоне разреза подшиваются отдельными швами к нижней пластине протеза максимально близко к паховой связке. Верхняя пластина укладывается как при методе

Лихтенштейн, с разрезом для семенного канатика, но медиальный край платины фиксируется швом к сопряжению внутренней косой и прямой мышцы живота, а верхний край фиксируется несколькими сквозными швами к апоневрозу наружной косой мышцы живота. Семенной канатик укладывается поверх верхней пластины, над канатиком сшивается апоневроз наружной косой мышцы живота. Уплощённая конструкция протеза с многоуровневой фиксацией обладает достаточной прочностью, широко укрепляет слабые места передней брюшной стенки в паховом промежутке, достаточно легко размещается, сопровождается минимальным дискомфортом по субъективным ощущениям пациентов. Данный метод апробирован нами у 12 больных с большими паховыми грыжами (в трёх случаях рецидивные грыжи) с высоким паховым промежутком. Течение послеоперационного периода без особенностей. Срок наблюдения у всех больных более 3-х месяцев без осложнений.

Ключевые слова: Паховая грыжа, герниорафия, аллопластика

---

178. Выбор хирургической коррекции воронкообразной (РЕ) и килевидной (РС) деформации грудной клетки у взрослых

Печетов А.А., Вишневская Г.А., Леднев А.Н., Маков М.А., Волчанский Д.В.

Москва

ФГБУ НМИЦ Институт хирургии им. А.В.Вишневского МЗ РФ

Введение Воронкообразная и килевидная деформации грудной клетки (ВДГК, КДГК) являются наиболее частой врожденной патологией и составляют 95-97% от всех деформаций грудной клетки. Другие заболевания грудной клетки, такие как, синдром Поланда, синдром Ярко-Левина (Jarcho-Levin syndrome), синдром Джуна (Jeune syndrome) встречаются лишь в 3-4%. В основе заболевания лежит хондродиспластический синдром (C.Brochhausena et al., 2012). Механизм возникновения дефекта – «западение» грудины при ВДГК или «выпячивания» при КДГК, вследствие ускоренного роста реберных хрящей. При малой степени деформации – хирургическое вмешательство носит сугубо косметический характер, однако, при III степени, в особенности, в сочетании с ассиметричностью сдавления, деформацией позвоночника – показания к коррекции деформации медицинские, направленные на устранение компрессии органов средостения, увеличение объема гемоторакса.

Материал и методы Проблемой врожденной деформации грудной клетки отделение торакальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневского занимается с 1993 года. В работу вошли больные, пролеченные за последние 5 лет с 2017 по 2022 гг, (n=159) Всего прооперировано с врожденной деформацией 159 пациентов, из них 134 при ВДГК малоинвазивно по Д.Нассу, по М.Равичу – 9 операций, КДГК по Абрамсону – 5 операций, часть операций выполнено комбинированно – 3 и 8- ретракопластик. 2 и более пластин применены у 14 пациентов (выполнены кросс- и гемикросс-бар) Соотношение мужчины:женщины составило 79:21. Возраст больных составил 24 (20;28) лет. Основным «маркером» для применения малоинвазивной методики была подвижность передней грудной стенки в проекции максимальной деформации в местах реберно-грудинных сочленений при форсированном выдохе с натуживанием, кашлевой пробе, отсутствие предыдущих вмешательств на грудной клетке. Хирургическое вмешательство выполняли по общепринятой технике с применением оригинальных инструментов: проводника, инструмента для «переворота» пластины (инструменты фирмы ЗАО «КИМПФ» Россия). Основные этапы подготовки к операции: предоперационная разметка на основании МСКТ грудной клетки, физикальные методы исследования, подбор типоразмера пластины, планирование будущей формы грудной клетки и придание необходимой формы пластины для коррекции деформации. Наиболее часто использована опорная пластина типоразмером V=320-360. При миниинвазивной коррекции всегда билатерально использовали видеоторакоскопию (ВТС) для визуализации этапов операции. При операции Абрамсона особенность заключается в особо точной туннелизации места установки и конгруэнтности импланта, а также его надежная фиксация к ребрам.

Результаты Среднее время хирургического вмешательства составило 95 мин (75;120); среднее нахождение дренажей в плевральной полости – 2 суток; средняя продолжительность эпидуральной анестезии – 4 суток; активизацию больных начинали с 2-х суток, полная активизация с 4-х суток; средняя продолжительность госпитализации составила – 8 койко-дня (8:10). Осложнения: 1 больной – расхождение кожных швов (консервативное лечение, заживление вторичное); 1 больной – двусторонний пневмоторакс – лечение пункционное дренирование; 1 больной – смерть (массивная ТЭЛА) Максимальный срок наблюдения составил 6-36 месяцев.

Выводы Использование малоинвазивной коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у взрослых доказанно имеет место в хирургии коррекции ВДГК. Выбор операции Абрамсона имеет строгие показания, в противном случае стоит прибегать в операции Равича, ставшей классической для этого вида деформации. Сохранение целостности грудной клетки, минимальные осложнения, выраженный косметический эффект, низкий показатель сроков госпитализации говорят о целесообразности выполнения мининивазивной коррекции у взрослых.

Ключевые слова: врожденная деформация грудной клетки, торакопластика

---

179. К вопросу о снижении рецидива синдрома диабетической стопы

Луценко Ю.Г., Матийцив А.Б.

Донецк

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

В настоящее время по оценкам международной диабетической федерации распространенность сахарного диабета во всем мире составляет 8,3%, наиболее частым осложнением является синдром диабетической стопы (СДС), которым страдает от 9,1 до 26,1 миллиона человек в популяции. Установлено, что в течение трех лет у больных с СДС в 40% случаях наступает рецидив заболевания, в 12,3% – неполное заживление, а в течение 3 лет примерно 12% пациентам с диабетической стопой выполнена ампутация нижних конечностей. В настоящее время традиционная комплексная терапия не позволяет устранить региональный лимфаденит, что, по-видимому, является причиной рецидива заболевания.

Цель. Оценить эфективность лимфостимулирующих технологий у больных синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 59 больных СДС с полным восстановлением целостности кожного покрова в течение 12 недель, которые в зависимости от применения методов реабилитации больные были разделены на две группы: в I группе (основная) – 31 – получали только лишь коррекцию гликемии, тогда как во II (сравнения) – 28 – получали физиотерапевтическое лечение направленное на полную ликвидацию регионального лимфаденита. Проводили электрофорез с применением протеолитических ферментов: положительный электрод накладывали на стопу, а отрицательный на область паховых лимфатических узлов. Длительность последнего – 15-20 мин., количество сеансов 9-10.

Результаты и их обсуждение. Через две-три недели после окончания лечения у всех больных эхографически определялось увеличение региональных (подколенных) лимфоузлов в 1,2-1,4 раза по сравнению с нормой. При цитологическом исследовании лимфатического узла в пунктате последнего отмечалось преобладание зрелых лимфоцитов, отсутствие нейтрофилов и плазматических клеток, встречались единичные макрофаги, фагоцитирующие поврежденные клетки, что свидетельствовало об остаточных явлениях регионального лимфаденита. Повторное сонографическое исследование подколенных лимфоузлов через 5-6 недель после полного заживления ран показало: у всех больных в I группе имели место признаки регионального лимфаденита, тогда как во II – величина и строение последних соответствовало норме. Повторное диспансерное наблюдение через 6, 9 и 12 месяцев позволило установить рецидив заболевания в основной группе у 4 (12,90%) больных, 9 (29,03%) и 13 (41,94%) соответственно, тогда как в группе сравнения последний имел место у 2 (7,14%), причем у этих пациентов имела место деформация стопы, которая в дальнейшем была хирургически устранена. После полного заживления ран у всех больных отмечалась тенденция среднего уровня HbA1c к снижению и величина последнего составила 7,22 ± 0,33. Следует отметить, что при контроле гликемического профиля через 6 месяцев от начала лечения в основной группе отмечалось тенденция к росту гликозилированного гемоглобина и уровень последнего был 7,63 ± 0,48, (причем уровень у больных с рецидивом не учитывался). Вместе с тем, в группе сравнения отмечалась тенденция к снижению гликемического профиля и уровень HbA1c составил – 6,64 ± 0,32, что привело в дальнейшем к снижению дозы инсулина. Заживление ран представляет собой сложный физиологический процесс, в котором участвуют многочисленные типы клеток, факторы роста и цитокины Аномальное накопление интерстициальной жидкости, белков, факторов роста и других активных пептидных фрагментов таких как гликозаминогликаны, а так же бактерий либо их фрагментов приводит к закупорке лимфатической системы и стазу. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что предлагаемый комплекс реабилитационных мероприятий позволяет нормализовать микроциркуляцию в тканях, ликвидировать региональный лимфаденит.

Выводы. Клинически и эхографически доказана эффективность применения лимфостимулирующих технологий в комплексном лечении синдрома диабетической стопы: сокращение в течение года рецидива гнойно-некротического процесса с 41,94% до 7,14%.

Ключевые слова: диабетическая стопа, эффективность, рецидив, лимфаденит, лимфостимулирующие технологии

---

180. Улучшение результатов лапароскопической фундопликации

Шнейдер В.Э. (1,2), Бродер И.А. (2), Иванов В.В. (2), Кобелев М.В. (1,2), Янин Е.Л. (1,2), Кидирниязова К.С. (1)

Тюмень

1) ТюмГМУ
2) ГБУЗ ТО ОКБ№1

Основным видом хирургического лечения скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в настоящее время является лапароскопическая эзофагофундопликация (ЛЭФП). Преимущества лапароскопии перед открытой операцией обосновано как в случае первичной операции, так и при повторных вмешательствах. Тем не менее, по данным литературы сохраняется высокий процент рецидивов – от 10 до 30%, в основном в течении 2 лет после операции. Ведущими причинами для реоперации после фундопликации считают прорезывание швов на ножках диафрагмы, смещение манжеты в грудную полость, соскальзывание фундопликационной манжеты или синдром «телескопа». Описано множество предикторов данных осложнений: коморбидная патология (ожирение, бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д.), генетическая предрасположенность к образованию грыж (дисплазия соединительной ткани) и нарушение режима в послеоперационном периоде. В нашем предыдущем исследовании (Шнейдер В.Э. с соавт., 2018) было установлено, что наиболее значимыми факторами риска возникновения рецидива ГПОД после ЛЭФП, потребовавшей хирургической коррекции оказались индекс массы тела более 30, наличие грыж другой локализации в анамнезе и сочетание 3 и более стигм эмбриогенеза.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов 280 лапароскопических ЭФП при ГПОД, в ГБУЗ ТО ОКБ№1 г. Тюмень в период с 2018-2022 год. В исследование включены больные, которым выполнена в плановом порядке лапароскопическая фундопликация и крурорафия. С 2018 года на плановое оперативное лечение не брали пациентов с ИМТ более 30, они проходили предварительную подготовку для снижения веса. Пациенты с выраженной сопутствующей патологией проходили корригирующее лечение. Пациентам с высоким риском рецидива ГПОД использован модифицированный способ крурорафии, с учетом размера ПОД, направления хода мышечных волокон и толщины ножек диафрагмы. Сетчатные импланты для укрепления ПОД не использовались. Полученные результаты. Средний возраст пациентов составил 58,7 (18-79) лет, преобладали женщины (73,3%). В течении исследуемого периода выполнено 280 ЛЭФП 262 пациентам. Повторное вмешательство потребовалось 17 (6,5%) пациентам. Одной пациенте выполнено две реоперации. Реоперации выполнялись в сроки от 24 дней до 57 месяцев, в среднем 11,9 месяца. Все повторные вмешательства проведены лапароскопически: у 11 пациентов выполнено ремоделирование манжеты, у 15 наложены дополнительные швы на ножки диафрагмы или рекрурофия. Выявлены следующие причинами рецидива: неполноценность манжеты в 5 случаях (29,6%), несостоятельность швов на ножках диафрагмы у 11,8% оперированных (в основном в ранние сроки, у более молодых пациентов при чрезмерной физической нагрузке), в большинстве случаев (58,8%) обнаружено смещение фундопликационной манжеты при сохранении швов на ножках диафрагмы и полноценной фундопликации, и только в 4 случаях из них были провоцирующие причины в виде нарушения режима питания или выраженного кашля. У 6 пациентов до конца причины смещения манжеты выяснены не были, показанием для операции послужили выраженные явления дисфагии или гастростаза (функционального характера). Таким образом, учет факторов риска возникновения рецидива ГПОД и правильный отбор пациентов, позволил сократить количество повторных операций в исследуемом периоде с 18,4% до 6,5% ($p<0,05$), по сравнению с 2016-2017 годом. Дальнейшее улучшение результатов лечения данной категории пациентов, с нашей точки зрения, связано с выяснением возможных функциональных нарушение желудка, пищевода и диафрагмы, как исходно имеющихся, так и возникающих после операции, особенно у больных, попадающих в категорию не выясненных причин рецидива. Поэтому всем пациентам, идущим на оперативное лечение с ГПОД, необходимо детальное изучение функции пищевода и желудка, включающее не только суточный РН-мониторинг, но и манометрию пищевода.

Ключевые слова: лапароскопическая эзофагофундопликация, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, причины рецидива грыжи

---

181. Опыт хирургического лечения кишечных свищей

Марков П.В., Шукуров К.У., Ахтанин Е.А., Гоев А.А., Стручков В.Ю.

Москва

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

Введение. Кишечный свищ – патологическое соустье между просветом кишки и наружной средой или соседними органами, которое возникает в результате заболеваний, но в большинстве случаев является следствием хирургических операций на органах брюшной полости. Несмотря на успехи в лечении данной группы пациентов остается высоким число осложнений и летальности.

Материал и методы. Проведен ретроспективный ана-

лиз результатов лечения 35 пациентов с кишечными свищами, находившихся на лечении в отделении абдоминальной хирургии с 01.01.2022 по 31.12.2022 г. У 22 пациентов имели место тонкокишечные свищи: сформированные – у 20, несформированные у 1 и в 1 случае имелся внутренний тонкокишечно-влагалищный свищ. Среди 9 пациентов с толстокишечными свищами у 7 имелись наружные сформированные, в 1 случае – наружные несформированные, а в 1 – наружно-внутренний сигмовидно-мочепузырный свищ. Комбинированные тонко- и толстокишечные свищи были у 4 пациентов: у 3 – сформированные тонко-толстокишечные, у 1 – наружно-внутренний тонкокишечно-прямокишечный свищ.

Результаты. Все пациенты подверглись хирургическому лечению. У 2 пациентов с несформированными кишечными свищами выполнено этапное хирургическое вмешательство. Пациенту с несформированными тонкокишечными свищами выполнено – отключение петли тонкой кишки несущей свищи с последующим выполнением второго этапа через 6 месяцев в объеме резекция петли тонкой кишки, несущей слизистые свищи с формированием однорядного анастомоза. Пациенту с несформированными толстокишечными свищами выполнено формирование двуствольной илеостомы. В группе пациентов со сформированными тонкокишечными свищами выполнены: резекция одной или 2-х петель тонкой кишки несущих свищи, с формированием однорядных анастомозов – 18, правосторонняя гемиколэктомия – 1. В 2 случаях у пациентов, перенесших в анамнезе операции по поводу рака ободочной кишки, осложнившиеся развитием тонкокишечных свищей, при попытке выполнения операции по поводу свища интраоперационно выявлен канцероматоз, лечение ограничилось эксплоративной лапаротомией с биопсией. В группе пациентов со сформированными толстокишечными свищами выполнено: резекция петли толстой кишки несущей свищ с формированием однорядного анастомоза – 4, правосторонняя гемиколэктомия – 1, иссечение свищевого хода с аппендэктомией – 1, иссечение свищевого хода, резекция илеоцекального угла с формированием однорядного анастомоза – 1, иссечение урахуса, резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза, резекция дна мочевого пузыря, формирование эпицистостомы – 1, Пациентам с комбинированными свищами выполнялись: резекция петель тонкой и толстой кишки несущей свищи, формирование однорядных межкишечных анастомозов – 3, этапная резекция петли тонкой кишки несущей свищ с формированием однорядного анастомоза, с дальнейшим выполнением резекции петли толстой кишки несущей свищ – 1. Послеоперационный период осложнился в 10 (28,5%) случаях: нагноение раны – 1, надпочечниковая недостаточность – 1, гематомы брюшной полости – 1. У 8 развился рецидив кишечного свища. В 2 случаях он был вызван частичной несостоятельностью анастомоза, которая у одного пациентпа потеребовала выполнения релапаротомии, ушивания дефекта анастомоза, у второго свищ закрылся самостоятельно. В остальных 6 случаев рецидив свища проявился поступлением кишечного содержимого в рану (4) или по дренажам (2) и по данным клинической картины, КТ брюшной полости и фистулографии был связан не с несостоятельностью анастомоза, а с развитием дефектов стенки кишки в зоне десерозации, либо в зоне стояния дренажей. Проводилась консервативная терапия с закрытием свища в 5 и формированием свища в 1 случае. Летальных исходов не было.

Заключение. Использование комплексного подхода и этапного лечения у пациентов с кишечными свищами позволяет минимизировать осложнения и добиться хороших результатов.

Ключевые слова: кишечный свищ, послеоперационные осложнения

---

182. Функциональное 3D моделирование процедур эндоваскулярного протезирования аортального клапана (ЭПАК)

Парфенов И.П. (1,2), Струценко М.В. (1,2), Болотов П.А. (1), Полянский В.Д. (1), Логвиненко Р.Л. (1), Крайников Д.А. (1), Бобылев А.А. (1), Абугов С.А. (2)

Москва

(1) ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ; Москва
(2) ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ;

Актуальность. В настоящее время лишь единичные клинические центры выполняют более 50 ЭПАК в год, что является минимальным количеством для достижения кривой обучения и поддержания необходимой квалификации. Использование программных симуляционных комплексов обеспечивает начальную подготовку хирургов в условиях усредненной анатомии. В реальной клинической практике наблюдается значительная вариативность анатомии восходящей аорты, а характер поражения самого аортального клапана всегда индивидуален. Эти факторы всегда создают проблемы в ходе операций ЭПАК и значительно повышают риск осложнений, что особенно актуально в центрах с малым количеством вмешательств (<50 в год).

Цель исследования. Разработка технологии и создание 3D симуляционного комплекса корня аорты, что приведет к улучшению результатов транскатетерной имплантации аортального клапана, позволит провести планирование оперативного вмешательства и прогнозирование возможных технических трудностей и осложнений в ходе

основного этапа вмешательства. Сделает возможным проведение обучения эндоваскулярного хирурга данному оперативному вмешательству, опираясь на реальные персонифицированные анатомические особенности конкретного пациента.

Материал и методы. На данный момент были построены гидродинамический комплекс и четыре 3D-печатных силиконовых прототипа левого желудочка, корня аорты с устьями коронарных артерий, восходящего отдела, дуги аорты и её ветвей в реальном масштабе, с включения кальция, на основании МСКТ-ангиографии реальных пациентов. Функциональная составляющая системы была представлена полнофункциональной замкнутой системой, имитирующей пульсатильный характер гидродинамики аналогичный показателям реального вмешательства. Гидродинамический комплекс размещался в рентгеноперационной, все манипуляции проводились под рентгеноскопией, что позволило получить изображения, четко разграничивающие стенки аорты и ее детали. Затем выполнялась симуляция транскатетерной имплантации аортального клапана путем правильного позиционирования эндопротеза с последующим его раскрытием. Оценивались глубина посадки протеза, проходимость коронарных артерий, а также наличие парапротезного подтекания.

Результаты Использование трёхмерных моделей позволит: – уменьшить частоту нарушений ритма и проводимости после ЭПАК – уменьшить частоту осложнений, связанных с компрометацией митрального клапана; – спрогнозировать возникновение значимого парапротезного подтекания; – уменьшить частоту незапланированной постдилатации – уменьшить вероятность интраоперационного перепозиционирования клапана – сократить длительность основного этапа оперативного вмешательства.

Ключевые слова: 3D моделирование, аортальный клапан, эндоваскулярное протезирование, транскатетерная имплантация, гидродинамический комплекс

---

183. Опыт экстренного эндоваскулярного гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях

Парфенов И.П. (1,2), Струценко М.В. (1,2), Крайников Д.А. (1), Силин Н.А. (1), Логвиненко Р.Л. (1), Полянский В.Д. (1), Болотов П.А. (1), Бобылев А.А. (1)

Москва

1 ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ; Москва 2 ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ;

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) из верхних отделов желудочно- кишечного тракта (ЖКТ) – заболевание с широким спектром возможных причин, частота встречаемости которого составляет около 57 случаев на 100000 населения, при этом летальность достигает 8,6%. Высокая частота жизнеугрожающих кровотечений обусловлена, в том числе, широким применением пероральных антикоагулянтов, антитромбоцитарных препаратов, НПВС на фоне растущей полиморбидности и возраста пациентов. В большинстве случаев ЖКК хорошо поддаются консервативной терапии и контролируются эндоскопическим пособием. Тем не менее, значительная часть ЖКК требует эффективных и быстрых методов лечения: открытых хирургических или эндоваскулярных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ за 2016-2023 гг. 155 пациентов с рецидивирующим ЖКК обусловленным разной патологией (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки, опухоль желудка), находившихся на стационарном лечении в ГКБ им. В.В. Вересаева. Мужчин было 95 (61,29%), женщин 60 (38,71%). Средний возраст составил 67,7±15,81 лет. 82 пациентам (53%) была выполнена эндоваскулярная эмболизация левой желудочной артерии. В 26 случаях (17%) выполнили эмболизацию желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 19 случаях (12%) – левой желудочной артерии и желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 14 случаях (9%) – правой и левой желудочных артерий, в 6 случаях (4%) – правой желудочной артерии, в 3 случаях (2%) выполнялась эмболизация правой желудочной артерии и желудочно-двенадцатиперстной артерии и в 5 случаях (3%) эмболизация мелких ветвей верхней брыжеечной артерии. Все пациенты подавались в рентгеноперационую после проведения эндоскопического гемостаза. Показаниями к эмболизации считали высокий риск рецидива кровотечения: язвенный дефект более 25 мм, нестабильный эндоскопический гемостаз, динамическое снижение уровня эритроцитов и гемоглобина после выполнения эндоскопического гемостаза, документированный рецидив кровотечения. Полученные результаты и обсуждение. Технический успех эмболизации был достигнут в 97% случаев. Эмболизацию выполняли лучевым – 62 пациентов (40%) и бедренным – 93 пациентов

(60%) доступами. При выполнении операции бедренным доступом, гемостаз в месте пункции выполняли ушивающим устройством. В 51 (32,9%) случаях, в качестве эмболизационного агента использовали эмбосферы, в 89 (57,41%) – спирали. В 15 случаях (9,67%) была использована комбинация эмболизационных агентов. В 37 случаях (23,8%), для навигации были использованы эндоскопические клипсы. После проведения эмболизации левой желудочной артерии, рецидивов кровотечения не было. После проведения эмболизации все пациенты получали стандартную противоязвенную и гемостатическую терапию. Технические сложности, обусловленные наличием у пациента выраженного атеросклеротического поражения или извитости артериального русла (чревный ствол, верхняя брыжеечная артерия, брюшной отдел аорты и подвздошно-бедренный сегмент) возникли у 7 (4,5%) пациентов. В 3 случаях (1,9%), при удалении катетера из левой желудочной артерии, произошла миграция спирали в общую печеночную артерию, в виду этого выполнена экстракция спирали с последующей эмболизацией источника ЖКК эмбосферами.

Выводы. Эндоваскулярная эмболизация артерий желудка и 12-перстной кишки является эффективным и безопасным методом лечения, имеет высокий уровень технического успеха и низкую частоту возможных осложнений. Применение эндоваскулярных технологий особенно особенной эффективно у пациентов высокого хирургического риска и ранних рецидивах желудочно-кишечного кровотечения.

Ключевые слова: Желудочно-кишечные кровотечения, эндоваскулярный гемостаз, эмболизация, спирали, эмбосферы

---

184. Эмболизация церебральных аневризм в острейшем периоде геморрагического инсульта

Парфенов И.П. (1,2), Струценко М.В. (1,2), Логвиненко Р.Л. (1), Полянский В.Д. (1), Болотов П.А. (1), Завьялов А.А. (1), Осипов И.Ю. (1), Лютикова М.С. (1)

Москва

1 ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ; у Москва 2 ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ;

Актуальность: распространенность интракраниальных аневризм в общей популяции составляет приблизительно 2-6%, в большинстве случаев они остаются бессимптомными до дня их разрыва. Частота разрыва артериальной аневризмы составляет от 8 до 10 на 100 000 в общей популяции и сопровождается развитием геморрагического инсульта. Смертность в этой группе пациентов достигает 67%, что требует широкого применения современных технологий контроля рецидива кровоизлияния в максимально ранние сроки.

Цель работы: анализ результатов неотложного эндоваскулярного лечения аневризм головного мозга в острейшем периоде нетравматического субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 29 пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва церебральной аневризмы. Средний возраст пациентов составил 49 лет. Мужчин было 7 (24%), женщин 22 (76%). Тяжесть неврологического дефицита по шкале Hunt-Hess составляла 1-3 балла. Среднее время от поступления пациента в стационар до проведения операции составило 16 часов. Все оперированные нами пациенты имели мешотчатый тип аневризмы.

Результаты: успешная эмболизация выполнена у 28 (96%) пациентов. В 1 (3%) случае у пациента во время вводного наркоза случился повторный разрыв аневризмы на столе. Вследствие которого развился тотальный ангиоспазм, из-за чего завести инструменты в аневризму не удалось. При соотношении купол-шейка >2 проведена эмболизация микроспиралями без дополнительной защиты – 19 пациентов (67%). У 7 пациентов (25%), при соотношении ширины шейки к размеру купола аневризмы ?1,5 но >1.0 потребовалось использование баллон-ассистенции. В 1 случае (3%) отношение шейка-купол было менее 1, что потребовало использования стент-ассистенции. У 1 (3%) пациента была гигантская аневризма супраклиноидного отдела правой внутренней сонной артерии размером более 25 мм. В этом случае был имплантирован потокперенаправляющий стент без использования микроспиралей. В ходе операции осложнения возникли у 3 больных (10%). У 1 пациента произошла травма купола аневризмы микрокатетером, не повлиявшая на ход эндоваскулярного вмешательства, но, потребовавшая декомпрессионной трепанации в послеоперационном периоде. В 2 (6%) случаях произошел тромбоз приносящий артерии, эндоваскулярное вмешательство дополнено аспирационной тромбэктомией. Умерло 4 (13,8%) пациента. Причиной смерти у всех были отек и дислокация головного мозга. 25 (86,2%) пациентов были выписаны из стационара на реабилитационное лечение. Госпитальная летальность в исследованной группе составила 13,8%.

Выводы: эндоваскулярная эмболизация церебральных аневризм в острейшем периоде геморрагического инсульта (первые 24 часа от момента поступления) является эффективным и относительно безопасным методом контроля рецидива кровоизлияния.

Ключевые слова: эмболизация, церебральные аневризмы, микроспираль, баллон-ассистенция, стент-ассистенция, инсульт

185. Альтернативный метод иммобилизации шеи при циркулярной резекции трахеи с анастомозом

Печетов А.А., Вишневская Г.А., Гулова Н.В., Данилов И.И.

Москва

ФГБУ НМИЦ Институт хирургии им. А.В.Вишневского МЗ РФ

Актуальность: расширение показаний к длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) позволяет вылечивать пациентов, которых ранее считали инкурабельными. Однако, это приводит к росту числа пациентов с рубцовым стенозом трахеи (РСТ) которым требуется хирургическое лечение. Радикальной операцией у данной группы больных является циркулярная резекция трахеи. Современный подход к хирургии трахеи позволяет осуществлять хирургическое лечение пациентов разных возрастных групп и пациентов в том числе с выраженным неврологическим дефицитом. Особенностью радикальной операции является необходимость в послеоперационном периоде, с целью профилактики несостоятельности шва трахеи, иммобилизация шейного отдела позвоночника. В течении многих лет ее осуществляли с использованием шва H.Grillo приведенной «кивательным» движением головы к передней грудной стенки. Очевидно, что это создаёт выраженный дискомфорт для пациента и может спровоцировать ряд опасных осложнений, связанных с дефицитом кровоснабжения головного и компрессией спинного мозга, которые у пациентов с отягощенным коморбидным статусом не всегда можно оценить.

Материал и методы: в отделении торакальной хирургии НМИЦ хирургии им А.В. Вишневского проведено одноцентровое проспективное нерандомизированное исследование в период с января 2020г по март 2023 г. по изучению альтернативного метода иммобилизации шеи после формирования трахеального анастомоза. Проанализирован результат лечения 55 пациентов (мужчин – 36, женщин – 19) с медианой возраста 44,05 (18; 73) года. С «неврологическим дефицитом» поступили 19 пациентов. Всем пациентам выполнена операция: циркулярная резекция трахеи. Протяженность резекции трахеи была в среднем 3,4 см. Иммобилизацию шейного отдела позвоночника в независимости от локализации и объема резекции по методике H.Grillo использовали у 33 пациентов, при помощи шейного ортеза – у 21, альтернативный способ иммобилизации (по методике Hoetzenecker – Klepetko) при помощи валиков применили у 1 маломобильного пациента. Срок ношения фиксирующих швов или шейного ортеза – 7 суток (5; 9 суток)

Результат: у всех пациентов, вне зависимости от варианта иммобилизации трахеи и шейного отела позвоночника получен хороший результат в заживлении анастомоза.

Выводы: циркулярная резекция трахеи, операция, требующая персонифицированного подхода. Иммобилизация шеи с целью создания наиболее благоприятных условий для заживления шва трахеи, при помощи ортеза по типу воротника «Шанца», является эффективным альтернативным методом фиксации шейного приведения.

Ключевые слова: Рубцовый стеноз трахеи, циркулярная резекция

---

186. Повторные антирефлюксные операции с применением робототехники

Васнев О.С. (1), Израилов Р.Е. (1), Домрачев С.А. (1,2), Кошкин М.А. (1), Мамишев Р.В. (1), Соловьев Н.О. (1), Булгаков Э.А. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» ДЗМ.
2) ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота встречаемости пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) варьирует от 8,8 до 33,1%. Основным методом лечения является терапия ингибиторами протонной помпы, которая не всегда способствует уменьшению выраженности симптомов, что влечет за собой развитие осложнений в виде рефлюкс-эзофагита, пищевод Баррета и стриктуры пищевода. В случае рецидива ГЭРБ, в большинстве своем, после консервативной терапии и наличии тяжелых осложнений рефлюкс-эзофагита прибегают к хирургическому лечению. Ряд авторов утверждают, что от 3 до 6% пациентов, которым ранее выполнялись фундопликации в различных модификациях, нуждаются в повторной операции. В настоящее время в хирургическую практику активно внедряются операции с применением роботизированной системы. Исследования о рефундопликациях с применением роботических систем остаются немногочисленными. Также практически отсутствуют исследования, где оценивается эффективность робот-ассистированных повторных антирефлюксных вмешательств.

Целью нашего исследования является оценка результатов повторных антирефлюксных операций с использованием роботической системы Da Vinci. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2019 по март 2023 гг. в МКНЦ им. А. С. Логинова у 11 больных были выполнены повторные антирефлюксные операции с использованием роботической системы Da Vinci. Показаниями к повторной операции являлись дисфункция ранее сформированной фундопликационной

манжеты и безуспешность консервативной терапии. В нашем центре пациентам были сделаны следующие операции: у 4 больных рефундопликация по методике А. Ф. Черноусова, у 4 пациентов сделана повторная фундопликация по Toupet. У 1 больного выполнена задняя крурорафия с гастропексией. У 1 пациента проксимальная резекция желудка с «double track» реконструкцией и у 1 больного ввиду выраженного укорочения пищевода выполнена гастропликация по Каншину с фундопликацией. РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана времени операции составила 160 (105-305) минут. Из них 20 минут во всех случаях занимал «докинг». Средняя кровопотеря составила 22,5 (10-100) мл. Интраоперационных осложнений не было. В одном случае у больного послеоперационный период осложнился явлениями гастростаза, который был разрешен консервативными методами. Средняя длительность послеоперационного лечения составила 5 (1-11) койко-дней. Летальных исходов не было. ОБСУЖДЕНИЕ. R. Tolboom и соавт. (2016) представили результаты лечения 45 пациентов, которым провели повторные антирефлюксные операции с применением робота Da Vinci. Среднее время вмешательств составило 120 (110-120) минут. Медиана пребывания в стационаре составила 3 дня. Авторы заключили, что число конверсии и количество дней в стационаре сократились. A. Mertens и соавт. (2019) сообщили о 7-летнем опыте выполнения повторных робот-ассистированных операций. Было проведено хирургическое лечение 151 пациента. Медиана продолжительности операции – 148 (125–176) минут. Конверсия потребовалась в 3 случаях. У 16 пациентов (10,6%) в раннем послеоперационном периоде возникло одно или несколько осложнений. В исследовании A. Giovannetti и соавт. (2019) робот-ассистированная рефундопликация была проведено у 32 больных. Средняя продолжительность операции составила 196 (208 ± 76,7) минут, койко-день – 1 (2 ± 1,9). У 5 пациентов в послеоперационном периоде возникли осложнения. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение робота Da Vinci при повторных операциях на кардии сопровождается хорошими послеоперационными результатами и безусловно целесообразно. РЕКОМЕНДАЦИИ. Рекомендуется проведение рандомизированного проспективного исследования для оценки эффективности и безопасности использования роботической системы Da Vinci.

Ключевые слова: роботическая рефундопликация, повторные антирефлюксные операции, робот-ассистированная хирургия, фундоликация, рефундопликация, ГЭРБ, робот Da Vinci

---

187. Стратегия хирургического лечения больных с глубоким стерномедиастинитом

Павлюченко С.В. (1)Волох М.А. (2)Попов К.В. (1)

1) Воронеж,
2) Санкт-Петербург

1) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
2) СЗГМУ им И.И. Мечникова

Актуальность: Инфекция глубокой стернальной раны (DSWI) является потенциально опасным для жизни осложнением, которое возникает у 0,8-8% пациентов после срединной стернотомии. По литературным данным, уровень смертности может достигать 50%. Перед хирургами стоит серьезная задача найти действенные терапевтические варианты для улучшения скорости заживления DSWI. В настоящее время лечение DSWI не имеет стандартизированной процедуры, и используются различные стратегии. Высокая частота осложнений как в месте забора материала, так и в реципиентном ложе, ограниченность показаний для общепринятых методик, диктуют необходимость поиска альтернативных способов пластики для закрытия дефектов грудной стенки.

Целью данной работы является изучение эффективности применения кожно- фасциальных лоскутов для закрытия глубоких дефектов грудной стенки у больных стерномедиастинитом.

Материалы и методы: За период с 2014–2023 гг. в отделении торакальной хирургии БУЗ ВО ВОКБ No1 г. Воронежа прооперировано 184 больных. У 35 больных выполнен реостеосинтез грудины фиксаторами из инертных материалов, у 10 больных произведена торакомиопластика, 62 выполнили Т- образную пластику деэпидермизированными кожно-фасциальными лоскутами [Патент №2691554], у 64 пациентов устранён поверхностный мягкотканный дефект. 23 больным, имеющим наиболее выраженную деструкцию костной ткани, обширную гнойную рану, произвели пластику кожно-фасциальным торакоабдоминальным лоскутом [патент № 2528965]. Ремиссия стерномедиастинита подтверждалась рентгенологически (ликвидация диастаза между створками грудины, отсутствие признаков деструкции костной ткани грудины) и микробиологически (проведение серии посевов отделяемого из раны и дренажей для определения полной элиминации или снижение КОЕ/г микробных агентов до 10*3).

Результаты: в связи с необходимостью длительной санации стернотомной раны перед реостеосинтезе, и в то же время, одноэтапным выполнением санкционный мероприятий и замещением дефекта Т- образным лоскутом при сравнительном анализе данных подгрупп больных выявлена настолько большая разница по срокам лечения. Так, во второй подгруппе предоперационная подготовка значительно длиннее – 1,6+-0,2 койко-дня против 8,6+-1,1

(p=0,004). По оценке длительности послеоперационного периода получены сходные результаты: 9,7+-1,8 против 16,4+-2,1койко-дня (p=0,029), что коррелирует с более длительным отхождением отделяемого по дренажам у больных, которым произведён реостеосинтез грудины (r= 0,89). Классическая микробиологическая культура привела к росту микроорганизмов в образцах 70 пациентов (42%), в том числе бактерий и в одном случае Candida. Наиболее частым возбудителем был Staphylococcus aureus (46,4%), затем следовал Acinetobacter baumannii (28,2%), Enterococcus faecalis (21,9%), Stenotrophomonas maltophilia (11,4%) и Candida (3,2%).

Обсуждение: микробиологическая ремиссия достигнута у 167 больных (88,2%). 11,8% процентов, у которых не достигнута ремиссия, наблюдались в подгруппе больных с реостеосинтезом. Рентгенологическая ремиссия стерномедиастинита достигнута у 172 больных (91,7%), включённых в исследование. В ходе исследования мы не выявили достоверную разницу по частоте ремиссии в зависимости от способа хирургического вмешательства. Рецидив стерномедиастинита в течение года после операции наблюдался у 12 больных, 6 из которых был произведён реостеосинтез грудины. Все больные с рецидивной формой стерномедиастинита были повторно прооперированы с использованием Т-образной пластики кожно-фасциальными лоскутами.

Выводы: Высокая эффективность операций с использованием кожно- фасциальных лоскутов, выявленная в данной работе, позволяет рекомендовать их для выбора оптимальных методов лечения. С помощью этих операций достигается оптимальное восполнение тканевого дефицита в постстернотомной ране, при этом использование кожно- фасциальных лоскутов является более экономически целесообразным, так как при меньшей инвазивности лечения мы получаем уровень ремиссии стерномедиастинита аналогичный другим, более технологичным методикам пластики.

Ключевые слова: стерномедиастинит, дефект стернотомной раны, пластика кожными лоскутами

---

188. Технические аспекты и результаты лапароскопического гастрошунтирования по Roux

Пряхин А.Н.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Лапароскопическое гастрошунтирование по Roux (Roux-en-Y gastric bypass) второе десятилетие остается одной из наиболее часто выполняемы бариатрических операций в мире и постоянно совершенствуется. В ГАУЗ ОКБ № 3 города Челябинска с февраля 2016 года по декабрь 2022 года выполнено 287 лапароскопических гастрошунтирований по Roux у бариатричеких пациентов с ИМТ от 30 до 49 кг/м? (пациентам с ИМТ?50 кг/м? первым этапом выполняли продольную резекцию желудка). Возраст пациентов от 27 до 76 лет (средний возраст 47,17±11,26 лет). Сахарным диабетом 2 типа страдали 112 (39%) человек. ГПОД и ГЭРБ обнаружены у 127 (44,3%) больных. В 65 наблюдениях гастрошунтирование было ревизионным после ранее выполненных бариатрических и антирефлюксных вмешательств: продольная резекция желудка – 34, бандажирование желудка – 22, фундопликация по Ниссену – 5, мини-гастрошунтирование – 3, билиопанкреатическое шунтирование по Hess- Marceau – 1. В зависимости от техники выполнения операции пациенты разделены на две групп. Первые 73 вмешательства выполнены в период с февраля 2016 года по декабрь 2018 года. Гастрошунтирование выполнялось по классической методике с длиной билиопанкреатической петли 70 см, алиментарной петли – 100-150 см и формированием аппаратного гастроеюноанастомоза циркулярным степлером диаметром 25 мм. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. В раннем послеоперационном периоде зарегистрировано 5 (6,8%) осложнений: 3 кровотечения из линий скрепочного шва гастроеюноанастомоза и 2 нагноения послеоперационной раны в месте введения циркулярного сшивающего аппарата. Снижение избыточного веса через год после вмешательства составило в среднем 67%. Однако 44 (60,3%) пациента жаловались на постоянное чувство голода заставляющее их увеличивать количество приемов пищи более 5 раз в сутки. С учетом полученного опыта с января 2019 года нами была существенно пересмотрена техника гастрошунтирования по Roux: – малый желудок формируем не в виде мешка, а в виде узкой трубки на зонде 32 Fr длиной 5-6 см с обязательным ушиванием линии скрепочного шва; – в ходе формирования малого желудка рутинно выполняем резекции дна желудка с целью удаления грелин продуцирующей зоны; – гастроеюноанастомоз формируем только ручным двухрядным швом диаметром 15-18 мм; – длину билиопанкреатической петли увеличили до 100-120 см при первичных вмешательствах, при ревизионных вмешательствах длину петель выбираем индивидуально после измерения длины всего тонкого кишечника; – при обнаружении до или в ходе операции ГПОД выполняем ее коррекцию с крурорафией. По усовершенствованной методике в 2019-2022 годах выполнено 214 вмешательств. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. В раннем послеоперационном периоде наблюдали одно осложнение – временная дисфагия (в течении 8 суток) после формирования гастроеюноанастомоза диаметром 13 мм. Избыточный вес пациентов через год после операции снижался в среднем на 78%. При этом жалоб на постоянное чувство голода пациенты данной группы не предъявляли. В обеих группах у всех пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа достиг-

нута полная ремиссия заболевания (HbA1c<6%) с коррекцией и отменой гипогликемической терапии. Дефицитов нутриентов, диарей, а также тяжелых демпинг-синдромов, требующих хирургической коррекции длины билиопанкреатического и общего сегмента тонкого кишечника, не наблюдали. Рецидивов ГПОД и ГЭРБ не зарегистрировано. Таким образом, усовершенствованное лапароскопическое гастрошунтирование по Roux является эффективной и безопасной бариатрической и метаболической процедурой.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, гастрошунтирование по Ру

---

189. Результаты «киссинг» стентирования при бифуркационном поражении аорто-подвздошного сегмента

Щеголев А.А. (1,2), Папоян С.А. (1,2,3), Асатурян К.С. (1), Амирханян Д.С. (1) Громов Д.Г.1, 2

Москва

ГБУЗ города Москвы “Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы”

Актуальность: Данный метод лечения является минимально инвазивным методом, позволяющим рассматривать его как альтернативу аорто-бедренному шунтированию у большинства пациентов с симптомным атеросклерозом аорты и подвздошных артерий.

Материалы и методы: В исследование включены 31 пациент с поражениями аорто-подвздошного сегмента, проходившие лечение в университетской клинике, на базе ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с 2016 по настоящее время. Возраст пациентов составил от 42 до 88 лет (в среднем 63,38±0,47 лет). Распределение по полу: 77,4% (n=24) мужчин, 22,6% (n=7) женщин. По степени ишемии: 51,6% (n=16)2Б степень; 25,8%(n=8) 3-я степень и 22,6% (n=7) 4-я степень хронической ишемии нижних конечностей. Критериями внедрения были: окклюзии терминального отдела аорты, односторонние или двусторонние окклюзии общих подвздошных артерий.

Результаты: Технический успех был достигнут в 100%-х случаев. У одного пациента имел место интраоперационный разрыв подвздошной артерии, что потребовало имплантации стент-графта (3,2%(n=1)). Средний прирост ЛПИ составил 0,26±0,18. Проходимость артерий после вмешательств в течении 1,3 и 5 лет составила соответственно 92,5%; 91,3% и 91,3%. Выживаемость через 1,3и 5 лет составила 97,5%; 91,0% и 82,7%, а сохранность конечностей после эндоваскулярных операций через 1,3 и 5 лет составила 99,1%, 97,2% и 96,4% соответственно.

Обсуждение: Реконструкция аорто-подвздошного сегмента с помощью «киссинг» стентирования является широко используемая методика лечения при окклюзирующих поражениях, затрагивающих бифуркацию аорты или проксимальные отделы общих подвздошных артерий. Новые достижения в области систем доставки и дизайна стентов позволили добиться лучших анатомических результатов. Долгосрочная проходимость, как правило, превосходна, хотя некоторые факторы могут неблагоприятно повлиять на проходимость, и их следует учитывать при разработке схемы стентирования и выборе используемого устройства.

Выводы и рекомендации: Таким образом эноваскулярные вмешательства по методу «киссинг» стентирования, при бифуркационном поражении аорто-подвздошного сегмента, на наш взгляд, безопасный и эффективный метод лечения с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Ключевые слова: Эндоваскулярное лечение, «киссинг» стентирование, аорто-подвздошный сегмент.

---

190. Мультивисцеральные резекции при выполнении циторедуктивных операций по поводу рака яичников

Шостка К.Г., Манкевич Н.В., Федченко А.В., Арутюнян К.В.

Санкт-Петербург

Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета

Актуальность: У 70% женщин диагноз рак яичников выявляется на поздней стадии, и выживаемость отрицательно коррелирует с остаточной опухолевой массой во многих сериях и мета-анализах. Наиболее очевидным направлением увеличения радикализма выполняемых операций является увеличение объема оперативных вмешательств с целью максимального удаления опухолевой массы.

Цель нашего исследования – продемонстрировать возможность выполнения мультивисцеральных резекций в абдоминальной хирургии на примере циторедуктивных операций по поводу рака яичников.

Материалы и методы: коллективом автором проведен ретроспективный анализ историй болезней 86 пациентов, которым выполнялись циторедуктивные операции в период с 2014 по 2019 года в онкологическом отделении

хирургических методов лечения ЛОКОД им. Л.Д. Романа. Стандартный минимальный объемом выполняемых операций включал в себя экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника, тазовую перитонэктомию и был выполнен 17 пациентам (20%). С целью повышения полноты выполняемых циторедукций стандартный объем мог быть увеличен за счет расширения перитонэктомии или за счет выполнения мультивисцеральных резекций с удалением органов, пораженных опухолевой тканью. Тазовая перитонэктомия выполнялась 22 пациентам (32%), 27 пациентам (40%) дополнительно выполнялась перитонэктомия боковых каналов, а 19 (28%) перитонэктомия боковых каналов и диафрагмы. Мультивисцеральным резекциям подверглись 68 пациентов (80%). Количество одномоментно удаляемых органов в группе мультивисцеральных резекций составило от 2 (41%) до 8 (1.5%). Наиболее часто резецируемыми органами являлись: прямая кишка, ободочная кишка, селезенка. Реже выполнялись резекции тонкой кишки, мочеточника, мочевого пузыря, желудка. Практически все мультивисцеральные резекции завершались реконструктивным этапом: 52 формирования межкишечных анастомозов (76%), 4 реконструкции мочевого пузыря (6%) и 4 восстановления целостности мочеточника (6%). Полученные результаты: Сравнение групп стандартных циторедукций и циторедукций дополненных мультивисцеральными резекциями показало, что увеличение объема операции за счет количества удаляемых органов и расширения объема перитонэктомии практически не сказалось на длительности операции (среднее время 191 и 205 минут соответственно). Количество осложнений значимо выше в группе мультивисцеральных резекций 29 (43%) чем в группе стандартного объема 4 (24%), однако это практически не сказалось на продолжительности госпитализации (средний койко-день 19 и 21 соответственно) и послеоперационной летальности (30 дневная – 0 в обоих группах, 365 дневная 12 (17.6%) и 3 (17.6%) соответственно).

Обсуждение: Мы целенаправленно отказались от сравнения стадий заболевания, хотя очевидно, что в группе мультивисцеральных резекций она выше и рассмотрения аспекта системной лекарственной терапии, т.к. нашей задачей была оценка хирургической безопасности выполнения мультивисцеральных резекций. Кратное увеличение количества осложнений в группе мультивисцеральных резекций объяснятся большим объёмом операций и выполнением реконструктивного этапа в данной группе, при этом мы видим сопоставимую продолжительность пребывания в стационаре и отсутствие увеличения послеоперационной летальности.

Выводы: Мультивисцеральные резекции в абдоминальной хирургии в целом и при циторедуктивных операциях по поводу рака яичника, в частности, выполнимы и безопасны в условиях высокопоточных центров. Данные оперативные вмешательства позволяют достигать уровня полной и оптимальной циторедукции у пациентов с распространенными формами рака яичника, а закономерно повышающаяся частота послеоперационных осложнений не приводит к задержке пациентов в стационаре и не повышает послеоперационную летальность.

Ключевые слова: Мультивисцеральная резекция, циторедукция, рак яичников

---

191. Особенности лечебной тактики при инородных телах пищевода

Николаева Е.Б., Перькова И.И., Черноусов Ф.А., Татаринова Е.В., Рабаданов К.М.

Москва

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ

Актуальность. На протяжении многих десятилетий количество пациентов с инородными телами пищевода не имеет тенденции к уменьшению. Широкое применение эндоскопии для устранения острой непроходимости и удаления инородных тел пищевода связано с риском дополнительных повреждений его стенки.

Материал и методы. В отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 1992 по 2022 г. на лечении находились 2112 пациентов в возрасте от 14 до 96 лет с инородными телами пищевода: мужчин – 998, женщин – 1114. Многократно (от 2 до 15 раз) были госпитализированы 137 больных. В диагностике инородных тел пищевода и возникших осложнений основными методами были рентгеноконтрастное исследование пищевода и эндоскопия. Для оценки состояния стенки пищевода и окружающих тканей, при наличии осложнений инородных тел пищевода, применялся метод компьютерной томографии. Полученные результаты. У 68% пациентов патологии пищевода не выявлено, у 32% больных диагностированы различные заболевания, среди которых превалировали послеожоговые рубцовые сужения пищевода (449), пептические стриктуры (93). Нейромышечные заболевания пищевода (52), опухоли (36) и дивертикулы (36) явились более редкими причинами обтурации пищевода. Инородное тело искусственного пищевода диагностировано у 6 пациентов. В 86% наблюдений инородными телами были продукты питания (мясо, рыба, курица, их кости, фрукты, орехи, косточки фруктов, а также таблетки и другие лекарственные формы), в 14% – непищевые предметы (пробка бутылки, столовые приборы, зубной протез, зубная щетка, стоматологические инструменты, стекло, металлические булавки, звездочки, значки и др.). Более половины всех больных обратились за медицинской помощью в первые часы после возникновения у них болевого синдрома и/

или нарушения проходимости пищевода, остальные – через сутки и более. При обтурации пищевода мягким инородным телом в грудном отделе лечение начинали с проведения консервативной терапии: внутривенная инфузия, введение спазмолитиков, местное применение протеолитических ферментов обеспечили восстановление проходимости пищевода у 1187 больных (56%). При неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов производили эзофаго-скопию и устранение обтурации (82 больных). Эзофагоскопию также выполняли при наличии твердых инородных тел любого размера и при обтурации рубцовоизмененного пищевода мягким инородным телом (715). Показаниями к экстренной подналкозной ригидной эзофаго¬скопии были: твердые инородные тела размерами более 2 см, наличие вклиненного твердого инородного тела в течение суток и более, опасность повреждения стенки пищевода при его извлечении (35). У 186 пациентов (8,8%) диагностировали перфорацию пищевода, в т.ч. у 9 больных отмечено кровотечение в просвет пищевода. Хирургическое лечение при перфорациях пищевода (8,1%) потребовалось при воспалительном процессе и кровотечении и заключалось в дренировании средостения (95), ушивании дефекта (68), резекции пище¬вода (3), выключении пищевода в дистальном отделе (1), дренировании плевральной полости (2), установке в пищевод внутрипросветной вакуумной системы (2). У 16 больных ввиду малых размеров дефекта и отсутствия воспалительных изменений околопищеводной клетчатки проводилась консервативная терапия с положительным эффектом. Умерли 17 пациентов (0,8%). Причиной смерти у 2 пациентов явилось кровотечение (перфорация стенок пищевода и аорты и аррозия сонной артерии), у 8 – гнойно-септические осложнения, у 6 – острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие сопутствующей патологии, у 1 – аспирация.

Выводы. В зависимости от характера инородного тела, длительности его экспозиции, а также вызванных им осложнений пациенты с инородными телами пищевода нуждаются в дифференцированном подходе к лечению. В 8,1% наблюдений требуется хирургическое вмешательство, которое должно выполняться в специализированном учреждении с наличием подготовленных специалистов – хирургов, эндоскопистов, рентгенологов.

Ключевые слова: Пищевод, инородное тело, обтурация, перфорация

---

192. Радиочастотная аблация в лечении больных первичными и метастатическими опухолями печени

Шухова Е.А., Пельц В.А.

Кемерово

ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского

АКТУАЛЬНОСТЬ: В большинстве стран мира в настоящее время отмечается рост опухолей печени, как первичных (ГЦК, ХЦР), так и вторичных (метастатический процесс), поэтому вопрос о лечении опухолей печени является актуальным. Малоинвазивные способы лечения опухолей печени позволяют улучшить качество жизни больных с нерезектабельными опухолями в ближайшем послеоперационном периоде. Одним из таких методов является радиочастостная аблация (РЧА). ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценка непосредственных результатов проведения РЧА при злокачественных опухолях печени. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Проанализированы истории болезни пациентов с опухолями печени за период с 1 января 2012 года по 31 декабря 2022, на базе Кузбасского областного гепатологического центра, которым была выполнена РЧА Во всех случаях использовалась система высокочастотной аблации с охлаждаемым инструментом Radionics Cooltip RF System фирмы Tyco healthcare. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: За указанный период РЧА была выполнена 24 пациентам, из них 15 женщин (63%) и 9 мужчин (37%). Средний возраст составил 60,8±8,5 лет. Средний койко/день составил 16±5,4 дней Размер объемного образования в среднем составил 4,9±1,7 см. Преимущество очаги располагались в S4-5 печени. Показаниями к проведению РЧА являются нерезектабельность процесса, тяжелая сопутствующая патология, сниженные компенсаторный резервы печени Стоит отметь, что в данной группе у 7 пациентов цирроз печени (29%), у 9 пациентов отягощенный кардиологический анамнез (37,5%). Показания к проведению РЧА ставились в 5 случаях (23%) при первичных опухолях печени (во всех случаях ГЦК), в 19 случаях (77%) при метастатических поражениях печени. В 54% это колоректальные метастазы. В большинстве случаев РЧА проводилась под УЗ – контролем (n=16). В 8 случаях РЧА выполнялась открытым путем. В трех случаях с целью верификации диагноза выполнялась пункционо-аспирационная биопсия (ПАБ) объемного образования печени. Так же в 6 случаях дополнительно проводились химиоаблация. В 4-х случаях пациентам проводились повторные сеансы РЧА под УЗ – контролем через 2-4 месяца. Показаниями к повторному сеансу РЧА являлись выявление новых метастазов, большие размеры первичного очага. Средняя длительность оперативного вмешательства под УЗ – контролем составила 80 минут±30 минут. Среднее количество точек воздействия РЧА составило 3±2 точки. Длительность воздействия на каждую из точек составила в среднем 15 минут. Средняя достигнутая температура в

очаге составила 67±5 градусов. Постаблационный синдром в постоперационном периоде наблюдался в 20% случаях. В динамике разрешение синдрома цитолиза на 5-6 сутки постоперационного периода. В одном случае (4%) послеоперационный период осложнился формированием гематомы печени. В одном случае (4%) послеоперационный период осложнился кровотечением из мест вкола иглы аблатора. Выполнялась видеолапароскопия, остановка внутрибрюшного кровотечения. На фоне лечения рецидива кровотечения не отмечалось. Все пациенты выписаны на амбулаторный этап с рекомендациями. ВЫВОДЫ: РЧА является методом выбора при нерезектабельных опухолях печени, а так же у пациентов со сниженными компенсаторными резервами печени и характеризуется приемлемыми непосредственными результатами лечения

Ключевые слова: Радиочастотная аблация, опухоли печени, нерезектабельные опухоли, лечение опухолей

---

193. Эндоваскулярные вмешательства в лечении острой мезентериальной ишемии

Варфаломеев С.И. (1), Сницарь А.В. (1), Матков И.В. (1), Панкратов А.А. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.П. Демихова»
2) ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Актуальность. Несмотря на современные достижения в области абдоминальной и сосудистой хирургии, смертность при острой мезентериальной ишемии (ОМИ) неизменно сохраняется на исключительно высоком уровне, достигая 80%. Одним из нерешенных тактических вопросов в лечении ОМИ остается способ реваскуляризации. Все большую роль в последнее время приобретает эндоваскулярное восстановление мезентериального кровотока. Однако преимущества его перед открытой реваскуляризацией не доказаны и возможности метода до конца не изучены.

Цель Улучшить результаты лечения ОМИ путем применения эндоваскулярного восстановление мезентериального кровотока.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2022 гг. в отделении РХМДиЛ ГКБ им. В.П.Демихова эндоваскулярное лечение было выполнено 35 пациентам с ОМИ. Средний возраст составил 77,9±11,9 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 28,6 и 71,4% соответственно. Всем пациентам диагноз был поставлен по данным МСКТ-ангиографии. Пациенты с неокклюзирующей ОМИ были исключены. У всех пациентов при поступлении отсутствовали признаки перитонита. Всем первично выполнялось эндоваскулярное лечение (ЭВЛ) с последующим решением вопроса о необходимости лапароскопии/лапаротомии. Наиболее часто применяемой методикой было комбинированное использование ангиопластики, тромбэктомии и стентирования (25 наблюдения). Изолированная тромбэктомия выполнена 3 больным. В 2 случаях стентирование не сопровождалось тромбэктомией. Достижение восстановления кровотока в бассейне верхней брыжеечной артерии (ВБА) и адекватное контрастирование ее дистальных ветвей считались показателем успешности процедуры.

Результаты. Количество успешных вмешательств было 27, что составило 77%, безуспешных 8(23%). К безуспешным вмешательствам относились 5(14,2%) неудачных попыток реканализации и отсутствие восстановления кровотока по ВБА после выполненного стентирования у 3(8,5%) пациентов. В 18 случаях вторым этапом выполнена лапароскопия/лапаротомия. В 4 наблюдениях потребовалась резекция кишки. В 12 ограничились эксплорацией. В 2 случаях безуспешного ЭВЛ выполнили открытую тромбэктомию. Из 27 успешных вмешательств 11 пациентов выписано (летальность 59,2%). Из 8 безуспешных выписан 1 (летальность 87,5%). Данный случай расценен нами как декомпенсация хронической мезентериальной ишемии. Всего из 35 умерло 23(65,7%) пациента. Важно отметить, что из 27 пациентов после успешной реваскуляризации в первые сутки умерло 13 (37%).

Обсуждение. Результаты нашего исследования подтверждают высокую смертность при ОМИ, несмотря на использование современных методов лечения. В большинстве случаев пациенты поступают в стационар в крайне тяжелом состоянии, уже на стадии необратимой ишемии кишечника. Так в нашем исследовании у 13 пациентов, умерших в первые сутки после ЭВЛ, по всей видимости, был обширный некроз кишечника на момент поступления, что делало ситуацию изначально инкурабельной. Если исключить указанные случаи из общей летальности (65,7%), мы получим принципиально иную картину – смертность составит 28,6%. Эти данные свидетельствуют о высоком потенциале ЭВЛ в улучшение исходов ОМИ у пациентов с жизнеспособным кишечником. Ограничения: в исследование не вошли пациенты с клиникой перитонита на момент поступления.

Выводы. В случае обнаружения ОМИ на стадии обратимой ишемии кишечной стенки эндоваскулярное лечение является технически возможным и имеет хорошие перспективы. Однако, требуется дальнейшее изучение и совершенствование технических возможностей метода.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия, эндоваскулярное лечение, стентирование верхней брыжеечной артерии.

194. Опыт диагностики нарушений мезентериального кровообращения в условиях общехирургического стационара

Сухаруков А.С. (1,2), Нарезкин Д.В. (1), Безалтынных А.А. (1,2), Сергеев А.В. (1,2), Сергеев О.А. (1)

Смоленск

1. ФГБОУ ВО Смолсенский государственный межицинский университет
2. ОГБУЗ Клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Нарушения мезентериального кровообращения на сегодняшний момент являются чрезвычайно актуальной проблемой, с которой очень часто может встретиться хирург общего профиля. Это по-прежнему считается одной из самых тяжелых формой сосудистой патологии, и основной причиной некроза кишечника. Распространенность данного заболевания весьма высока. Так, по различным литературным источникам, встречаемость этой патологии в общепрофильном стационаре может достигать до 7,6%.

Материалы и методы. Нами для выявления нарушения мезентериального кровообращения толстой кишки была разработана программа для ЭВМ RU2021664220. По результатам этой программы нами подвергнуто обследованию 207 пациентов. Данная группа пациентов была обследована в клинико-лабораторных методов диагностики (ОАК, ОАМ, коагулограмма, биохимическое исследование крови), а также УЗДГ мезентериальных сосудов, ФКС, селективная мезентерикография (выполнялась 16 пациентам, имеющим выраженный болевой синдром по ВАШ, отклонения в лабораторных показателях крови, наличие изменений по УЗДГ, ФКС).

Результаты и их обсуждения. Анализируя полученные данные по диагностике нарушения мезентериального кровообращения, возникла необходимость в создании классификации синдрома хронической мезентериальной ишемии в зависимости от степени поражения мезентериального русла (заявка на изобретение № 2023100105 от 09.01.2023). Нами из 207 больных было выделено три группы по степени нарушения мезентериального кровотока: компенсированная – 104 больных; субкомпенсированная – 86 больных; декомпенсированная – 17 больных. Субкомпенсированная и декомпенсированная группы пациентов незамедлительно направлены к сосудистым хирургам.

Выводы. В зависимости от выраженности изменений у больного с синдромом хронической мезентериальной ишемии, по нашему мнению, должна будет различаться тактика лечения: от консервативных методов до реконструктивных вмешательств на мезентериальных сосудах. Лечение должно проводиться под строгим контролем сосудистого хирурга.

Ключевые слова: Ишемический колит, мезентериальный тромбоз, диагностика

---

195. Сравнительная оценка послеоперационной летальности в экстренной хирургии

Абдулжалилов М.К. (1,2), Хамидов М.А. (1), Иманалиев М.Р. (1,2), Муртузалиева А.С. (3), Абдулжалилов А.М. (2), Исаев Х.М-Р. (1)

Махачкала

1)ФГБОУ «ДГМУ»,
2) ГБУ РД «РКБСМП»,
3) ГБУ РД «РКБ 3»

Актуальность. Несмотря на значимые достижения абдоминальной хирургии, послеоперационная летальность в экстренной хирургии остается высокой.

Материал и методы. Представлен ретроспективный анализ послеоперационной летальности 26067 пациентов с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости. Из них 1920 (7,4%) пациентов с острой неопухолевой кишечной непроходимостью, 8193 (31,4%) – острым аппендицитом, 1558 (6,0%) – ущемленной паховой грыжей, 10798 (41,4%) – острым холециститом, 2978 (11,4%) – острым панкреатитом, 620 (2,4%) – перфоративной язвой. Поздняя госпитализация пациентов с острой хирургической патологией составила 31,0%. Хирургическому вмешательству подверглись 18136 (69,6%) пациентов, из них позже суток от начала заболевания – 5963 (32,9%). Открытые операции были выполнены 7224 (39,8%) пациентам, лапароскопические – 10912 (60,2%). Всем пациентам при госпитализации выполняли анализы крови, лучевые и эндоскопические методы исследования. Полученные результаты. По поводу острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза открытым доступом было оперировано 565 (29,4%), из них позже суток от начала заболевания – 250 (44,2%). Послеоперационная летальность среди пациентов, оперированных открытым доступом до суток после начала заболевания составила 3,7%, позже суток – 6,0%. Лапароскопическим доступом было оперировано 190 (9,9%) пациентов, из них 68 (35,78%) – позже суток. Послеоперационную летальность не наблюдали. Острым аппендицитом было оперировано 7974(97,3%) пациента, из них позже суток – 1957 (22,0%). Послеоперационная летальность среди оперированных до суток открытым доступом составила 0,1%, позже суток – 0,4%. Лапароскопическим доступом было оперировано 3018(37,8%). Послеоперационную летальность не наблюдали. Поздняя госпитализация среди пациентов перфоративной язвой составила 14,4%.

Послеоперационная летальность среди пациентов, оперированных открыто до суток после начала заболевания составила 3,8%, позже – 50,0%, а при лапароскопическом доступе – соответственно 0,7 и 5,7%. С ущемленной паховой грыжей было оперировано 1427(91,6%) пациентов. Среди них открытым доступом – 1185(83,0%), лапароскопическим – 242 (17,0%). Послеоперационная летальность среди оперированных открытым доступом до суток после начала заболевания составила 0,3%, а позже суток – 2,4%. При лапароскопическом доступе показатели летальности составили соответственно 0,8% и 2,2%. Острым холециститом было оперировано 7404 (68,7%) пациентов, из них позже суток – 2377 (32,1%). Среди них открытый доступ применили в 453(6,1%) случаях, в остальных – лапароскопический. Послеоперационная летальность среди пациентов, оперированных открытым доступом до суток после начала заболевания, составила 1,1%, позже суток – 1,6%. При лапароскопической холецистэктомии показатели летальности соответственно составили 0,09 и 0,16%. При остром панкреатите оперированы 316 пациентов, хирургическая активность составила 10,6%. При этом открытый доступ был использован в 26,0%, лапароскопический – в 74,0%. Послеоперационная летальность среди пациентов, оперированных до суток после начала заболевания открытым доступом, составила 17,1%, позже – 25,0%. При лапароскопическом доступе – соответственно 2,1 и 2,4%.

Обсуждение. Применение лапароскопического доступа при хирургическом лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью и острым аппендицитом позволяет исключить послеоперационную летальность, а при остром холецистите уменьшить более 12 раз, остром панкреатите – более 8 раз, перфоративной язве – более 5 раз.

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать более широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургических отделениях всех уровней, где имеются оборудование и подготовленные специалисты, что позволяет значительно снизить показатели послеоперационной летальности.

Ключевые слова: экстренная хирургия, открытый и лапароскопический доступы, послеоперационная летальность

---

196. Непосредственные результаты ПДР у пациентов с раком поджелудочной железы в зависимости от способа разрешения механической желтухи

Марков П.В., Горин Д.С., Гоев А.А., Ахтанин Е.А.

Москва

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

Актуальность. Наиболее часто клиническая картина рака головки поджелудочной железы манифестирует с синдрома механической желтухи. К моменту радикального хирургического лечения пациенты, как правило, приходят после разрешения механической желтухи либо ретроградными, либо антеградными (эндоскопически) способами. Доказана возможность безопасного выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) без предварительного разрешения желтухи при уровне билирубина до 250 мкмоль/л и отсутствии явлений холангита, но доля таких пациентов не превышает нескольких процентов. Наличие наружного дренажа или внутреннего стента может влиять на число послеоперационных осложнений.

Цель. Изучить непосредственные результаты выполнения ПДР у пациентов с протоковой аденокарциномой головки ПЖ в зависимости от способа разрешения механической желтухи.

Материал и методы. За период 2016 – 2022 г. в отделении абдоминальной хирургии ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» выполнено 164 ПДР по поводу протоковой аденокарциномы головки ПЖ. Семь пациентов были оперированы после сформированных ранее желчеотводящих анастомозов и они были исключены из исследования. Оставшиеся 157 пациентов были разделены на 3 группы. Первая группа включала 40 пациентов, которым была выполнена ПДР без предварительных инвазивных вмешательств. У 33 больных отсутствовала клиническая картина механической желтухи, в 7 наблюдениях ПДР выполняли на фоне желтухи при среднем уровне билирубина 130 мкмоль/л (52 – 200). Вторую группу составили больные которым было выполнено эндоскопическое стентирование желчного протока. В данную группу вошло 59 пациентов. Наружное дренирование имело место у 58 больных, которые включены в третью группу. Группы были сопоставимы по демографическим показателям и стадиям заболевания.

Результаты лечения сравнили по группам по числу общих, специфических и гнойно-септических осложнений. Результаты. В группе эндоскопического стентирования пластиковый стент был установлен в 48 случаях, нитиноловый – в 11. В группе наружного дренирования у 20 пациентов была холецистостома, у 25 – чрезкожная чреспеченочная холангиостома, у 3 – дренаж Кера. Наружно-внутренние дренажи были у 10. Семи пациен-

там дренирование было выполнено лапаротомным или лапароскопическим доступом, остальным – чрезкожно. Средний срок от момента дренирования до выполнения ПДР в I группе составил 35 дней (от 14 до 1123), во II группе – 38 (5 – 401). Высокий риск развития панкреатической фистулы, оцененный по данным срочного гистологического исследования среза поджелудочной железы во время ПДР (наличие более 40% функционирующих ацинусов), был у 18 (45%) пациентов первой, 18 (30,5%) второй и у 26 (45%) пациентов третей группы, без статистически значимой разницы. Послеоперационные осложнения наблюдались у 20 (50%), 38 (64%) и 33 (57%) пациентов (p>0,05). При этом специфические осложнения имели место у 15 (37,5%), 23 (38,9%) и 21 (36%) пациента (p>0,05), а неспецифические осложнения гнойно-септического характера – соответственно у 1 (2,5%), 20 (34%) и 15 (25%).

Выводы. Таким образом, общая частота развития осложнений не зависит от способа разрешения механической желтухи, однако частота неспецифических гнойно-воспалительных осложнений достоверно ниже у пациентов, которым до выполнения радикальной операции не выполнялись инвазивные вмешательства.

Ключевые слова: Хирургия. Панкреатологиия. Механическая желтуха. Рак поджелудочной железы. ПДР. ЧЧХС. Желчные протоки.

---

197. Технологические особенности методики чрескожного дренирования в лечении пациентов с гнойноно-некротическим парапанкреатитом

Ремизов С.И., Андреев А.В., Засядько О.В.

Краснодар

ГБУЗ «ККБ № 2», Краснодар, РоссияФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Пункционно-дренирующая методика лечения в настоящее время активно применяется в лечении пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом. Некоторые авторы используют её для удаления экссудата из сальниковой сумки и забрюшинного пространства, перед открытым этапом хирургического вмешательства, другие, наоборот, применяют его в качестве основного метода лечения, эффективность которого при этом достигает 35%. Задачи, решаемые в ходе применения пункционно-дренирующей технологии, должны быть направлены не только на удаление экссудата, но и на создание эффективных полноценных доступов в сальниковую сумку и забрюшинное пространство, через которые можно производить активное промывание патологических полостей и осуществлять при необходимости некрсеквестрэктомию.

Материалы и методы. С 2014 по 2016 гг. в ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара были пролечены 146 пациента с гнойно-некротическим парапанкреатитом. Всем больным было произведено дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства под ультразвуковой навигацией по разработанной в клинике методике. Методика. После визуализации расположения участков некрозов в поджелудочной железе по данным компьютерной томографии производят планирование доступов таким образом, чтобы осуществлялось дренирование всех отделов сальниковой сумки, а сами дренажи были подведены к очагам деструкции. С помощью иглы с мандреном под постоянным ультразвуковым контролем осуществляют чрескожные последовательные пункции полости сальниковой сумки через желудочно-ободочную связку и параколон справа и слева внебрюшинным доступом, с последующим проведением через иглу 2-3 жёстких проводников в полость сальниковой сумки и 1-2 – в забрюшинное пространство. По проводникам осуществляют бужирование пункционных каналов, введение дренажей и их перекрытие для предотвращения деформации траектории пункционного хода из-за преждевременного опорожнения патологической полости (патент РФ № 2786644).

Результаты. У 118 (80,8%) пациентов разработанная методика использовалась в качестве окончательного метода хирургического лечения. У 21 (14,4%) больных она была дополнена закрытой активной санацией некротической ткани – чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомией (через сформированные дренажами фистулы вводились лапапроскопические инструменты, а также гибкая оптическая система и осуществлялось удаление секвестров). У 7(4,8%) человек минимально инвазивная некрсекветрэктомия не выполнялась, вследствие создания патологических доступов на этапе апробации методики, что потребовало открытых вмешательств. Открытые методики лечения понадобились у 9 (6,2%) пациентов (у 7 больных на этапе апробации методики и у 2 при неуспешной минимально инвазивной некрсеквестрэктомии). Летальность составила 20 (13,7%) пациентов.

Обсуждение. В нашем варианте пункционно-дренирующая методика рассматривается в качестве начального этапа закрытой минимальной инвазивной технологии лечения, поэтому проведению дренажей по заранее запланированной траектории придается большое значение. Разработанная методика позволяет создавать полноценные доступы путём одновременного последовательного дренирования сальниковой сумки и параколон справа и слева двухпросветными дренажами большого диаметра с учётом возможности их последующего промывания. Данный эффект достигается с помощью того, что применение вышеописанной методики препятствует преждевременному опорожнению и смыканию патологических полостей.

Выводы и рекомендации. Разработанная методика чрескожного дренирования, позволяющая создавать полноценные доступы путём одновременного последовательного дренирования сальниковой сумки и параколон справа и слева двухпросветными дренажами большого диаметра, при необходимости дополненная закрытой чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомией, позволяет добиться снижения необходимости проведения открытых вмешательств до 6,2% случаев, а эффективно применять чрескожное дренирование в качестве окончательного метода лечения в 80,8%.

Ключевые слова: Острый панкреатит, панкреонекроз, минимально инвазивные вмешательства

---

198. Оценка причин неудачной некрсеквестрэктомии у пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом с использованием закрытой минимально инвазивной технологии

Ремизов С.И., Андреев А.В., Засядько О.В.

Краснодар

ГБУЗ «ККБ № 2», Краснодар, РоссияФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

В 1998г. была предложена чрескожная пункционно-дренирующая методика лечения пациентов с острым некротическим панкреатитом. Эффективность способа в разных исследованиях оценивалась авторами от 35 до 100%. Одной из наиболее значимых работ стало ретроспективное многоцентровое исследование PANTER, проведённое в Нидерландах, по данным которого технология чрескожного дренирования в качестве окончательного способа лечения использовалась в 35% случаев. Одним из самых существенных недостатков пункционно-дренирующей методики, на наш взгляд, является отсутствие возможности активного удаления секвестров из забрюшинного пространства. В настоящее время наибольшее распространение получила методика видеоассистированной забрюшинной санации (VARD), которая, по сути, является комбинаций закрытого и открытого способов лечения. В нашей клинике была разработана закрытая минимально инвазивная технология, обеспечивающая удаление некротической ткани с помощью чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии.

Материалы и методы. Исследование представляет собой ретро- и проспективный анализ результатов лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом в период с 2018 по 2022 г. Было пролечено 128 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, которым на первом этапе было выполнено дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, на втором – активное удаление некротической ткани с помощью метода чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии. Методика заключается в следующем: через сформированные дренажами каналы вводят лапароскопический инструментарий, гибкую оптическую систему (гастроскоп) и производят удаление секвестров в пределах здоровых тканей под визуальным контролем.

Результаты. Из 128 человек некрсеквестрэктомия с помощью методики чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии была успешной у 112(87,5%) пациентов: у 91(81,3%) человек она была произведена однократно, у 17 (15,1%) – 2 раза, у 4 (3,6%) – 3 раза (всего 137 раз). У 16 (12,5%) человек некрсеквестрэктомия была безуспешной и для удаления некротической ткани пришлось использовать открытые методики хирургического лечения. Летальность составила 18(14,1%) человек.

Обсуждение. При анализе неудачных случаев чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии были установлены следующие причины. У 5 (31,2%) пациентов, которым первичное дренирование было выполнено дренажами небольшого диаметра 8-14Fr, при опорожнении патологической полости произошла деформация траектории пункционного канала, что не позволило ввести рабочий инструментарий. У 4(25%) дренажи были установлены в разных плоскостях, вследствие чего рабочий инструментарий не визуализировался эндоскопом. У 4(25%) был сформирован извитой канал вследствие неудачной траектории пункционного хода, что было вызвано необходимостью изменять направлений иглы при проведении пункция с целью обхода сосудов и внутренних органов. У 2(12,5%) был сформирован длинный пункционный канал, в связи с чем изменение направлений движения инструментария в пункционном канале при манипуляциях было значительно ограничено. Также были выявлены тактические ошибки, приведшие к неудачной некрсеквестрэктомии, такие, как попытки ранней некрсеквестрэктомии, когда секвестры не были сформированы, вследствие чего развилось интраоперационное кровотечение у 1(6,3%) пациента.

Выводы и рекомендации. Анализ причин, приведших к неудачам при проведении чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии, позволяет повысить эффективность методики.

Ключевые слова: Острый панкреатит, панкреонекроз, минимально инвазивные вмешательства

---

199. Хирургическая стратегия при распространённом гнойном перитоните и абдоминальном сепсисе

Щеголев А.А. (1,2), Товмасян Р.С. (1,2), Чевокин А.Ю. (2,1), Васильев М.В. (2,1), Плотников В.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. На современном этапе развития хирургии главный принцип хирургического лечения перитонита очевиден —¬ это необходимость надёжно ликвидировать источник контаминации брюшной полости. Однако многие другие вопросы хирургической стратегии остаются весьма дискутабельными: либо однократное хирургическое вмешательство (лапароскопия или лапаротомия), либо программные этапные хирургические вмешательства, либо «открытый живот». Чётких критериев для выбора той или иной стратегии в настоящее время не выработано.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 154 больных распространенным гнойным перитонитом в университетской хирургической клинике ГКБ им. Ф. И. Иноземцева (руководитель – д.м.н. профессор Щеголев А.А.) с 2014 года по 2022 гг. 114 больным после стартового вмешательства была выбрана хирургическая стратегия релапаротомий «по программе», в лапаротомной ране ушивалась только кожа (I группа), 40 больным – стратегия «открытого живота» (ОЖ) с выполнением вакуум-ассистированной лапаростомы (II группа). Группы были рандомизированы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, тяжести полиорганной недостаточности (ПОН) по шкале SOFA. Несмотря на несколько большую выраженность ПОН во II группе, достоверных отличий по вышеперечисленным критериям рандомизации не выявлено. Далее, среди больных I группы были выделены 2 подгруппы: Iа – больные, у которых на программной релапаротомии дополнительного источника контаминации не выявлено и перитонит был разрешён (61 больной), Iб – у которых на повторной операции констатирован продолжающийся перитонит или выявлен новый источник контаминации (53 больных).

Результаты. При ретроспективном анализе состояния больных при поступлении во II группе (группа ОЖ) абдоминальный сепсис (критерии Сепсис-3) выявлен у всех больных (100%), а случаев не разрешившегося перитонита на повторной операции не отмечено. В Iа подгруппе сепсис исходный выявлен у 28 больных (45,9%), а в подгруппе Iб сепсис при поступлении выявлен у 43 больных (81,1%). Летальность в I группе составила 43,9% (50 больных), причем в подгруппе Iа летальность составила 27,8% (17 больных), а в группе Iб – 62,3% (33 больных). Летальность во II группе составила 42,5% (17 больных).

Обсуждение и выводы. Анализ результатов исследования показал сопоставимую летальность в группах больных со стратегией релапаротомий «по программе» и «открытого живота». Однако примечательно, что летальность была существенно выше в подгруппе релапаротомий «по программе» с не разрешившимся перитонитом по сравнению с группой ОЖ, где случаев не разрешившегося перитонита не отмечено вовсе. Между тем, эти две выборки пациентов были однородны и сопоставимы по наличию сепсиса на момент поступления (81,1% и 100% соответственно). Анализ результатов исследования позволяет предположить, что наличие сепсиса можно рассматривать в качестве одного из значимых критериев для выбора стратегии ОЖ при распространенном гнойном перитоните.

Ключевые слова: перитонит, абдоминальный сепсис, релапаротомия «по программе», «открытый живот», вакуум-ассистированная лапаростома.

---

200. Первичное фасциальное закрытие – основной путь улучшения результатов хирургической стратегии «открытый живот»

Щеголев А.А. (1,2), Товмасян Р.С. (1,2), Чевокин А.Ю. (2,1), Васильев М.В. (2,1), Плотников В.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. Стратегия «открытого живота» (ОЖ) и различные варианты вакуум-ассистированных лапаростом применяются в лечении абдоминальной катастрофы травматического и нетравматического генеза при наличии интраабдоминальной гипертензии, необходимости оценки жизнеспособности кишечника в динамике, неполном контроле источника перитонита, в качестве оптимального метода временного закрытия живота в рамках стратегий damage control и source control. Наиболее опасными осложнениями методики являются развитие «замороженного живота» с потерей брюшного домена, кишечных свищей и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Основной путь снижения частоты этих осложнений и, соответственно, летальности – это стремление к так называемому первичному фасциальному закрытию живота в рамках данной стратегии.

Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 62

больных с использованием стратегии ОЖ: 10 – абдоминальная травма (I группа), 52 – нетравматическая абдоминальная катастрофа и абдоминальный сепсис (II группа). В группе нетравматических больных: 42 – вторичный гнойный перитонит, 8- острые сосудистые заболевания кишечника с развитием гангрены, 2 – панкреонекроз.

Результаты. Общая летальность составила 41,9% (26 больных). В I группе (травма) летальность составила 20% (умерло 2 больных), во II группе (нетравматическая катастрофа) – летальность составила 48% (умерло 24 больных). В группе умерших больных (n=26) полного фасциального закрытия (ПФЗ) удалось достичь у 2 пациентов (7,7%). Среди выживших пациентов (n=36) частота ПФЗ составила 72,2% (26 больных), в этой же категории выживших пациентов отмечено 2 «замороженных живота» и 8 случаев кожного закрытия лапаротомной раны. Для ПФЗ использовались следующие технические методики аппроксимации в лапаротомной ране: ? Одномоментное ушивание фасции после завершения активной фазы ОЖ (6 больных). Успех ПФЗ достигнут в 4 случаях. Методика оказалась эффективной у больных с травмой, у нетравматических пациентов оказалась практически неприменима. ? Вакуум-ассистированная аппроксимационная система типа Vittmann Patch с использованием синтетической полипропиленовой сетки применялась у 4 больных. Успех ПФЗ достигнут лишь у 2 пациентов, эффективность методики оказалась неудовлетворительной. ? Вакуум-ассистированная аппроксимационная система (ВАДАС) собственной разработки с использованием эластичных тяг в 2 вариантах: с использованием извлекаемой антиадгезивной висцеральной плёнки (ВАДАС) или неизвлекаемой композитной сетки для IPOM-пластики (ВАДАС + аллопластика), выполнено в 18 случаях, успех ПФЗ достигнут у 15 больных (83,3%). Методика оказалась одинаково эффективной у пациентов с травмой и нетравматических пациентов. ? Вакуум-ассистированная аппроксимационная система типа Vittmann Patch с использованием композитной сетки для IPOM-пластики без эластических тяг. Использовалась у 6 нетравматических больных и показала наилучшие результаты. Успех ПФЗ достигнут у 5 больных (83,3%).

Обсуждение и выводы. В исследовании получены многообещающие результаты, которые позволяют с оптимизмом смотреть на возможность первичного фасциального закрытия как эффективного метода улучшения результатов лечения больных, перенесших стратегию ОЖ.

Ключевые слова: «открытый живот», вакуум-ассистированная лапаростома, первичное фасциальное закрытие живота, «замороженный живот»

---

201. Спорные вопросы хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Щеголев А.А. (1), Аль-Сабунчи О.А. (1), Громов Д.Г. (2), Кальченко Е.В. (1)

Москва

1.ФГБОУ Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова МЗ РФ,
2. Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗ г. Москвы

Актуальность: В хирургическом сообществе не утихают дискуссии на тему выбора оптимального тактического подхода при рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Только строгое соблюдение национальных клинических рекомендаций, междисциплинарный подход, включающий взаимодействие хирургов, реаниматологов, эндоскопистов и интервенционных радиологов позволяют в конечном итоге добиться значимых результатов в лечении таких пациентов.

Материал и методы: Дизайн исследования предполагал программу лечения, соответствующую принципам и стандартам, изложенным в Национальных Клинических рекомендациях по язвенным гастродуоденальным кровотечениям За последний 5 лет было пролечено 717 больных, источником кровотечения у которых являлись хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика на этапе поступления для всех больных предполагала проведение экстренной ЭГДС. Следует отметить, что эндоскопический гемостаз применялся у всех пациентов как с целю остановки активного кровотечения (Forrest IA/B) так и в качестве профилактики рецидива кровотечения (Forrest 2A/B). Из эндоскопических методов применяли инъекционную методику совместно с арогоноплазменной коагуляцией или наложением клипсы на кровоточащий сосуд. Программа медикаментозного лечения включала назначение препарата Омепразол в рекомендованной дозировке (160мг в виде внутривенной болюсной инфузии, с дальнейшим введением на инфузомате в дозировке 8 мг/ч. на протяжении трех суток, далее фракционно) и эрадикацию Helicobacter Pylori средствами первой линии (Амоксициллин и Кларитромицин). ЭГДС в динамике проводили в течение первых суток только при условии неустойчивого эндоскопического гемостаза, недостаточном первичном осмотре и при рецидиве кровотечения.У больных с высоким риском рецидива кровотечения выполняли превентивную транскатетерную эмболизацию артерий желудка и 12-перстной кишки. Тактика ведения больных с рецидивом геморрагии включала повторный эндогемостаз, эндоваскулярные вмешательства или экстренную операцию и в большинстве случаев определялась эмпирически. Полученные результаты: рецидив кровотечения возник у 12 больных (1,7%.) В Эндоваскулярный гемостаз выполнен 119 пациентам выполнен эндоваскулярный гемостаз.

Рецидив после эндоваскулярного гемостаза возник у 2 больных. Хирургическая активность составила – 1,7% (12 больных). Операции выполнялись в связи с продолжающимся кровотечений (9 больных) или в случае его рецидива (4 больных). После операции умерло 4 пациентов. Общая летальность в группе составила 0,8%.

Обсуждение и выводы и рекомендации: Помимо спорных вопросах о сроках первичной ЭГДС и необходимости обязательного повторного эндоскопического вмешательства, нет окончательной ясности в методике назначения ингибиторов протонной помпы (низкие дозы vs высокие дозы). Очевидно, что превентивная ТАЕ у пациентов с высоким риском рецидива геморрагии, наряду с настойчивым эндоскопическим и медикаментозным гемостазом (NOM-стратегия) позволяют избежать повторных кровотечений и добиться существенного снижения летальности. С другой стороны, задержка с операцией при неоднократно рецидивирующих рефрактерных к эндоскопическому, медикаментозному и эндоваскулярному гемостазу кровотечениях приводит к значительному росту летальности. Помимо этого, требуется внесение ясности в вопросах стратификации и маршрутизации больных с язвенными кровотечениями и уточнения критериев риска повторных кровотечений.

Ключевые слова: Язвенные кровотечения, хирургическая тактика, блокаторы протонной помпы

---

202. Bethesda vs TIRADS: стратификация рисков рака щитовидной железы

Щеголев А.А. (1,2), Слободяник А.С. (2), Ларин А.А. (1,3), Когут О.Б. (1,2).

Москва

1. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета.
2. ГБУЗ “ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ” центр эндокринной хирургии.
3. ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России.

Актуальность: На сегодняшний день пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия (ПТАБ) является основным методом стратификации рисков рака щитовидной железы (ЩЖ). Тем не менее, в последние годы все большее значение придается ультразвуковому исследованию (УЗИ) с использованием системы TIRADS, что в ряде случаев, даже при доброкачественном результате цитологического исследования, позволяет на диагностическом этапе предположить злокачественный характер узлового образования.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ результатов дооперационного цитологического исследования по системе Bethesda 2017 г. и результатов УЗИ с использованием системы стратификации рисков рака ШЖ, разработанную Американским колледжем радиологии Thyroid image reporting and data system (ACR-TIRADS), с результатами гистологического исследования операционного материала.

Материалы и методы: Изучены результаты цитологического (Bethesda 2017) и УЗ исследования узловых образований у 2554 оперированных больных находящихся на лечении в Центра эндокринной хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева (Университетская госпитальная хирургическая клиника РНИМУ им. Н.И. Пирогова) с 2018 по 2019 г. Проведена их сравнительная оценка с результатами гистологического исследования.

Результаты: Цитологические категория Bethesda I отмечена у 57 (2,3%) пациентов, Bethesda II – у 1137 (44,5%) пациентов, Bethesda IV – у 920 (36,0%) больных, Bethesda V – у 327 (12,8%) больных, Bethesda VI – у 113 (4,4%) пациентов. Следует отметить, что пациенты с цитологической категорией Bethesda III из исследования были исключены. При цитологической категории Bethesda I рак диагностирован у 14 (24,6%) пациентов, из них с категорией ACR-TIRADS 4 – 3 (21,4%) пациента, ACR-TIRADS 5 – 11 (78,6%) пациентов. При цитологической категории Bethesda II рак диагностирован у 36 (3,2%) больных, из них у 9 (25,0%) пациентов с категорией ACR-TIRADS 4, категория ACR-TIRADS 5 у 27 (75,0%) пациентов. При цитологической категории Bethesda IV рак наблюдался у 207 (22,5%) пациентов, из них с категорией ACR-TIRADS 4 – 58 (28,0%) больных, категория ACR-TIRADS 5 наблюдалась у 149 (72,0%) пациентов. При цитологической категории Bethesda V рак диагностирован у 255 (78,0%) больных, из них категория ACR-TIRADS 4 у 87 (34,1%) пациентов, категория ACR-TIRADS 5 у 168 (65,9%) больных. При цитологической категории Bethesda VI рак верифицирован у 110 (97,3%) больных, из них с категорией ACR-TIRADS 4 – 35 (31,8%) пациентов, категория ACR-TIRADS 5 у 75 (68,2%) больных. По результатам гистологического исследования рак ЩЖ выявлен у 622 (24,5%) больных. У всех больных с категорией ACR-TIRADS 5 при гистологическом исследовании был диагностирован рак ЩЖ. Также следует отметить, у всех пациентов с категориями ACR-TIRADS 2 и ACR-TIRADS 3 по результатам гистологического исследования диагностированы только доброкачественные узлы. У пациентов с категорией ACR-TIRADS 4 при гистологическом исследовании доброкачественный характер образований ЩЖ имел место: при цитологической категории Bethesda I – у 15 (26,3%) пациентов, Bethesda II – у 14 (1,2%) больных, при Bethesda IV – у 194 (21,1%) пациентов, при Bethesda V – у 26 (7,9%) пациентов, при Bethesda VI – у 3 (2,6%) больных.

Выводы: У пациентов с узловым зобом при определении показаний для хирургического лечения необходим ком-

плексный подход, основанный на результатах цитологического исследования по системе Bethesda и УЗ системе стратификации рисков рака ЩЖ ACR-TIRADS. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о нецелесообразности проведения ПТАБ у пациентов при категории риска рака ЩЖ ACR-TIRADS 2. Категория ACR-TIRADS 3 встречается только у пациентов с доброкачественным гистологическим заключением. Так как категория ACR-TIRADS 5 встречалась только у пациентов со злокачественным гистологическим результатом, то при выявлении, таких пациентов (с ACR-TIRADS 5), независимо от результатов цитологического исследования, им необходимо рекомендовать хирургическое лечение.

Ключевые слова: пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы, ПТАБ ЩЖ, рак щитовидной железы, Bethesda, ARC TIRADS

---

203. Экспериментальная оценка влияния «турникетной травмы» (синдрома ишемии-реперфузии) на исход комбинированного радиационно-механического поражения

Жабин А.В. (1), Носов А.М. (1), Селезнёв А.Б. (2), Самохвалов И.М. (1), Карамуллин М.А. (2), Торшин К.В. (1), Суворов А.В. (1), Якунчикова Е.А. (2)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
2) Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины

Актуальность. В современных условиях сохраняются риски возникновения комбинированных радиационно-механических поражений (КРМП). Основным методом временной остановки наружного кровотечения, не зависящим от наличия у пострадавшего острого радиационного поражения (ОРП), остается наложение жгута. Интервал времени между наложением жгута в очаге радиационного поражения и поступлением пострадавшего на этап медицинской эвакуации, где будет окончательно снят жгут, в определенных условиях может значительно превышать безопасные сроки для развития «турникетной травмы» (синдрома ишемии-реперфузии). Предполагалось, что в случае КРМП, фактор «турникетной травмы» мог оказать более выраженное негативное влияние на общий исход поражения, по сравнению с изолированной травмой, осложненной массивной кровопотерей, что и стало целью исследования.

Материалы и методы. Работа проведена на 27 кроликах-самцах, породы «Советская шиншилла», из которых сформированы группы: «Контроль» – модель острой лучевой болезни; «Жгут» – модель механической травмы и «КРМП» – модель КРМП. Для воспроизведения ОРП кроликов подвергали острому кратковременному относительно равномерному облучению всего тела в дозе, равной ЛД80/30. Модель механической травмы включала изолированную рану мягких тканей бедра с продолжающимся кровотечением из поврежденных сосудов и кровопотери, равной 40% объема циркулирующей крови, с последующим наложением жгута до визуальной остановки кровотечения. Жгут накладывался на 2 ч, что соответствует 3-3,5 ч нахождения жгута у человека. После его снятия выполняли хирургическую обработку, рану ушивали. Проводили антибактериальную терапию. Использовали суженный до 15 мм (ширина ленты) жгут типа Эсмарха. Оценивали эффективность гемостаза, сохранение функций конечности, течение раневого процесса, 30-ти суточную выживаемость.

Результаты. В группе «Контроль» воспроизведено ОРП средней степени тяжести, в группе «Жгут» – механическая травма средней степени тяжести, а в группе «КРМП», сочетающий эти виды поражения, – КРМП тяжелой степени. Применение жгута во всех случаях обеспечило эффективный гемостаз. Во время снятия жгута пали два животных с КРМП. У всех кроликов с наложенным жгутом развилось стойкое нарушение двигательной функции травмированной конечности. Кроме того, у всех животных, перенесших период наложения жгута и доживших до 10-12 суток постлучевого периода наблюдали развитие инфекционного процесса в ране. Выживаемость кроликов в группе «Жгут» составила 71 ± 17%, а в группе «КРМП» значимо снизилась до 29 ± 12% ($p = 0,04$).

Обсуждение. Гибель кроликов с КРМП в момент снятия жгута была обусловлена развитием тяжелых гемодинамических расстройств (шоком) в результате феномена взаимного отягощения (ФВО) лучевого (радиационное повреждение эндотелия, участвующего в формировании гематоэнцефалического барьера, в сочетании с эндогенной токсемией) и нелучевого (гиперкалиемия, острая гиповолемия на фоне сниженного объема циркулирующей крови, метаболический ацидоз и др.) компонента поражения. Общее снижение выживаемости в группе с КРМП в случае длительного наложения жгута также было связано с развитием ФВО, в виде генерализации инфекции и роста тяжести инфекционных осложнений вследствие угнетения иммунитета на фоне постлучевой аплазии костного мозга. Патогенез местных изменений в травмированной конечности, по всей видимости, был обусловлен механической травматизацией бедренного нерва и ишемией мягких тканей в результате длительного давления.

Выводы. Установлено, что длительное наложение жгута ухудшает исход КРМП, по сравнению с аналогичной изолированной механической травмой. В основе гибели животных в раннем периоде КРМП на фоне снятия жгута лежит развитие тяжелого шока, а гибели в период раз-

гара ОРП – генерализация инфекционных осложнений.

Рекомендации. Целесообразно продолжение исследования влияния времени наложения жгута в различных температурных условиях и при различной кровопотере на исход КРМП с целью уточнения рекомендаций по контролю жгута в ходе эвакуации.

Ключевые слова: Комбинированное радиационно-механическое поражение, наружное кровотечение, жгут, «турникетная травма»

---

204. Резидуальный гиперпаратиреоз. Тактика хирурга

Ларин А.А. (1,2), Щеголев А.А. (1,3), Мазурова О.В. (2), Чешуина Ю.В. (2), Евлоева Л.А. (2), Потемкин А.В. (2), Лесовик В.С. (2), Ланвен Л.А. (1,3)

Москва

1. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2. ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России
3. ГБУЗ “ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ”

Актуальность: Причина резидуального гиперапаратиреоза (ГПТ) – неудаленная при хирургическом вмешательстве гиперактивная околощитовидная железа (ОЩЖ), приводящая к персистенции гиперпаратиреоза. Несмотря на то, что медикаментозная терапия может помочь контролировать уровень паратгормона (ПТГ) и кальция крови, наиболее эффективным способом лечения персистенции гиперпаратиреоза является выполнение повторного хирургического вмешательства.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ хирургического лечения резидуального гиперпаратиреоза 52 пациентов. Из них 40 (77%) больных были изначально оперированы по поводу ВГПТ на фоне ХБП, объем операции в их случае являлась тотальная паратиреоидэктомия (ПТЭ). Еще 12 (23%) пациентов оперированы по поводу первичного гиперпаратиреоза, их них 9 пациентам была выполнена селективная ПТЭ, а 3 пациентам была проведена ревизионная ПТЭ. Инструментальной обследование, направленное на визуализацию не удаленной в ходе первой операции ОЩЖ включало в себя ультразвуковое исследование шеи, сцинтиграфию шеи и средостения с 99mTc-MIBI, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) шеи и средостения с контрастированием. После проведения обследования все пациенты были повторно оперированы. Полученные результаты: Ультразвуковое исследование позволило визуализировать ОЩЖ только у 3 (5,8%) пациентов, которым ранее выполнялась селективная ПТЭ. У всех остальных больных УЗИ шеи было неинформативным. Сцинтиграфия позволила установить локализацию не удаленной во время первой операции ОЩЖ у 47 (90,1%) пациентов. При МСКТ неудаленная ОЩЖ была обнаружена у 44 (84,6%) пациентов, причем в 39 случаях данные МСКТ, совпадали с данными полученными при сцинтиграфии. У 5 пациентов резидуальная ОЩЖ не была визуализирована ни одним методом. У 27 (51,9%) пациентов – отмечена атипичная локализация не удаленной ОЩЖ на шее или в ткани щитовидной железы, у 20 (38,4%) пациентов – эктопированная в средостение ОЩЖ, у 5 (9,6%) пациентов – резидаульная ОЩЖ не была обнаружена. Повторная операция у 45 (86,5%) пациентов была выполнена из доступа по Кохеру. У 13 (29%) из них ОЩЖ без расширения доступа была удалена из верхнего средостения, в 2 случаях при этом использовалась видеоассистенция. Еще у 5 больных объем операции был ограничен ревизией шеи ретроэзофагального и ретротрахеального пространства, и доступного пространства верхнего средостения, резидуальная ОЩЖ так и не была найдена, у всех этих больных на дооперационном этапе не удалось визуализировать ОЩЖ. У 7 (13,5%) пациентов с целью удаления эктопированной в средостение ОЩЖ была выполнена неполная срединная стернотомия. Снижение уровня ПТГ входе операции достигнуто у 46 (88,5%) больных. Уровень ПТГ не изменился у 5 пациентов, у которых при обследовании ОЩЖ не была визуализирована и объем операции был ограничен только ревизией шеи и у 1 пациента с ВГПТ несмотря на то, что в ходе операции была удалена ОШЖ, что было подтверждено при последующем гистологическом исследовании. У 46 (98%) пациентов из 47 в ходе операции подтвердились данные полученные при сцинтиграфии, у 1 пациента более точно локализация ОЩЖ была определена при МСКТ.

Обсуждение результатов: При обследовании пациентов с персистенцией гиперпаратиреоза наиболее информативной визуализирующей методикой явилась сцинтиграфия. УЗИ показало себя малоинформативным в связи с частой локализацией резидуальной ОЩЖ в «слепых» для УЗИ зонах. Данные МСКТ в большинстве случаев совпадают с данными сцинтиграфии, однако при расхождении результатов полученных при сцинтиграфии и МСКТ, данные сцинтиграфии являются более достоверными.

Выводы и рекомендации: 1. Решающую роль в успехе повторной операции при персистенции ГПТ принадлежит дооперационной визуализации ОЩЖ. 2. В качестве метода визуализации первой линии следует использовать сцинтиграфию с 99mTc-MIBI. 3. В случае неуспешной визуализации резидуальной ОЩЖ выполнение повторного хирургического вмешательства нецелесообразно.

Ключевые слова: гиперпаратиреоз, первичный гиеперпаратиреоз, вторичный гиперпаратиреоз, резидуальный гиперпаратиреоз, паратиреоидэктомия

205. Колоректальный рак, осложненный перфорацией и абдоминальным сепсисом: особенности хирургической тактики

Белик Б.М. (1), Осканян М.А. (3), Мареев Д.В. (2), Сапралиев А.Р. (1), Суярко В.А. (2), Ефанов С.Ю. (1), Скорляков В.В. (1), Бабиев В.Ф. (1), Толстов И.Е. (1), Кещян С.С. (1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
2) ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А.Семашко»,
3) ГБУ РО «Областная клиническая больница № 2»

Актуальность. Одним из наиболее тяжелых осложнений колоректального рака является перфорация опухоли, что приводит к развитию калового перитонита и абдоминального сепсиса. Частота перфораций опухолей толстой кишки колеблется в пределах 2,3-27%, а послеоперационная летальность достигает 59-89,9%. При этом выбор хирургической тактики до настоящего времени представляет значительные сложности. Это связано с трудностью выбора оптимального метода операции в каждом конкретном случае на фоне тяжелого абдоминального инфекционно-воспалительного процесса, высокой частотой вовлечения в опухолевый процесс близлежащих органов и тканей, сложностью интраоперационной оценки распространенности злокачественного процесса, что служит к ограничению выполнения радикальных вмешательств и заставляет хирургов производить симптоматические операции, которые сопровождаются значительной частотой послеоперационных осложнений и высоким уровнем летальности.

Цель работы: оценить непосредственные результаты хирургических вмешательств у пациентов с колоректальным раком, осложненным перфорацией и абдоминальным сепсисом.

Материал и методы. В исследование были включены 116 пациентов с перфорацией колоректального рака, у которых развились распространенный гнойный перитонит и абдоминальный сепсис. Средний возраст больных – 58,2±2,4 лет. Тяжесть состояния пациентов составила по шкале SOFA 15,7±2,3 баллов, по шкале APACHE-II – 29,8±1,9 баллов. У 40 (34,%%) пациентов опухоль локализовалась в ректосигмоидном отделе, у 33 (28,4%) – в сигмовидной кишке, у 17 (14,6%) – в верхнеампулярном отделе прямой кишки, у 12 (10,3%) – в нисходящей ободочной кишке, у 11 (9,5%) – в поперечной ободочной кишке, у 3 (2,6%) – в слепой кишке. У 28 (24,1%) пациентов перфорация опухоли сопровождалась формированием параканкрозного инфильтрата с вовлечением в гнойно-деструктивный процесс близлежащих органов, у 10 (8,6%) больных развилась гнилостная флегмона брюшной стенки и/или забрюшинной клетчатки. Количество бактерий в перитонеальном экссудате варьировало в пределах 103-107 КОЕ/г. Морфологическая структура опухолей по степени дифференцировки: 77 (66,4%) случаев – низкодифференцированная аденокарцинома, 15 (12,9%) – умеренно дифференцированная аденокарцинома, 10 (8,6%) – высокодифференцированная аденокарцинома, 14 (12,1%) случаев – не было данных. У 76 (65,5%) больных был отмечен эндофитный рост опухоли, у 22 (19,0%) – экзофитный рост и у 18 (15,5%) – смешанный рост. Регионарные метастазы были обнаружены у 82 (70,7%) больных, отдаленные метастазы – у 35 (30,2%) больных. Всем пациентам после интенсивной предоперационной подготовки в условиях реанимационного блока были выполнены экстренные оперативные вмешательства. В зависимости от характера и объема выполненных вмешательств пациенты были разделены на три группы. У 56 (48,3%) пациентов были выполнены радикальные операции (1-я группа). При локализации опухоли в правой половине или в поперечной ободочной кишке выполняли правостороннюю гемиколэктомию или резекцию поперечной ободочной кишки с выведением обоих концов кишки на переднюю брюшную стенку в виде трансверзо- и илеостомы. У 4 пациентов после правосторонней гемиколэктомии накладывали илеотрансверзоанастомоз с декомпрессионной У-образной трансверзостомой. При левосторонней локализации опухоли осуществляли обструктивную резекцию кишки по типу операции Гартмана. У 24 (20,7%) больных с наличием отдаленных метастазов были произведены паллиативные операции (2-я группа). Этим пациентам выполнялась резекция кишки вместе с опухолью и выведение резецированных концов кишечника в виде стом на брюшную стенку. У 36 (31,0%) больных врастание опухоли в близлежащие органы и ткани сделало ее удаление невыполнимым. Данным больным были произведены симптоматические операции (3-я группа) – наложение колостомы или илеостомы с ушиванием и тампонированием зоны перфорации опухоли. Пациентам во всех группах в ходе оперативного вмешательства осуществляли полноценную санацию брюшной полости и назоэнтеральную декомпрессию тонкой кишки. У 20 (17,2%) пациентов выполнялись программированные санации брюшной полости (от 1 до 3), у 9 (7,8%) – релапаротомия по требованию. У 10 (8,6%) пациентов на фоне флегмоны передней брюшной стенки и/или анаэробного инфицирования забрюшинного пространства прибегали к открытому ведению брюшной полости (лапаростомии).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что факторами, существенно отягощающими состояние больных и непосредственно влияющими на течение и исход абдоминального инфекционного процесса при перфорации колоректальных опухолей, являются: преобладание левосторонней локализации с массивной микробной контаминацией брюшной полости, низкая степень дифференцировки, эндофитный рост, значительное местное распространение с развитием гнойной деструкции окружающих органов и тканей, высокая частота регионального и отдаленного метастазирования.

В 1-й группе больных, которым выполнялись радикальные операции, у 26 (46,4%) развились послеоперационные гнойно-септические осложнения, умерли 24 (42,9%) пациента. Во 2-й группе больных после произведенных паллиативных операций гнойно-септические осложнения составили 58,3% (14 пациентов), умерли 13 (54,2%) больных. В 3-й группе пациентов, которым выполнялись симптоматические операции, частота гнойно септических осложнений была самой высокой – 72,2% (26 больных), как и уровень послеоперационной летальности – 66,7% (умерли 24 больных). Общая послеоперационная летальность составила 52,6% (умер 61 пациент). Таким образом, наибольший процент летальности и послеоперационных гнойно-септических осложнений регистрируется в группах больных после выполненных паллиативных и симптоматических операций. Это в значительной мере объясняется наличием у данных пациентов очагов отдаленного метастазирования, что на фоне гнойного перитонита и абдоминального сепсиса серьезно ухудшает течение и исход заболевания.

Выводы. У больных с перфорацией колоректального рака на фоне перитонита и абдоминального сепсиса при смещаемой опухоли, стабильных параметрах гемодинамики и отсутствии декомпенсации сопутствующих заболеваний целесообразно выполнение радикальных операций без восстановления непрерывности кишечника. При выявлении у больных отдаленных метастазов и наличии вышеназванных условий также оправдано выполнение паллиативных резекций кишки вместе с опухолью. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки целесообразно выполнять правостороннюю гемиколэктомию с выведением резецированных концов кишки в виде стом на переднюю брюшную стенку или накладывать илеотрансверзоанастомоз вместе с декомпрессионной У-образной трансверзостомой. При левосторонней локализации опухоли наиболее оправдано выполнение обструктивной резекции кишки по типу операции Гартмана. Выполнение симптоматических операций у больных с перфорацией колоректального рака на фоне абдоминального сепсиса допустимо при вколоченных опухолях, прорастающих в соседние органы и ткани, нестабильных показателях гемодинамики и наличии декомпенсации сопутствующих заболеваний. Вместе с тем симптоматические операции не ликвидируют источник перитонита, что сопровождается прогрессированием абдоминального сепсиса и крайне высоким уровнем летальности (66,7%).

Ключевые слова: колоректальный рак, перфорация опухоли, гнойный перитонит, абдоминальный сепсис, хирургическая тактика

---

206. Диагностика и хирургическая тактика у беременных с подозрением на острый аппендицит.

Логвин Л.А., Попов Д.Н., Смирнов Д.А., Корольков А.Ю.

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

Введение. Острый аппендицит (ОА) является самой распространенной хирургической патологией во время беременности. Несмотря на современные методы диагностики, постановка правильного и своевременного диагноза представляет собой сложную задачу даже для опытных специалистов ввиду неспецифичности классических симптомов ОА, которые могут сопровождать нормальное течение беременности. При поздней диагностике значительно возрастает риск возникновения осложненных форм ОА, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода. В тоже время гипердиагностика влечет за собой высокую частоту негативных аппендэктомий, что сопряжено с вероятностью интра- и послеоперационных осложнений. Выбор способа оперативного лечения является предметом дискуссий на разном сроке гестации

Цель. Улучшить результаты лечения беременных женщин с подозрением на острый аппендицит

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, госпитализированных в экстренном порядке в ПСПбГМУ им. Акад. И. П. Павлова в период с 2010 по 2021 гг, с подозрением на ОА. В исследование включено 162 оперированных беременных с диагнозом «острый аппендицит». Все пациентки были разделены на две группы: 1) период 2010-2014; 2) период 2015-2021. Такое разделение связано с реструктуризацией университета в 2015 и формированием НИИ хирургии и открытием в его составе СтОСМП. До 2015 года все беременные с болевым абдоминальным синдромом поступали в акушерский приемный покой, находящийся в отдельном корпусе, где были ограничены диагностические возможности, отсутствовали специалисты других специальностей. Обе группы сравнены по таким параметрам, как среднее время от момента поступления до постановки диагноза, соотношение лапароскопических и открытых оперативных вмешательств, количество «отрицательных» аппендэктомий, средний койко-день, количество экстренных срочных и преждевременных родов

Результаты. В результате сравнения отмечено появление в структуре оперативных вмешательств лапароскопических аппендэктомий с 2015 года, однако увеличились сроки постановки диагноза (3,7; 7,5 ч, p >0,05), что, вероятней всего, связано с более тщательной диагностикой. Уменьшилось количество экстренных срочных и преж-

девременных родов (27,3%; 9,4%, p <0,01). Уменьшилось количество «отрицательных» аппендэктомий, однако разница недостоверна и процент их по-прежнему оставался высоким (48,5%; 38,5%, p=0,209). Был проанализирован алгоритм обследования беременных с подозрением на острый аппендицит до 2022: он заключался в проведении динамического наблюдения и консервативной терапии, а в случае сомнительного диагноза выполнялось оперативное вмешательство. Для улучшения качества диагностики ОА с 2022 года алгоритм был дополнен выполнением МРТ для 2-3 триместра и лабораторными исследованиями (КАК, СРБ и прокальцитонин) через 6 часов при сомнительном диагнозе. Для оценки модифицированного алгоритма проведено проспективное исследование в период с января 2022 по февраль 2023, пролечено 15 пациенток, на сроке беременности 2-3 триместра, которым в результате обследования по новому алгоритму был установлен диагноз ОА. Внедрение данного алгоритма позволило в значительной степени уменьшить количество отрицательных аппендэктомий (6,66%, p=0.011). Помимо этого, отмечен рост доли лапароскопических операций по сравнению с ретроспективной группой (13,5; 66,7%, p <0,0001)

Выводы. Изолированное использование лабораторных и инструментальных методов диагностики, не позволяет с достаточной достоверностью установить или исключить диагноз ОА, что приводит к высокой вероятности «негативной» аппендэктомии. Внедрение в структуру многопрофильного стационара СтОСМП и лапароскопических технологий позволяет улучшить результаты лечения у беременных с ОА. Использование нового алгоритма диагностики ОА у беременных в ПСПбГМУ с 2022 года позволило значительно уменьшить частоту «отрицательных» аппендэктомий (p=0,011), а также сократить количество срочных и преждевременных родов (p<0,001).

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность

---

207. Охраноспособные технологии для лечения кишечной непроходимости

Богомолов Н.И. (1), Томских Н.Н. (2), Кашафеева А.А. (1)

Чита

(1) ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ,
(2) ГУЗ КМЦ Читы МЗ Заб. Края

Актуальность. Острая кишечная непроходимость (ОКН) на протяжении столетий – доминирующая патология, наряду с острым аппендицитом, среди ургентных заболеваний. Разработка более совершенных способов диагностики и лечения этой патологии востребовано и сегодня.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения ОКН по материалам двух клиник у сотен больных за полувековой период деятельности. Отдельно оценено влияние применения охраноспособных технологий и устройств на результаты лечения ОКН. Полученные результаты. На протяжении десятилетий совершенствовалась технология диагностики и лечения ОКН. С 1982 года нами стала применяться зондовая интраоперационная интубация кишки устройствами собственной конструкции (патент РФ № 2121376 от 13.12.95г. с пятью модификациями) как в антеградном, так и ретроградном и трансстомическом вариантах. Разработан способ кишечного лаважа минеральной водой и чрезондовой энтеросорбции (патент РФ № 2122868 от 10.12.98г.); модифицирован способ интестинопликации в бесшовном варианте фиксации петель кишки (патент РФ № 2177741 от13.04.98г.). В диагностике широкое применение получило изучение пассажа бария в динамике, что улучшило и ускорило своевременное подтверждение ОКН. Доказана эффективность интрапортальной инфузионной терапии через катетеризированную пупочную вену. Открытые варианты дренирования кишки через сформированные стомы по показаниям сочетали с зондовыми вариантами, что кратно благотворно повлияло на результаты лечения заболевания.

Обсуждение. Вместе с тем, на результаты лечения оказывали влияние сроки обращения и госпитализации больных, возраст пациентов и наличие тяжёлой сопутствующей патологии. Немаловажное значение имели способ обезболивания, продолжительность и качество предоперационной подготовки, уровень подготовленности медицинского персонала и оснащённость лечебного учреждения. Итоги лечения в клиниках качественно отличались от результатов работы ЦРБ, учитывая протяжённость транспортных коммуникаций в обширном и малонаселённом регионе. В целом благодаря новым технологиям и устройствам удалось снизить летальность при ОКН в 3,2 раза (с 13,4% до 4,2%).

Выводы и рекомендации. Лиц с подозрением на ОКН обязаны госпитализировать и применяя все средства визуализации подтвердить или отвергнуть диагноз. Диагностические процедуры можно совмещать с предоперационной подготовкой. После устранения причины ОКН необходимо адекватно дренировать просвет кишки совмещая эту процедуру с внутрикишечными лечебными пособиями. Совершенствование технологий лечения ОКН и устройств для их реализации можно и нужно продолжать.

Ключевые слова: Ключевые слова. Острая неопухолевая кишечная непроходимость, энтеральный зонд, интестинопликация, кишечный лаваж, энтеросорбция.

---

208. Усовершенствованная технология папиллосфинктеротомии

Богомолов Н.И.

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в Забайкальском крае стала доминирующей патологией в общехирургических стационарах. Холедохолитиаз зафиксирован у 10,13% пациентов с ЖКБ, что требует обязательного хирургического лечения. Малоинвазивные технологии лечения доминируют (82,6%), что позволяет кратно улучшить результаты.

Материалы и методы. Анализирован личный материал по трём клиникам города за 44 года. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) используем с 1978 года. ЭПСТ, как и всякая операция, непредсказуема по исходам. В процессе накопления опыта потребовались усовершенствования в технологии хирургического пособия. Полученные результаты. Нами усовершенствована технология ЭПСТ, сведя к минимуму характерные для неё неблагоприятные исходы и осложнения (патент РФ №2463975 от 20.10.2012г.). Обязательными условиями считаем предварительную оценку расположения и формы большого дуоденального сосочка (БДС), возможность его катетеризации. Наличие или отсутствие парафатериальных дивертикулов двенадцатиперстной кишки (ДПК). Если сосочек расположен в дивертикуле, то от ЭПСТ отказываемся. Материально-техническое обеспечение предусматривает наличие трёх основных конструкций папиллотомов, шарового электрода для электрокоагуляции, корзины Дормиа и катетера с баллоном типа Фогарти, аргоплазменной установки и, безусловно, электронно-оптического преобразователя на рентгеновском аппарате. Располагая опытом 16 открытых трансдуоденальных папиллосфинктеротомий и 84 ЭПСТ, убедились в вариабельности интрадуоденальной части холедоха, в связи с чем используем длину разреза от 5-6 до 30 мм. Усовершенствованный способ ЭПСТ использован у 39 больных основной группы, 45 человек составили группу клинического сравнения, в которой отмечено 7 осложнений с 1 летальным исходом. Жизнь показала целесообразность наших усовершенствований и нововведений в процедуру ЭПСТ. Применение лекарственных средств и санаторно-курортных процедур на региональном курорте «Кука» с уникальной минеральной водой при реабилитации оперированных пациентов, позволило до минимума свести случаи рецидива холедохолитиаза.

Обсуждение. Ежегодные отчёты свидетельствуют, что по болезням желчного пузыря и желчных путей наш регион (3107,7(322,1) выглядит хуже, чем СФО (2122,8(363,6) и РФ(1885,1(261,2), (в скобках впервые выявленная). Всё это обязывает медицинскую общественность края усиленно работать в данном направлении, обращая особое внимание профилактике ЖКБ, совершенствованию методов лечения и реабилитации оперированных пациентов.

Выводы и рекомендации. ЭПСТ – самостоятельная эффективная малоинвазивная операция со своим перечнем показаний и противопоказаний. После всякой операции по поводу ЖКБ необходим комплекс реабилитационных мероприятий включая санаторно-курортное лечение и приём минеральной воды «Кука» или «Ессентуки – 17».

Ключевые слова: Ключевые слова. Большой дуоденальный сосочек, папиллосфинктеротомия.

---

209. Осложнения желчнокаменной болезни

Богомолов Н.И.

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ

Актуальность. Скрыто протекающая, несвоевременно леченная желчнокаменная болезнь (ЖКБ) чревата жизнеугрожающими осложнениями.

Материалы и методы. По материалам трёх клиник краевого центра за 34 года анализированы результаты диагностики и лечения осложнённой ЖКБ. Полученные результаты. Самым частым осложнением была механическая желтуха, обусловленная холедохолитиазом (10,13%) от числа всех больных. Холангит в острой или хронической форме отмечен в 9,98% случаев. Для его лечения разработан собственный способ (патент РФ №2277916 от 20.06.2006г.). С 1978 года используем интраоперационную холедохоскопию, показавшую высокую эффективность у 897 пациентов как для диагностики, так и лечения осложнений ЖКБ. Формирование билиарно-дигестивных и билиарно – билиарных спонтанных свищей зафиксировано у 51 пациента, в том числе: желчнокаменная кишечная непроходимость в 25 случаях, синдром Мириззи – в 23, холецисто-гастральный и холецисто-ободочный свищи по одному. У двух больных камни в холедохе вызвали пролежень в забрюшинное пространство, у двух – камни во внутрипечёночных протоках «вросли» в стенку и удалить их не удалось. Билиарная природа панкреонекроза отмечена в 23 наблюдениях. Из кист протоков извлечено 102 камня при болезни Кароли у одной больной.

Обсуждение. Осложнения ЖКБ многочисленны и часто встречаются. При гистологическом исследовании удалённых желчных пузырей практически всегда имеет место хроническое воспаление стенки органа. ЖКБ доминирует в общехирургических стационарах региона, поэтому её профилактике и реабилитации после операции прида-

ётся особое значение, для чего на региональном курорте «Кука» создано специализированное отделение.

Выводы и рекомендации. Всеобщая диспансеризация населения способствует своевременной диагностике ЖКБ. Своевременно выполненное хирургическое лечение позволяет использовать эндовидеохирургические технологии. Профилактика ЖКБ и реабилитация оперированных пациентов наиболее эффективна при использовании санаторно-курортного лечения, соблюдения диеты и медикаментозной терапии.

Ключевые слова: Ключевые слова. Желчнокаменная болезнь, осложнения желчнокаменной болезни.

---

210. Ургентные ситуации при опухолях желудочнокишечного тракта

Богомолов Н.И. (1), Кашафеева А.А. (1), Томских Н.Н. (2)

Чита

(1)ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ,
(2)ГУЗ КМЦ Читы МЗ Заб края

Актуальность. Несвоевременная диагностика опухолей чревата развитием жизнеугрожающих осложнений при которых хирургическое пособие вынужденно оказывается и в неспециализированном учреждении.

Материалы и методы. Анализирован материал двух непрофильных по онкологическим заболеваниям клиник краевого центра, оказывающих экстренную и плановую хирургическую помощь населению края, краевого центра и Забайкальской железной дороги. Полученные результаты. Материал обширный, в связи с чем представлен анализ результатов лечения онкологических пациентов за определённый промежуток времени. На первом месте среди острых осложнений (ОО) опухолей находится острая кишечная непроходимость на уровне ободочной и прямой кишок (56,7%). Применялась резекция кишки чаще с двуствольной колостомой, реже – резекция кишки с опухолью типа Гартмана и в ряде случаев ограничивались разгрузочной колостомой. Желудочно-кишечное кровотечение отмечено у 41%, перфорация опухоли – у 2,3% больных. Опухоль желудка осложнялась перфорацией и (или) кровотечением примерно в равных отношениях. Условно-злокачественные и доброкачественные опухоли чаще осложнялись кровотечением: стромальные опухоли были причиной кровотечения у 27,7% из 119 больных, полипы прямой кишки у детей в 100% случаев. В единичных случаях зафиксированы инвагинация органа с опухолью, забрюшинная перфорация, сдавление жёлчевыводящих путей с желтухой. Для реабилитации стомированных больных нами разработаны собственные охраноспособные технологии лечения (патенты РФ № 2228149 от 10.05.2004г. и № 2294702 от 10.03.2007г).

Обсуждение. Маршрутизация пациентов с опухолями, предписанная МЗ РФ, не всегда выполнима при развитии острых осложнений, что вынуждает первичное звено медучреждений оказывать помощь онкологическим больным. Необходима более тщательная и длительная подготовка хирургов по вопросам оказания онкологической помощи.

Выводы и рекомендации. При развитии острых осложнений при опухолях желудочнокишечного тракта первоочередной задачей является устранение таковых и сохранение жизни пациента. Специализированное лечение проводится в онкологических учреждениях региона.

Ключевые слова: Ключевые слова. Острые осложнения опухолей желудочнокишечного тракта, лечение онкологических больных.

---

211. Инновационные технологии предоперационного планирования и лапароскопических вмешательств на основе позиционного смещения органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Демин Д.Б., Лященко С.Н., Фуныгин М.С., Уразов Д.Ф., Лихограй Л.И.

Оренбург

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Известно, что позиционное смещение органов, создаваемое во время операции, улучшает доступность зоны оперативного действия, что особенно актуально в эндовидеохирургии. В связи с этим нами предложена и разрабатывается гравитационная концепция в хирургии брюшной полости и забрюшинного пространства, сущность которой заключается в разработке новых решений в предоперационном планировании и оперативной технике, основанных на смещении органов под действием силы всемирного тяготения при боковых операционных позициях пациентов.

Актуальность вопроса обусловлена также необходимостью создания точной интеграции зоны оперативного действия с ее виртуальной 3D-моделью в процессе применения технологии интраоперационной дополненной реальности (AR) при вышеуказанных позициях.

Цель работы – оценка эффективности гравитационной концепции, в том числе при применении интраоперационной AR-технологии.

Материал и методы. С 2015 г. на базе ГАУЗ «ООКБ», «ГКБ им. Пирогова» г. Оренбурга и «ООКБ № 2» лапароскопическим доступом нами оперированы более 450 пациентов в боковых (право- и левосторонних) операционных позициях (объемные образования задних сегментов правой доли печени, надпочечников, почек, забрюшинные внеорганные образования). С февраля 2022 года при выполнении вышеуказанных вмешательств применяем интраоперационную AR-технологию (14 адреналэктомий и 4 резекции задних сегментов печени).

Результаты. Опыт выполненных вмешательств в боковых положениях и анализ их результатов позволил разработать следующие подходы (получены 4 патента РФ, еще 2 заявки на патенты направлены в ФИПС): 1. Способы предоперационного планирования лапароскопических операций на органах забрюшинного пространства (патент РФ на изобретение № 2702875, 2019), лапароскопических операций при патологии задних сегментов печени (патент РФ на изобретение № 2782128, 2022), лапароскопических адреналэктомий (заявка на изобретение в ФИПС, март 2023). Сущность способов заключается в том, что пациенту на предоперационном этапе выполняется МСКТ не на спине, а в боковом операционном положении. Далее оценивается топография органов в зоне предстоящей операции с учетом их смещения, аналогичном интраоперационному, выполняется необходимое планирование. Кроме того, полученные таким образом DICOM-изображения позволили нам создать голографические 3D-модели с учетом боковых смещений, идентичные визуализируемой интраоперационно зоне оперативного действия, что точно интегрирует эту зону с ее виртуальной реконструкцией в процессе применяемой нами технологии интраоперационной дополненной реальности. 2. Способ лапароскопического доступа к задним сегментам правой доли печени (патент РФ на изобретение № 2713134, 2020), сущность которого заключается в выполнении операции в положении пациента не на спине, а на левом боку с установкой всех троакаров в правом подреберье, что делает доступной для визуализации и выполнения лапароскопического оперативного приема задненижнюю поверхность правой доли печени. 3. Нами разработаны устройства позиционирования для выполнения полипозиционной МСКТ (патент РФ на полезную модель № 212244, 2022) и оперативных вмешательств в боковых положениях пациентов (заявка на полезную модель в ФИПС, март 2023). Они применяются для выполнения соответственно исследования и оперативного вмешательства в боковых позициях с точной установкой угла наклона пациента по отношению к горизонтальной плоскости, что позволяют осуществить вышеуказанные методики предоперационного планирования и операций. Эти способы мы эффективно применяем в практической деятельности при выполнении лапароскопических вмешательств, в том числе с AR, требующих боковых операционных позиций пациентов.

Заключение. Предложенный нами гравитационный подход позволяет оптимизировать предоперационное планирование по данным МСКТ для создания необходимой интеграции зоны оперативного действия с ее виртуальной реконструкцией, а также технику лапароскопических вмешательств, особенно при применении технологии интраоперационной дополненной реальности.

Ключевые слова: лапароскопическая хирургия, гравитационное смещение органов, предоперационное планирование, интраоперационная дополненная реальность

---

212. Дифференцированный подход к хирургическому лечению новообразований средостения

Печетов А.А. (1), Леднев А.Н. (1), Маков М.А. (1)

Москва

ФГБУ 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 тактике 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 2022 г. ретроспективно проанализировано 69 пациентов с объемными новообразованиями средостения, перенесших хирургическое лечение в отделении торакальной хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Результаты. Наиболее частыми доброкачественными новообразованиями средостения были целомические 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 аэростаза 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.

Ключевые слова: новообразование средостения, опухоли средостения, торакоскопия

---

213. Современные подходы к комплексному хирургическому лечению наркотизирующей инфекции верхних конечностей

Асатрян А.Г. (1), Липатов К.В. (2), Мелконян Г.Г. (3), Кривихин Д.В. (1), Серажим О.А. (1), Хентов А.А. (1)

Москва

1- Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ2- Первый МГМУ им. И.М. Сеченова3- Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ

Актуальность. Некротизирующая инфекция (НИ) – это быстро прогрессирующая бактериальная инфекция мягких тканей с высокой смертностью. Она характеризуется значительным разрушением мягких тканей с сопутствующим сепсисом. Некротизирующие инфекции мягких тканей известны своим острым, агрессивным и быстро прогрессирующим характером. Показатели смертности и ампутации достигает до 33%. Среди всех локализаций некротизирующая инфекция верхних конечностей встречается в 7-27% случаев, а летальность при этом достигает до 20%. Это обусловлено, в первую очередь, трудной диагностикой на ранних стадиях заболевания, когда лечебные мероприятия наиболее эффективны.

Материал и методы: Проведен анализ лечения пациентов с НИ верхних конечностей у 23 пациентов. Среди заболевших 4 женщины и 19 мужчин в возрасте от 25 до 58 лет. Они были госпитализированы в стационар в экстренном порядке с диагнозами различных гнойных заболеваний: панариции пальцев в стадии абсцедирования, абсцессы, флегмоны кисти, гнойные раны пальцев и кисти. Среди наиболее частых причин, приведших к формированию входных ворот, можно отметить укус кошки и человека, колотые и резаные раны кисти. Диагноз при поступлении определил проведение экстренного хирургического вмешательства в объеме хирургической обработки гнойного очага. По тяжести общего состояния после операции они были переведены в реанимационное отделение, где помимо интенсивной терапии продолжено динамическое наблюдение за местным статусом, что позволило своевременно выявить распространение процесса и повторные вмешательства. Количество этапных некрэктомий, выполненных с интервалом от 24 до 48 часов, варьировало от 2 до 8. Антибактериальная терапия проводилась препаратами широкого спектра действия. После получения данных микробиологического исследование выполнялась коррекция антибактериальной терапии согласно антибиотикограмме. После завершения хирургических некрэктомий, купирования острых местных воспалительных явлений и распространения процесса, широко применялась ВАК терапия ран, с целью ускорения подготовки постнекрэктомических ран к пластическому закрытию. На завершающем этапе лечения решался вопрос о виде пластического закрытия раневых дефектов в зависимости от локализации раны, ее размеров, состоянии пластических размеров. Важным факторов в выборе метода пластики являлись функциональные возможности после пластического закрытия ран.

Результаты и обсуждение. Общим для всех наблюдений было быстрое распространение некротического процесса с вовлечением обширных площадей поражения. Общая воспалительная реакции характеризовалась фебрильной лихорадкой, гиперлейкоцитозом, повышением концентрации прокальцитонина до 10 нг/мл. Некротические инфекции мягких тканей носили в основном полимикробный характер. Антибактериальная терапия включала также химиотерапевтические средства широкого спектра действия (карбапенемы, цефалоспорины IV поколения). Все пациенты полностью выздоровели, летальность составила 0%. Один пациент потерял 4,5 пальцы вследствие их тотального некроза, у всех остальных пациентов удалось выполнить органосохраняющие лечения, закончившиеся пластическими закрытиями обширных раневых дефектов.

Выводы. 1. Обязательным условием эффективного лечения является выполнение ранней адекватной хирургической обработки гнойно-некротического очага, своевременные этапные некрэктомии. 2. Применение метода лечения ран отрицательным давлением является эффективным способом подготовки постнекрэктомических ран при некротизирующей инфекции к хирургическому закрытию. 3. С учетом функциональной и косметической значимости верхней конечности, хирургическое закрытие постнекрэктомических ран предполагает приоритетное применение методов полнослойной кожной пластики, в том числе с использованием сложно-составных лоскутов на микрососудистых анастомозах.

Ключевые слова: Некротизирующая инфекция, верхняя конечность, постнекрэктомические раны, пластическое закрытие ран

214. Теоретическая основа способа и устройства трепан-биопсии опухолей головки поджелудочной железы и дистального отдела холедоха

Ревазов Е.Б. (1), Хутиев Ц.С. (2), Ревазова М.Р. (2), Кокоев М.А. (1), Маргиев С.А. (1)

Владикавказ

1) ГБУЗ «РКБ СМП» МЗ РСО-Алания
2) ФГБОУ ВО СОГМА МЗ РФ, Кафедра хирургических болезней №1. КБ СОГМА.

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 384 больных МЖ опухолевого генеза за 17 лет на базе ОРХ-МДиЛ РКБ 2000–2007 годы, хирургического отделения КБ СОГМА 2014-2021 годы и хирургического отделения ГБУЗ «РКБСМП» 2022 год г. Владикавказ. Мужчин -193 (50,3%), женщин – 191 (49,733%). Средний возраст – 69,9 года. Рак ГПЖ у 207 (53,9%), рак БДС и ДОХ – 51 (13,3%), опухоль Клацкина – 70 (18,2%), рак печени – 6 (1,6%), рак желчного пузыря – 26 (6,8%), Mts в ворота печени – 24 (6,2%). Лёгкой степени желтуха (22-100 мкмоль/л) у 42 (10,9%), средней (100-200) – 98 (25,5%), тяжёлой (200 и более) – 244 (63,6%) больных. Сопутствующая патология у 301 (78,4%), в основном: ИБС – 242 (63,0%), сахарный диабет 2 типа – 83 (21,6%). 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 – 4 с ГПЖ (1 – -, 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. Нами разработаны и внедрены в практическую медицину способы трепан-биопсии опухолей ГПЖ и ДОХ и устройства для их выполнения (патенты №№2722655, 2747591, 203490, 2768480). Основой явились данные литературы (антеградный способ щипковой биопсии и трансюгулярная биопсия печени), личный опыт и анализ 100 МРТ брюшной полости с контрастным усилением у больных с опухолью ГПЖ и билиарной гипертензией. Возраст больных составил 35-90 лет, в среднем – 65. Мужчин – 54, женщин – 46. Размеры опухоли от 11 до 89 мм, в среднем – 35,2 мм. Диаметр гепатикохоледоха (ГХ) от 7,5 до 35 мм, в среднем – 15,6 мм; главного панкреатического протока (ГПП) от 2 до 18 мм, в среднем – 7,4 мм. Угол ГХ 80 – 162 градуса, в среднем – 115,3. Протяжённость опухолевого сужения ГХ от 4 до 50 мм, среднее – 27 мм. У 19 (19%) выявлен интактный дистальный отдел холедоха на протяжении от 5 до 36 мм. Протяжённость от проксимальной границы блока ГХ до ДПК по оси ГХ 14 – 52 мм, в среднем – 30,8 мм. Расстояние от блока ГХ до блока ГПП от 1 до 63 мм, в среднем – 11,9 мм. Изъеденность внутреннего контура ГХ в области блока выявлена у 35 (35%), из них у 16 (16%) – по типу «писчего пера», у 9 (9%) – с латеральной стороны, у 9 (9%) – с медиальной. Расположение опухоли по отношению к ГХ: анте-медиально – 49 (49%), антеградно – 18 (18%), циркулярно – 20 (20%), медиально – 6 (6%), анте-латерально – 5 (5%), латеро-анте-медиально – 2 (2%). У 67 (67%) толщина опухоли кпереди от просвета ГХ составила более 10 мм. В результате, наиболее предпочтительное (безопасное) направление трансхолангиостомической биопсии – передне-медиальное – 64 (64%), медиальное – 9 (9%), антеградное – 19 (19%), анте-латеральное – 8 (8%). Наш метод применен у 7 больных. Цитологический и гистологический материал в достаточном объёме был получен во всех случаях. В 2 случаях 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 2 больных (1 – гистологически, 1 – цитологически). Осложнений нет.

Выводы: ? 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. ? Предоперационный анализ МРТ/КТ органов брюшной полости с контрастным усилением необходим для безопасной и эффективной трансхолангиостомической трепан – биопсии опухоли ГПЖ и ДОХ.

Ключевые слова: рак, опухоль, головка поджелудочной железы, дистальный отдел холедоха, биопсия, механическая желтуха

215. Экспериментальное сравнение однопортового способа тотальной экстраперитонеальной герниопластики(ТЕР) и варианта reduced port

Дегтярев О.Л. (1), Шестаков А.М. (2)

Ростов-на-Дону

1)РостГМУ, кафедра хирургических болезней №4
2) ГБУ РО ЦРБ Пролетарского р-на

ТЕР – тотальная экстраперитонеальная герниопластика – одна из двух общепринятых методик эндохирургического лечения паховых грыж. Особенности метода хорошо известны и подробно изучены. Преимуществом эндохирургических способов перед открытыми операциями является минимизация операционной травмы и короткий период реконвалесценции. В попытках уменьшить операционную травму предложены варианты NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery) или scar-less surgery, а так же однопортовые вмешательства. Нами было изучено и оценена возможность выполнения однопортовой ТЕР в лечении паховых грыж. Имея в арсенале набор инструментов «эндопорт» единого лапароскопического доступа (ППП, Казань), SILS от Covidien а так же стандартный набор лапароскопических инструментов, нами смоделированы этапы ТЕР операции на секционном материале и проведен сравнительный анализ. Выполняли сепарацию паховой области на секционном материале следующим образом: дугообразный разрез от лонного симфиза к пупочному кольцу и к передней верхней ости подвздошной кости, формировали кожно-мышечный лоскут, содержащий кожу, подкожно-жировую клетчатку, наружную и внутреннюю косые и поперечную мышцы живота и поперечную фасцию, обнажая париетальную брюшину. Отвернув лоскут книзу и кнаружи, нам удавалось визуализировать «заднюю» анатомию паховой области. После моделировали положение эндопорта в гипоумбиликальной области и располагали инструменты с помощью которых пытались на полученной модели расправить полипропиленовую сетку 15х10 см. Таким образом, технический прием был сведен к минимально сложному – не выполняя диссекции и какой-либо мобилизации, которые имеют место в реальной ТЕР, нужно было расправить сетчатый имплант над отвернутым лоскутом – соответственно той области, которую закрываем сеткой при ТЕР и ТАРР. Уже первые попытки использования инструментов фирмы «ППП» показали невозможность выполнения маневра – жесткие инструменты с кривизной постоянного радиуса не позволяли свободно манипулировать браншами. Попытка подвести рабочую часть инструмента в глубину раны приводила к тому, что кривизна однопортового зажима упиралась в полулунную линию, а разворот инструмента кривизной внутрь к конфликту инструментов друг с другом и эндокамерой, инструмент, установленный медиальнее из-за большого радиуса кривизны также оказался непригодным – попытка вывести рабочую часть в операционное поле приводило к тому, что бранши упирались в лонную кость. Набор Covidien позволил выполнить маневр в тех случаях, когда расстояние между портом и лонной костью было не менее 15 см, необходимость перекреста рук хирурга значительно затрудняет выполнение задачи и увеличивает время операции. Третий вариант – расположение обычных прямых лапароскопических инструментов параллельно эндоскопу малопригоден – конфликт инструментов и эффект «тени инструмента» усложняет и затягивает операцию. Четвертый вариант – расположение одного рабочего инструмента в гипоумбиликальном порту вместе с эндоскопом, а другой посредством 5 мм апертуры над лонным симфизом позволял без затруднений расправить сетку над заданной областью.

Выводы: вариант операции reduced port имеет неоспоримые значительные преимущества перед исследуемыми однопортовыми вариантами. Применение прямых инструментов и дополнительного порта, позволяют хирургу уверенно выполнить прием, не смотря на ограниченное операционное пространство

Ключевые слова: тотальная экстраперитонеальная герниопластика, ТЕР, однопортовая ТЕР, SILS, reduced port ТЕР

---

216. Сравнение доступов к верхней брыжеечной артерии при выполнении панкреатодуоденальной резекции у больных с погранично-резектабельным раком головки поджелудочной железы

Тарасенко С.В., Глотов Д.А., Жучкова У.В
Песков О.Д., Соколова С.Н.

Рязань

РязГМУ

Актуальность Рак поджелудочной железы – это злокачественное новообразование, которое характеризуется быстрым прогрессированием и различными морфологическими формами, а также является одной из причин механической желтухи. В структуре онкологических заболеваний, рак поджелудочной железы занимает около 3,3%. В 2017 году впервые данный диагноз был установлен у 16188 человек, в том числе в 58,3% случаев была установлена IV стадия заболевания.Несмотря на развитие медицины, диагностика и лечение злокачественного новообразования поджелудочной железы все ещё является сложной задачей.Единственным радикальным методом лечения данного заболевания является выполнение Панкреато-дуоденальная резекция. К сожалению, в связи с поздней диагностикой, данному лечению под-

вергается лишь 20% больных раком.Важным моментом, в выборе тактики лечения, является определение резектабельности опухоли. К критериям резектабельности относится такие как: Отсутствие отдаленных метастазов, отсутствие признаков изменения контуров ВБВ и воротной вены, наличие жировой прослойки между чревным стволом, общей печеночной артерией и верхней брыжеечной артерией Большое значение, для возможности проведения радикальной операции, имеет вовлеченность в опухоль магистральных сосудов (чревный ствол, верхняя брыжеечная артерия, мезентерико-портального сегмента вен), в связи с чем выделяют погранично-резектабельные опухоли. К их критериям относятся отсутствие отдаленных метастазов, вовлечение ВБВ и ВВ со сдавлением, сужением или обструкцией просвета на протяжении, достаточном для безопасной резекции с наложением сосудистого анастомоза или протезирования. При выполнении ПДР существует несколько способов, в зависимости от доступа к верхней брыжеечной артерии: 1)Традиционный доступ – ВБА выделяется на заключительном этапе мобилизации ДПК 2)Комбинированный доступ с вывешиванием поджелудочной железы. 3)Брыжеечный доступ «nontouch» (доступ производится от ВБА снизу) 4)»Artery-first approach»(доступ производится от ВБА справа и сзади) Обратившись данным литературы, часть авторов предпочитает доступ от ВБА снизу, часть боковой доступ. В связи с чем, проблема выбора доступа остается актуальной и было принято решение провести собственный анализ.

Материалы исследования. Проведен анализ выполнения ПДР у 102 больных с погранично-резектабельным раком головки поджелудочной железы. У 20% больных опухоль растет в область чревно-мезентерального промежутка опухоль. У 25,6% опухоль прорастает стенку воротно-верхнебрыжеечного сегмента. У 12,7% опухоль плотно охватывает стенки ветвей чревного ствола или верхней брыжеечной артерии менее чем на 180 градусов распространяясь на фасциальный футляр и адвентицию сосуда.

Результаты исследования. В ходе выполнения ПДР, при различных способах доступа к ВБА, не было выявлено достоверных различий в раннем послеоперационном периоде

Выводы. Выбор доступа определяется «анатомией» распространения опухоли. Задний доступ от AMS наиболее удобен для выделения и лигирования IPDA. Брыжеечный доступ позволяет наиболее безопасно лигировать PDJV.

Ключевые слова: погранично-резектабельный рак, доступы к верхнебрыжеечной артерии, панкреатодуоденальная резекция.

---

217. Поражение паренхиматозных органов при COVID – 19.Особенности лабораторной и инструментальной диагностики

Тарасенко С.В., Глотов Д.А., Жучкова У.В., Быкова С.Г.

Рязань

РязГМУ

Актуальность Коронавирус представляет собой оболочечный одноцепочечный РНК-вирус, относящийся к семейству Coronaviridae и подсемейству Orthocoronavirinae. Это один из самых крупных вирусов с размером от 27 до 34 килобаз. В 2020 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала коронавирус, связанный с тяжелым острым респираторным синдромом-2 (SARS-CoV-2 – Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2), а заболевание – коронавирусная болезнь (COVID-19 – CoronavirusDisease 2019), которая с тех пор классифицируется как пандемия. Охват заболевших варьируется у взрослых в возрасте от 18 до 64 лет, что составляет примерно 70% инфицированного населения. Тем не менее, люди в возрасте 65 лет и старше имеют самые высокие показатели летальности. Основной мишенью коронавирусной инфекции являются органы дыхательной системы, однако среди заболевших пациентов встречались повреждения центральной нервной системы (ЦНС), кишечника, миокарда, почек, поджелудочной железы (ПЖ) и печени.

Материалы исследования: проанализирована литература и собственные данные по особенностям патогенезов поражения органов, а также проведен анализ на ?-амилазу крови для мониторинга состояния поджелудочной железы. Кроме того, осуществлена оценка лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с COVID-19. В исследовании ?-амилазы крови, проведении КТ органов брюшной полости и УЗИ брюшной полости приняли участие 20 пациентов из которых 10 имели сопутствующее заболевание в виде сахарного диабета и 10 без него.

Результаты исследования. У пациентов поражение печени проявлялось повышением печеночных ферментов, а также в диффузном снижении ее плотности при КТ. Тяжесть заболевания обусловлена цитокиновым штормом, вызванным дисфункциональным иммунным ответом на вирус, факторами вирулентности вирусов, а также наличием сопутствующих заболеваний, особенно связанных с патологией печени, например цирроз или стеатоз. В ходе исследования ?-амилазы крови все пациенты имели относительно одинаковую динамику по поражению поджелудочной железы, без каких-либо выраженных проявлений панкреатита. Сдвиг анализов в пользу данной патологии указывает больше на глюкокортикостероидную терапию, которую получали пациенты при лечении новой коронавирусной инфекции. Лишь у одного из 20

исследуемых пациентов, было выявлено классическое проявление панкреатита.

Выводы. Новая коронавирусная инфекция COVID-19, вызываемая SARS-CoV-2, продолжает распространяться по всему миру. Основной мишенью являются органы дыхательной системы. Однако в числе пациентов с COVID-19 встречались поражения ЦНС, кишечника, миокарда, поджелудочной железы и печени. Дисфункцию печени в большинстве случаев нужно рассматривать как результат вторичного повреждения из-за ССВР, ОРДС, гипоксии, полиорганной недостаточности, воздействии иммунных факторов, и приеме гепатотоксичных препаратов. Острый панкреатит – это редкое осложнение COVID-19, и он не часто связан с этой инфекцией. Тем не менее считается, что острый панкреатит с инфекцией SARS-CoV-2 имеет более высокий риск тяжелого течения и плохие клинические исходы по сравнению с пациентами с такой же патологией, но отрицательным SARS-CoV-2.

Ключевые слова: Печень, поджелудочная железа, COVID-19, SARS-CoV-2, панкреатит, АПФ-2, КТ.

---

218. Выбор метода формирования панкреатоэнтероанастомоза у больных хроническим панкреатитом и злокачественными новообразованиями поджелудочной железы.

Тарасенко С.В., Жучкова У.В., Глотов Д.А., Песков О.Д., Соколова С.Н., Рахмаев Т.С., Баконина И.В., Богомолов А.Ю., Тюленев Д.О., Баринова А.В., Булгакова-Галинова А.А.

Рязань

РязГМУ

Актуальность Хронические заболевания поджелудочной железы отличаются своей широкой распространенностью, большой численностью заболевания среди населения и частыми осложнениями. Снижение качества жизни и стойкая нетрудоспособность являются серьезной экономической и медико-социальной проблемами среди пациентов с патологией ПЖ.Хронический панкреатит лидирует среди заболеваний ЖКТ. Заболеваемость ХП составляет 27-50 человек на 100 тыс. населения в год, при этом процент инвалидизации составляет 15-40%. В 30-60% случаев течение заболевания отягощается осложнениями. Средний возраст заболевших ХП составляет 35-50 лет. Рак ПЖ занимает седьмое место среди причин смерти от онкологических заболеваний в мире. Заболеваемость составляет 4-9 человек на 100 тысяч населения, а летальность достигает 12%. Средний возраст заболевших раком ПЖ 64-70 лет. Стойкий болевой синдром встречается у 90% пациентов с заболеваниями поджелудочной железы. При неэффективности терапевтического лечения показано оперативное вмешательство, которое в большинстве случаев помогает купировать данный болевой синдром. В 30-60% случаев заболевания ПЖ сопровождаются осложнениями, которые требуют срочного хирургического вмешательства. Наиболее часто встречаемые осложнения: стриктура общего желчного протока, портальная гипертензия, кисты и псевдокисты, панкреатические свищи, механическая желтуха, вторичные кровотечения из псевдоаневризм регионарных сосудов, компрессия двенадцатиперстной кишки. В 20-40% вышеперечисленные осложнения лежат в основе неблагоприятных исходов лечения Консервативная терапия при ХП и опухолях ПЖ мало эффективна, поэтому основным методом лечения данных заболеваний является хирургический Обоснование: Формирование панкретоэнтероанастомоза является решающим этапом всей операции, так как остаётся высокой частота осложнений, приводящих к летальным исходам.

Цель: Улучшение результатов оперативных вмешательств на поджелудочной железе путём выбора метода формирования панкреатоэнтероанастомоза. Методы: На базе отделений центра хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России было выполнено ретроспективно-проспективное исследование. Ретроспективный этап заключался в анализе протоколов операций и историй болезни 270 пациентов, выполнявших резекцию поджелудочной железы. Исходя из этого, кафедрой госпитальной хирургии РязГМУ был разработан способ формирования панкреатикоеюноанастомоза с применением сквозных П-образных швов (модификациия способа Блюмгарта). Проспективный этап – анализ историй болезни и протоколов операций 98 пациентов, перенесших резекцию поджелудочной железы. Количество пациентов с хроническим панкреатитом составило 73, с раком головки поджелудочной железы – 25. Группы сформированы однородно по этиологическому признаку.

Результаты: В группе №1 осложнения в 58% случаев, №2 – 45,4%, №3 – 20,5% (p=0,010). Несостоятельность ПЭА в группе № 1 -29%, № 2 – в 21,2%, №3 – несостоятельности ПЭА не наблюдалось (p=0,003). Гастростаз – 9,7% в группе №1, 9,1% – №2, 8,8% – №3 (p=0,1). Послеоперационный панкреатит – 12,9% в группе № 1, 9,1% в группе №2, 5,9% в группе № 3 (p=0,015). Повторные оперативные вмешательства в группе №1 понадобились в 29% случаев, в группе №2 – в 18,1%, в группе №3 – 2,9% случаев.

Заключение: Повторные оперативные вмешательства при использовании панкреатоеюноанастомоза с применением сквозных П-образных швов понадобились в 2,9% случаев, частота послеоперационных осложнений – 20,5%, несостоятельность анастомоза не наблюдалась. Панкреатикоеюноанастомоз с использованием сквозных П-образных швов доказал свою эффективность по сравнению с другими методами формирования панкреати-

коэнтероанастомозов в клинической практике и может применяться в учебно-педагогической деятельности и научно-исследовательской работе в высших медицинских учреждениях.

Ключевые слова: Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы, панкреатоэнтероанастомоз.

---

219. К вопросу оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в случаях ее предоставления в медицинских организациях регионов, отличающихся демографическими характеристиками населения

Творогов Д.А., Коваленко А.А., Акимов В.П., Мовчан К.Н., Шенгелия Т.Д., Бакалкина Е.М.

1) Санкт-Петербург,
2) Мурманск

1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург,
2) СПБ ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»Мурманск

Актуальность. Проблемы достижения надлежащего качества медицинской помощи (МедП) больным острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ОЯГДК) сохраняется. Данная группа составляет 15–20% от численности контингента пациентов стационаров в разных регионов России. Мероприятия тактики лечения больных с ОЯГДК в целом разработаны. Однако, они в разной степени реализуется в неоднозначных условиях оказания МедП. В частности, применяемые методы эндоскопического гемостаза, порой, не в полной мере соответствуют требованиям гарантированной безопасности использования данной технологии. Эти обстоятельства влияют на показатели эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий, что выражается в сохранении высоких параметров общей и послеоперационной летальности. Поэтому оценка качества медицинской помощи (КМП) предоставляемой больным гастродуоденальными кровотечениями с учетом обстоятельств и условий осуществления медицинской деятельности в регионах России, отличающихся возможностями медицинского обеспечения населения, является актуальным для медицинской науки и практики.

Материал и методы. Изучены результаты оценки КМП жителям Санкт-Петербурга (СПб) и Мурманской области (МурмО) в случаях ее оказания ОЯГДК язвенного генеза с учетом демографических особенностей населения этих регионов РФ. В 2021 г. в учреждениях МурмО МедП оказана 330 пациентам с ОЯГДК. В госпитальных условиях СПб по данному поводу обследование и лечение проведено 1 420 больным.

Результаты. Установлено, что показатели частоты случаев смерти среди пациентов медицинских организаций (МедО) СПб и МурмО отличаются: 7,57% и 4,78%, соответственно. Параметры частоты случаев достижения гемостаза эндоскопическими методами при кровотечении язвенной этиологии в МедОрг МурмО превышает таковые в СПб (65,59% и 48,09%, соответственно). Численность контингента пациентов, оперированных в МедОрг МурмО на 4% выше чем в СПБ, а показатель послеоперационной летальности – на 8% выше в МедОрг СПБ. Численность контингента пациентов с ОЯГДК, госпитализированных в МедОрг МурмО позже 24 часов от начала заболевания в разы ниже, чем в СПБ (3,31% и 14,04%, соответственно). При статистической обработке данных, отражающих качество оказания МедП в СПб и МурмО прямой связи между показателями оперативной активностью и летальности по причине ОЯГДК не обнаруживается, что, в принципе отмечается и в большинстве регионов РФ (Ревишвили, 2020)

Обсуждение. Полученные данные исследования позволяют полагать, что среди пациентов с ОЯГДК в МедОрг МурмО показатели надлежащего качества медицинской деятельности по ряду аспектов выше общероссийских. Причины этого факта неоднозначны. Вероятно требуется специальный анализ данного феномена. При надлежащем контроле за КМП прежде всего, привлекает внимание тот факт, что контингент населения сравниваемых регионов отличается по возрасту, численностью больных с многозначным коморбидным фоном и рядом других особенностей обусловленных организацией ранней диагностики, своевременной госпитализации и проведением адекватного хирургического пособия. Высокие показатели летальности среди больных ОЯГДК в МедОрг СПб, обосновываются: явным превалированием среди пациентов людей старших возрастных групп и высокой частотой случаев поздней госпитализации при явной доступности возможности осуществления качественной специализированной хирургической помощи. Вероятно, что кроме территориальных особенностей медицинского обеспечения населения в разных регионах России должным уровнем обследования и лечения людей, у которых язвенная болезнь осложняется кровотечением, возможности достижения надлежащего качества МедП обусловливаются еще и социальными обстоятельствами, сопряженными с особенностями разного ее предоставления пациентам пожилого и старческого возраста. Однако совершенно очевидно, что основные причины увеличения показателей несвоевременности оказания МедП и параметров госпитальной летальности, никак не могут быть связаны с ненадлежащей деятельностью специалистов хирургической службы.

Заключение. Различия в показателях качества предоставления МедП больным ОГДЯК в МедОрг субектов РФ

в существенной мере сопряжено не столько с непосредственными аспектами деятельности специалистов хирургических служб разных регионов, а с особенностями демографических характеристик населения, проживающего на их территориях. Эти данные необходимо учитывать при оценке качества, безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: кровотечения, острые язвенные гастродуоденальные кровотечения, качество медицинской помощи, экспертная оценка безопасности медицинской деятельности.

---

220. Использование лапароскопии в хирургии ущемленных грыж передней брюшной стенки

Драйер М. (1), Ярцев П.А. (1,2), Благовестнов Д.А. (1,2), Казакова В.В. (1), Цулеискири Б.Т. (1), Кирсанов И.И. (1), Яковлева Д.М. (2), Мурадян А.А. (2), Гаджиева П.Г. (2)

Москва

1)ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ,
2) ГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Многочисленными исследованиями установлено, что лапароскопическая пластика передней брюшной стенки обладает рядом преимуществ перед «открытым» методом: ран-няя активизация пациентов, менее выраженный болевой синдром, меньшее количество послеопе-рационных осложнений и низкий уровень рецидивов. В Москве ежегодно выполняется около 3000 операций пациентам с ущемленными грыжами передней брюшной стенки. Из них лишь у 10-15% их оперативные вмешательства выполняются лапароскопически. В тоже время, в отличие от плановых вмешательств, до сих пор, нет четких показаний для лапароскопии при ущемленных грыжах. Отсутствуют также, доказательные исследования, демонстрирующие эффективность и безопасность лапароскопии в хирургии ущемленных грыж в сравнении с традиционными вмеша-тельствами.

Цель исследования. Уточнить показания и оценить эффективность и безопасность лапароско-пии при лечении пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки.

Материалы и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 2015 по 2022 годы из лапароскопического доступа оперированы 219 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки. По локализации грыж больные были распределены следующим образом: пахо-вые грыжи – 146 больных (66,7%), грыжи белой линии живота – 24 больных (10,9%), пупочные – 41 больных (18,7%), параумбиликальные грыжи – 8 (3,7%). Мужчин было 162 (74%); женщин – 57 (26%). Средний возраст пациентов 54 + 3 года. Время от момента ущемления грыжи до поступле-ния в стационар составило 5,7 + 3,2 часа. Позже 6 часов с момента ущемления оперировано 15 пациентов (6,8%). Были использованы следующие методы пластики передней брюшной стенки: трансабдоми-нальная предбрюшинная абдоминопластика (TAPP) при паховых грыжах, интраабдоминальная пластика (IPOM) передней брюшной стенки при срединных грыжах. При трансабдоминальной предбрюшинной абдоминопластике использовали имплантат «Parietex», «Эсфил», «Premilene Mesh» размером 10 х 15см и эндогерниостеплер «Protack» 5 мм, или самофиксирующийся им-плантат «Progrip». При интраабдоминальной абдоминопластике использовали антиадгезивный имплантата «Parietex Composite» (15х15см, 20х15 см, 20х20см) и эндогерниостеплер «Absorbatack» 5 мм.

Результаты исследования. У 179 больных (81,7%) во время вводного наркоза, происходило са-мостоятельное вправление грыжевого выпячивания за счет расслабления передней брюшной стенки и растяжения ущемляющего кольца, при формировании пневмоперитонеума. Рассечение ущемляющего кольца потребовалось 11 пациентам (7,8%), для чего нами был использован ин-струмент LigaSure Atlas. У 16 пациентов (9,3%) грыжевое содержимое вправлено в брюшную по-лость мануально. Осложнения после операции были отмечены у 10 пациентов (4,6%), из них у 3-х (2,8%) паци-ентов отмечено образование «сером» после IPOM с использованием композитного сетчатого им-плантата. У 5-ти (2,3%) пациентов после TAPP отмечена невралгия латерального кожного нерва бедра, в результате травматизации во время фиксации сетчатого протеза. У одного пациента вы-полнена релапароскопия, удаление скрепки, у остальных на фоне противовоспалительной, аналь-гетической терапии болевой синдром купирован. Применение малоинвазивных методов позво-лило значительно уменьшить, а в ряде случаев, полностью исключить необходимость в примене-нии наркотических анальгетиков за счет меньшей травмы тканей передней брюшной стенки, бы-ла отмечена более ранняя активизация больных в течение первых суток. Изучены одолённые ре-зультаты в сроки от 1-5 лет, рецидивов не выявлено.

Заключение. Таким образом, использование лапароскопии при ущемленных грыжах передней брюшной стенки является безопасным и эффективным вмешательством, так как позволяет сокра-тить сроки реабилитации пациентов до 3-5 суток, снизить послеоперационные осложнения до 4,6%, при этом избежать рецидивов заболевания.

Ключевые слова: Ущемленные грыжи

221. Хирургическое лечение пациентов с первичными срединными грыжами в сочетании с диастазом прямых мышц живота

Казакова В.В. (1), Ярцев П.А. (1,2,3), Благовестнов Д.А. (2), Кирсанов И.И. (1,3), Драйер М. (1), Цулеискири Б.Т. (1), Бритвин Ф.Т. (4)

Москва

1) ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
2) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3) Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России
4) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Уни

Актуальность: По данным отечественной и зарубежной литературы диастаз прямых мышц живота (ДПМЖ) встречается у 45-60% пациентов с первичными срединными грыжами (ПСГ) передней брюшной стенки. Единого стандарта лечения больных с данной патологией нет. В лечении пациентов с ДПМЖ в сочетании с ПСГ широко применяется классический метод открытой ретромускулярной пластики и ушивания диастаза. Активно внедряются эндоскопические методики, такие как IPOM в сочетании с ушиванием диастаза прямых мышц живота, а также метод эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (e-TEP). Стоит отметить, что изолированная герниопластика приводит к рецидиву более чем в 30% наблюдениях.

Цель: Улучшение результатов лечения пациентов с ПСГ в сочетании с ДПМЖ.

Материалы и методы: Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 36 пациентов с ДПМЖ в сочетании с ПСГ, оперированных на базе хирургических отделений НИИ СП имени Н.В.Склифосовского с 2020 по 2023 гг. В зависимости от техники оперативного вмешательства пациенты были разделены на 3 группы. В I группу вошли 18 пациентов, которым была выполнена IPOM в сочетании с ушиванием диастаза прямых мышц живота, во II группу – 6 пациентов, которым была выполнена e-TEP, в III группу – 12 пациентов, которым была выполнена открытая ретромускулярная пластика. Средний возраст пациентов составил 36 лет (23; 54), 38 лет (23; 56) и 43 года (30; 66) (здесь и далее первый показатель относится к группе I, второй – ко II и третий – к III группе. В I группе было 12 женщин и 6 мужчин, во II – 4 женщин и 2 мужчин, в III – 8 женщин и 4 мужчин. Распределение грыж по локализации в соответствии с классификацией Европейского герниологического общества (EHS) были следующими: M2 – 2, 1 и 2 пациентов, M3 – 16, 5 и 10 пациентов. У всех больных ширина грыжевых ворот была менее 4 см, что соответствует малым и средним размерам (классификация EHS). Распределение диастаза согласно классификации по Р.П. Аскерханову было следующим: I степени – 18, 4 и 10, II степени – 0, 2 и 2 пациентов. Предоперационное обследование и подготовка к операции были стандартными и соответствовали требованиям клинических рекомендаций.

Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в I группе составила 86 минут (66;124), во II группе – 192 минуты (174; 210), в III группе – 164 минуты (144;196). Уровень болевого синдрома по ВАШ на 1-е сутки после операции составил 7 (6;8), 3 (2;4) и 6 (5;8) баллов. Потребность в обезболивании опиоидными анальгетиками составляла 3 (2;4), 1 (0;1) и 2 (2;3) койко-дня. Пациенты были активизированы в течение 2 суток после операции (2;3), на 1-е сутки и 2 сутки (3;4) соответственно. Средняя продолжительность стационарного лечения в I группе составила 5 (4;6), во II группе – 4 (3;4), в III группе – 6 койко-дней (5;7). В раннем послеоперационном периоде отмечены раневые осложнения следующего характера: серомы 0b и I типа по классификации S.Morales-Condi (I класс по классификации Clavien-Dindo) имели место у 8 (67%) пациентов III группы, гематомы в области операции (до 10 см?) (I класс по классификации Clavien-Dindo) – у 3 (17%) пациентов I группы, у 2 (33%) пациентов II группы, у 5 (42%) пациентов III группы. После ушивания диастаза у 13 (72%) пациентов I группы было отмечено образование «кожного валика», пальпаторно определялась линия шва. Раны у всех пациентов зажили первичным натяжением.

Заключение: Результаты исследования продемонстрировали низкий болевой синдром, раннюю активизацию, быстрое восстановление трудоспособности пациентов, хороший косметический эффект во II группе пациентов. Учитывая малое количество больных и небольшие сроки наблюдения полученные данные статистически недостоверны и требуют дальнейшего изучения проблемы.

Ключевые слова: диастаз прямых мышц живота, первичная срединная грыжа, герниопластика

---

222. Тактико-диагностические аспекты острой мезентериальной ишемии

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

Донецк

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) характеризуется значительным снижением мезентериального кровотока,

что может вызвать необратимые изменения слизистой оболочки кишечника и привести к некрозу кишечника, перитониту, тяжелому сепсису и полиорганной недостаточности. Несмотря на то, что за последние несколько лет были достигнуты успехи в диагностике и лечении, это заболевание по-прежнему связано с высокими показателями смертности, колеблющимися от 40 до 70%. В последнее время рядом авторов доказана диагностическая ценность С-реактивного белка, соотношения тромбоцитов к лимфоцитам (СТЛ) в качестве индикаторов системного воспалительного ответа.

Цель: определить диагностическое значение соотношения тромбоцитов к лимфоцитам при развитии некроза кишечника у больных с острой мезентериальной ишемией.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели ретроспективно проанализированы клинические особенности, данные обследования и результаты лечения 98 больных, страдающих ОМИ. Критериями включения в исследование считали следующее: диагноз был установлен во время оперативного вмешательства, а затем был подтвержден морфологически на основании изменений в удаленном препарате либо результатом аутопсии. У больных, получавших только консервативную терапию, диагноз основывался на результатах КТ брюшной полости. Критерии исключения: острая ишемия брыжейки венозного происхождения. В комплекс обследования входили общеклинические и биохимические анализы крови, величина СТЛ рассчитывалась в динамике. В зависимости от клинических проявлений больные были разделены на следующие три группы: I группа – 16 больных, у которых отсутствовали симптомы раздражения брюшины, II группа – 23, у которых при поступлении признаки острого перитонита были сомнительны, и III группа – 59, с явными признаками разлитого перитонита.

Результаты и их обсуждение. Большинство больных поступило в отделение интенсивной терапии в критическом состоянии с явлениями полиорганной недостаточности, более половины больных нуждались в вазопрессорах, а в дальнейшем эта величина зарегистрирована у 79 (80,61%). У 67 (68,37%) больных отмечали постоянную боль разлитого характера по всему животу, тогда как у 41 (41,83%) она носила схваткообразный характер, причем у 18 (18,37%) симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Обращение за медицинской помощью было поздним и превышало 72 часа от начала заболевания, сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца – у половины пациентов, сахарный диабет – у каждого третьего, а у 38 (38,78%) была гипертоническая болезнь в течение 20-35 лет. Анемия была у 47 (35,61%) больных, причем гемоглобин опускался до 70 г/дл, а показатели сатурации находились ниже 70%. Лейкоцитоз имел место у 91 (92,86%), а у половины превышал 16,0*109. В результате обследования нами установлено, что величина СТЛ у больных I группы не превышала 162, тогда как в III группе была выше 284, а в ряде случаев достигала 491, вместе с тем, II группа, где средняя величина составляла 221±43 составила группу риска. Для динамического наблюдения у этих пациентов применяли продленную лапароскопию и учитывали изменения в цитологической картине перитонеальной жидкости. на фоне проводимого лечения через 48 часов у 15 (65,22%) больных этой группы отмечалось снижение показателя СТЛ, а клинически положительная динамика появилась только лишь на 2-4 сутки. Вместе с тем, у 8 (37,78%) больных на фоне проводимой терапии при стабильной клинической картине был замечен рост СТЛ, только лишь через 24 часа микроскопия перитонеальной жидкости свидетельствовала о воспалительной реакции, тогда как клинически ухудшение наступило к концу вторых суток, что и явилось показанием к лапаротомии.

Выводы Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациенты с острой ишемией кишечника, сомнительными признаками перитонита и средними показателями СТЛ 221±43 составляют группу риска, в которой, несмотря на проводимую интенсивную терапию, каждый третий может быть подвергнут экстренному оперативному вмешательству

Ключевые слова: острая мезентариальная ишемия, соотношение тромбоцитов к лимфоцитам, прогноз, группа риска

---

223. Острая кишечная непроходимость: особенности диагностики и лечения

Перминова А.А.1, Ханевич М.Д. 1, Соловьев И.А.2

Санкт-Петербург

1ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.2 СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».

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 хирур-гов. Летальность у данной категории пациентов достигает 4 – 25% при неопу-холевой 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 иссле-

дование, включающее 568 пациентов, оперированных по поводу острой кишечной не-проходимости 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 гемиколкэтомия 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 эндовиде-охирургических 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 исследование позволяет избежать полного закрытия просвета суженного уча-стка кишки отвердевшим контрастом в отличии от использования водной взвеси сульфата бария. Кроме того позволяет оценить необходимость хирур-гического вмешательства при спаечной тонкокишечной непроходимости с совокупной чувствительностью 96% и специфичностью 94%. Особую диагностическую ценность при лечении больных с острой ки-шечной непроходимостью имеет оценка внутрибрюшного давления. При этом увеличение внутрибрюшного давления до 24,5 ± 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 злокачест-венную опухоль должны быть оценены для планирования оптимального хи-рургического вмешательства. Распространенные внутрибрюшные злокачест-венные 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 коло-стомы: расширенный престенозированный сегмент кишечника, пациенты по-жилого 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 декомпресии 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 выборе радикального лечения обтурационной толстокишечной непроходимости необходимо проводить различие между пациентами с повышенным хирургическим риском и без него. Наличие повышенного риска является показание к двухэтапному хирургическому лечению: создание декомпрессивной колостомы с последующим радикальным хирургическим лечением после стабилизации состояния. 2. У пациентов с подозрением на спаечную тонкокишечную непроходимость хирургическое вмешательсто следует начинать с эндовидеохирургического подхода при отсутствие водорастворимого контраста в толстой кишке на рентгенограмме спустя 24 часа и неэффективности консервативной терапии в течение 48 часов 3. Мультидетекторная компьютерная томография является предпочтительным методом визуализации для 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, воспалительные изменения), а также выявить возможные осложнения (ишемия, перфорация). 4. Рентгенологическое исследование может служить методом начального скрининга и может быть полезно для серийных визуализаций в условиях консервативного лечения.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, разгрузочная колостома, декомпрессия тонкой кишки, обтурационная кишечная непроходимость, странгуляционная кишечная непроходимость, спаечная кишечная непроходимость

---

224. Результаты системного тромболизиса при массивной тромбоэмболии легочной артерии

Мутаев М.М. (1,2), Щеголев А.А, Папоян С.А. (1,2), Чижова Е.С. (1), Мутаев Р.М. (1)

Москва

1) ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова,
2) ГБУЗ “ГКБ им Ф.И. Иноземцева“

Цель. Изучить непосредственные результаты системного тромболизиса (СТЛТ) при массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) высокого риска по шкале PESI.

Материалы и методы. Изучены результаты СТЛТ у 38 больных с массивной ТЭЛА высокого риска по шкале PESI. Возраст больных составил 68,35±12,45 года (от 44 до 86 лет), из них 16(42,10%) мужского пола. Больные поступали через 2,1±1,6 дня от начала первых клинических симптомов ТЭЛА. Сатурация кислорода крови при поступлении была 85,3±6%, ЧДД 24,6±2,2 в минуту, систолическое А/Д- 91,53±11,13мм.рт.ст., температура тела 36,4±1,3 градусов. 11(28,94%) больных поступили с клинической картиной шока. Индекс Miller составил 15,1±1,4 баллов. При поступлении проводились общеклинические исследования, исследование крови на Д-димер и тропонин I, ЭКГ, УЗАС вен нижних конечностей, МСКТ ангиопульмонография с оценкой объема эмболии по шкале Miller, ЭхоКГ, оценка риска смерти в течении 30 дней по шкале PESI. Оценка эффективности проведенной СТЛТ по клинике, наличию осложнений, по данным ЭхоКГ.

Результаты исследования. Все пациенты в течении не более 2 часов были обследованы и установлен диагноз ТЭЛА высокого риска, госпитализированы в отделение реанимации и начата СТЛТ. У 27(71,05%) больных СТЛТ проводилась по стандартной схеме: в/в 10мг альтеплазы в течении 1-2мин, затем 90мг в течении 2 часов, а у 12(31,57%)-по ускоренной схеме: в/в альтеплаза 0,6мг/кг (максимально 50мг) в течении 15мин. Д-димер при поступлении составил 9640,6±3250,4ng/ml, тропонин I-0,17±0,52мкг/л. По данным ЭхоКГ давление в легочной артерии составило 71,34±12,42мм.рт.ст.; при МС КТ у 5(13,15%) пациентов выявлена инфарктная пневмония. Улучшение отмечено у 33 (86,84%) больных. Сатурация О2 крови в составила 91,1±4,7%, ЧДД – 19,37±1,39, ЧСС-82,44±4,3. При контрольной ЭхоКГ через сутки после СТЛТ давление в легочной артерии снизилось до 44,7± 9,5мм.рт.ст. В 5(13,15%) случаях наступил летальный исход. Геморрагических осложнений после СТЛТ не было. После СТЛТ больные получали консервативное лечение новыми оральными антикоагулянтами по схеме. Койко-день составил – 7,6±2,3.

Обсуждение. При массивной ТЭЛА высокого риска по шкале PESI отмечается высокая госпитальная летальность. Проведение СТЛТ позволяет снизить летальность, улучшить прогноз заболевания, качество жизни пациентов в отдаленном периоде, способствует быстрой реабилитации.

Выводы. Проведенное исследование показывает клиническую эффективность и безопасность СТЛТ при массивной ТЭЛА у больных высокого риска по шкале PESI.

Ключевые слова: массивная тромбоэмболия легочной артерии, системный тромболизис, системная тромболитическая терапия, шкала PESI

---

225. Перспективы применения в абдоминальной хирургии нового антимикробного пептида лактоферрицина

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Луцева О.А., Коханов А.В.

Астрахань

Астраханский ГМУ

Актуальность. Проблема гнойной инфекции в хирургии останется актуальной и социально значимой. Важнейшим фактором, затрудняющим лечение заболеваний инфекционной природы у хирургических пациентов, является быстрое снижение чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам. Среди антибактериальных пептидов вызывает повышенный интерес новый бактерицидный пептид лактоферрицин (ЛФЦ), эффективный даже против инфекций, вызываемых устойчивыми к антибиотикам штаммами бактерий Staphylococcus aureus и Klebsiella pneumoniae.

Цель работы. Разработать тест-систему для иммуноферментный анализа лактоферрицина и оценить его уровни в сыворотке крови и перитонеальном экссудате у больных с перитонитом.

Материал и методы. У 177 больных деструктивным аппендицитом (ДА), холециститом (ДХ), перфорацией язвы желудка (ПЯ) и острой кишечной непроходимостью с клиникой разлитого гнойного перитонита, наряду со стандартными клиническими, лабораторно-инструментальными методами исследования определяли новый антибактериальный пептид лактоферрицин. Исследования сыворотки крови и стандартизированного по общему белку перитонеального экссудата пациентов на лактоферрицин производилось в лаборатории Астраханского ГМУ, где и разработана новая тест-система для непрямого твердофазного иммуноферментного анализа лактоферрицина с чувствительностью теста 1 нг/мл.

Результаты. При изучении у пациентов с перитонитом различной этиологии уровней пептида лактоферрицина установлено, что концентрация ЛФЦ в сыворотки крови более чем в 2,5 раза выше сывороточного уровня контрольной группы только у пациентов с ОКН. В среднем в 2,3 раза выше нормы уровни ЛФЦ у пациентов с ДА, ДХ и ПЯ. Все различия с контролем статистически высоко достоверны. Концентрация ЛФЦ в перитонеальном экссудате заметно превосходит сывороточные уровни у этих же больных. При этом наиболее высокие уровни в перитонеальном экссудате, превосходящие сывороточные уровни ЛФЦ почти в 4,5 раза установлены при ПЯ, а уровни ЛФЦ в перитонеальном экссудате, превосходящие сывороточные уровни в 4,3 раз наблюдаются при ОКН. Все эти отличия в перитонеальном экссудате также статистически высоко значимы. Обнаруженное нами избирательное присутствие высоких концентраций ЛФЦ в перитонеальном экссудате у пациентов с острой кишечной непроходимостью различного генеза свидетельствует о роли пептида ЛФЦ в процессе транслокации инфекции между кишечником и брюшной полостью. По результатам проведенного исследования разработан способ ранней добактериологической диагностики грамотрицательной абдоминальной хирургической инфекции на который получен патента РФ на изобретения № 2705385. Изобретение относится к абдоминальной хирургии и может быть использовано для экспресс-диагностики характера абдоминальной хирургической инфекции и своевременного начала этиотропной антибиотикотерапии.

Выводы. Таким образом, высокое значение отношения уровней ЛФЦэкс/ЛФЦсыв в группах обследованных пациентов с перитонитом характерны только в группах больных с острой кишечной непроходимостью. Обнаруженное нами избирательное присутствие высоких концентраций ЛФЦ в перитонеальном экссудате у пациентов с острой кишечной непроходимостью различного генеза свидетельствует о транслокации ЛФЦ из просвета кишечника в брюшную полость. Концентрации антибактериального пептида ЛФЦ в перитонеальном экссудате отражают степень бактериальной контаминации брюшной полости.

Рекомендации. ИФА на антибактериальный пептид лактоферрицин может найти широкое применение при оценке характера абдоминальной хирургической инфекции у больных с перитонитом.

Ключевые слова: перитонит, сыворотка крови, перитонеальный экссудат, ИФА, лактоферрицин, хирургическая инфекция, диагностическое значение

---

226. Сравнительный анализ и тактика оперативного лечения паховых грыж

Магомедов М.М, Хамидов М.А., Дамадаев Д.М

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Аннотация. Предпочтительным методом лечения паховой грыжи в настоящее время является использование сетчатого имплантата без натяжения. В последние несколько лет была внедрена новая методика операции по Десарда. Этот метод основан на использовании неразрывной полоски апоневроза наружной косой мышцы живота, которая укрепляет заднюю стенку пахового канала.

Цель исследования. Сравнительный анализ и результаты лечения паховой грыжи с применением имплантата и без нее.

Материал и методы. В зависимости от выбранной герниопластики пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, получавшие лечение по методике Десарда, а во вторую группу были включены пациенты после пластики по Лихтенштейну. Из 78 пациентов 32(41%) были в группе первой оперированные по методике Десарда. Во второй группе были оперированы 46(59%) по методике Лихтенштейна. Все пациенты в обеих группах были мужчинами, возрасте от 21 до 48 лет. Был проведен анализ продолжительности операции и госпитализации, включая возникновение осложнений во время и после операции, субъективную оценку пациентами в отношении боли и времени возвращения к нормальной физической активности, а также рецидива грыжи.

Результаты. Средняя продолжительность операции по методике Десарда составила 56.9 минут, в то время как операция Лихтенштейна длилась 67.7 минут. После операции Десарда была менее интенсивная послеоперационная боль, оцененная по шкале ВАШ на 3.3 в первый день после операции, 2,1 на второй день и 1.5 на третий, соответственно, во второй группе с оценкой 3.8, 2.7 и 1.6. Пациенты после пластики Десарда были выписаны из больницы на четвертый день после операции, во 2 группе на пятый день после операции ($p<0,05$). Через неделю после операции пациенты в обеих группах одинаково классифицировали интенсивность боли (ВАШ 1.2). Через шесть месяцев после госпитализации эффект от проведенной операции был описан как хороший или очень хороший. Только один пациент второй группе не был удовлетворен результатами операции. Спустя год после операции среди пациентов, оперированных по методике Десарда, у 78,1% анкетированных не возникает дискомфорта, чувства инородного тела в месте операции. В группе пациентов, оперированных с применением полипропиленовой сетки по методике Лихтенштейна, этот показатель составляет лишь 56,5%. Анализ результатов оценки пациентами своего качество жизни ВАШ показал, что спустя три года после операции Десарда качество жизни было на 15,6% выше, чем у пациентов, оперированных с применением сетки по Лихтенштейну, а спустя 5 лет после операции эта разница возросла до 12,5%. Через пять лет после операции у двух пациентов оперированных по методике Лихтенштейна наблюдалось рецидив, а после операции у пациентов оперированных по методике Десарда не наблюдалось рецидива грыжи.

Выводы. Методы Десарда и Лихтенштейна для первичной пластики паховой грыжи не отличаются по сложности процедуры и времени операции. Количество местных осложнений и интенсивность боли были сопоставимы и аналогичны литературным данным. Пациенты после пластики Десарда и Лихтенштейна были удовлетворены результатами операции. Первичное удаление грыжи Десарда так же эффективно, как и операция Лихтенштейна

Ключевые слова: Операция Десарда, герниопластика, операция Лихтенштейна.

---

227. Особенности оказания помощи пациентам с кататравмой при невозможности NOM

Федотова Е.В., Коростылёв Н.С.

Архангельск

ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница №2 СМП»

Актуальность: Кататравма является одной из наиболее сложных и трудно диагностируемых травм, что обусловлено патогенетическими механизмами, характеризуется сочетанным поражением органов и систем, сопровождается летальностью – от 44,5 до 66%, острой кровопотерей в 25– 30%, травматическим шоком у 70% пострадавших. В настоящее время активно внедряется в оказание помощи неоперативный менеджмент (NOM), однако в условиях нашей больницы скорой помощи на данном этапе нет возможности организовать мониторинг пациентов в соответсвии с требованиями NOM, так как данная тактика ведения включает в себя: непрерывный клинический мониторинг пациентов, доступность круглосуточного УЗИ метода для инструментальной оценки объема внутрибрюшного кровотечения и сравнении его в динамике, необходимостью наличия на базе ЛПУ сосудистого центра с возможностью выполнения эндоваскулярного гемостаза. На сегодняшний день не обоснована рациональность применения NOM у больных с открытой травмой живота).

Цель данного исследования предложить тактику ведения пациентов с кататравмой при невозможности NOM.

Материалы и методы: Базу исследования составили пациенты, поступившие в ГБУЗ АО «СГКБ №2 СМП» с политравмой в период с 31.12.2017г. по 30.12.2021г., общее количество 228 больных, из этой группы выделены пациенты получившие травмы вследствие падения с высоты, группу исключения составили пациенты с падениями с высоты собственного роста. Статистическая обработка выполнялась с использованиеv программы STATA.

Результаты и обсуждение: Средний возраст пострадавших – 36,5 ± 8,4 лет, преимущественно мужчины – 92,3%, травма получена в состоянии алкогольного опьянения у 38,5% пациентов. Высота падения 9,9±5,3 метра (наименьшее значение 4 метра, наибольшее 15 м). Все паци-

енты поступили в первые 6 часов с момента получения травмы, доставлены бригадой скорой помощи. По данным предварительного анализа выполненное в первый час от момента получения травмы УЗИ ОБП с целью выявления свободной жидкости, поражения внутренних органов обладает 80±5,8% достоверностью, КТ ОБП – 91.6±5,3% достоверностью. Кроме того, данные исследования требуют времени для выполнения исследования и для описания ультразвуковой картины и данных КТ. Выполнить УЗИ – мониторинг в динамике в соответсвии с протоколом NOM в условиях нашей больницы не представляется возможным. Поэтому, разработан и внедрён лечебно диагностический алгоритм оказания помощи пациентам с кататравмой: бригада «03» сообщает на приёмный покой о транспортировке пациента с данной патологией, в приёмном покое в условиях противошоковой палаты пациент принимается бригадой врачей стационара: ответственный д/хирург, реаниматолог – анестезиолог, травматолог. Одновременно оценивается общий статус пациента, выполняется венозный доступ при его отсутствии, фиксация шейного отдела в воротник Шанса при его отсутствии, катетеризуется мочевой пузырь – оценка цвета мочи и её наличие, забор ОАК, ОАМ, группа крови – резус фактор, пациент подается в операционную на диагностическую лапароскопию через КТ, где выполняется КТ головного мозга, позвоночника, ОГК, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза. Результаты КТ головного мозга и грудной клетки оцениваются сразу при построении, остальные данные исследований сообщаются д/бригаде в операционную, выполняется диагностическая лапароскопия для оценки повреждений внутренних органов. Достоверность метода составила 92,3%. Для исключения повреждения 12 п к-ки интраоперационно выполняется ФГДС, достоверность метода составила 100%, что возможно объясняется небольшим количеством пациентов с подозрением на разрыв ДПК.

Заключение: Разработанный алгоритм, включающий в себя командную работу, последовательность тактических действий, обязательное включение диагностической лапароскопии в лечебно-диагностический алгоритм, при невозможности NOM, повышает качество оказания помощи пациентам с кататравмой.

Ключевые слова: политравма, кататравма, неоперативный менеджмент

---

228. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с инфекцией протезов в аорто-подвздошно-бедренной позиции

Хамитов Ф.Ф., Гаджимурадов Р.У., Маточкин Е.А., Федотенко Е.А., Мирзоев М.Н.

Москва

Городская клиническая больница
им. В.В.Вересаева ДЗ г. Москва.

Введение. Инфекция аорто-бедренного бифуркационного протеза является серьезным послеоперационным осложнением при билатеральном протезировании брюшного отдела аорты. Частота инфицирования сосудистых протезов составляет от 1% до 4%. Частота высоких ампутаций достигает 50%. Летальность свыше 75%.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты аутовенозного бифуркационного репротезирования у больных с инфекцией протезов в аорто-подвздошно-бедренной позиции.

Материалы и методы. С 2002г. по январь 2022 г. в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. В.В.Вересаева было выполнено 74 оперативных вмешательства по поводу инфицирования протезов на аорто-подвздошно-бедренном сегменте (72 пациента с инфекцией синтетического протеза и 2 пациента с инфекцией эндографта). В качестве основных методов диагностики выполнялись МСКТ с контрастированием, микробиологическое исследование содержимого парапротезного пространства и крови, исследовались лабораторные маркеры сепсиса. Основные клинико-лабораторные симптомы: лихорадка наблюдалась у 37%, озноб у 6%, слабость у 61%, тахикардия у 61%, лейкоцитоз у 100%, анемия у 61%, повышение СРБ у 100%. Основными возбудителями инфекции в раннем послеоперационной периоде были St. aureus 67,3%, St. epidermidis 25%, St. saprophyticus 8.3%, P. aeruginosa 2,7%, Enterobacter 2,7%, E. coli 2,7%; в позднем послеоперационном периоде St. aureus 69,2%, P. klebsiella 15,4% E. coli 7,6%, Enterobacter 3,8%, P. aeruginosa 3,8%. 46 (62,1%) пациентов были прооперированы в сроки от 2 до 6 нед., 28 (37,9%) пациентов в сроки от 6 до 45 мес. после первичной операции. 3 (4%) пациента ранее переносили репротезирование «in situ» с использованием синтетических протезов, импрегнированных серебром. Всем больным выполнялось тотальное аутовенозное репротезирование «in situ» с использованием поверхностных бедренных и яремных вен.

Результаты. В ближайшем периоде после операции тромбоза шунтов не отмечено. В отдаленном периоде после аутовенозного репротезирования «in situ» (контроль 57 пациентов в периоде от 8 месяцев до 13 лет) у 2 (2,7%) пациентов (через 3 и 5 лет соответственно) наблюдались аневризмы дистальных и проксимального анастомозов. Пациентам выполнена реконструкция дистальных ана-

стомозов с восстановлением магистрального кровотока; от реконструкции проксимального анастомоза решено было воздержаться по причине отсутствия увеличения в размерах ложной аневризмы в течение длительного наблюдения. У 2 (2,7%) пациентов в течение первого года отмечался тромбоз шунта, в связи с чем выполнена тромбэктомия из шунта с реконструкцией дистального анастомоза с хорошим эффектом. У 3 (4%) пациентов тромбоз шунта развился спустя 4, 5 и 9 лет соответственно вследствие неудовлетворительного дистального артериального русла, 2 (2,7%) из которых была выполнена ампутация на уровне бедра. Летальный исход в 3 (4%) случаях: у одного пациента развилось ОНМК, у второго пациента причина смерти рак легкого, у третьего – цирроз печени. Повторного инфицирования среди оперированных не наблюдалось.

Выводы. Аутовенозное репротезирование «in situ» у больных с инфекцией протеза в аорто-подвздошно-бедренной зоне является эффективным методом лечения, отличается хорошей проходимостью протезов, меньшей частотой рецидивов инфицирования и повторных операций, а так же низкой летальностью в отдаленном периоде.

Ключевые слова: Инфекция протезов, аутовенозное репротезирование, аорто-бедренное бифуркационное протезирование

---

229. Анализ диагностика и лечения пациентов со спондилодисцитами

Степанюк А.А.

Могилев

УЗ «Могилевская городская больница СМП»

Актуальность: В связи с широким внедрением в современной медицине МРТ – исследований для диагностики патологии позвоночника, увеличилось количество пациентов с неспецифическими гнойно-воспалительными заболеваниями позвоночника (спондилодисцитами) и может доходить до 60% от общего количества пациентов с патологией позвоночника. Данная патология по данным отечественных и зарубежных авторов встречается с частотой 0,5-3,5 случаев на 100 тыс. населения, преимущественно развивается у пациентов старше 50 лет и количество диагностированных случаев спондилодисцитов в последние годы постоянно растет. Диагностика спондилодисцита остается сложной проблемой хирургов и неврологов на всех этапах оказания медицинской помощи. Сроки от обращения пациента к врачу до верификации диагноза по данным различных авторов может составляет в среднем до 3-6 месяцев.

Материалы и методы: Проведен анализ 40 историй болезни пациентов, находящихся на лечение по поводу спондилодисцита в УЗ «Могилевская городская больница СМП» за период с 2021 по 2022 годы. Из них женщин было 17 (42,5%) пациентов, мужчин 23 (57,5%). Возраст пациентов составлял от 23 до 81 года. Средний возраст пациентов составил 52 года. При поступление в стационар, в приемном покое пациент осматривался терапевтом, неврологом, нейрохирургом и хирургом, у женщин обязательный осмотр гинеколога. Выполнялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. В инструментальные методы исследования входили рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, компьютерная томография позвоночника (для оценки степени поражения костной ткани позвоночника) и МРТ исследования для оценки поражения межпозвоночных дисков и наличия патологических образований в окружающих мягких тканях. Лечение пациентов начиналось согласно клиническим рекомендациям по лечению пациентов с воспалительными заболеваниями позвоночника МЗ РБ. Показаниями к выполнению оперативного вмешательства являлись: отсутствие положительной динамики от проводимого лечения в течение 2-3 недель, наличие натечников, сдавливающих спинной мозг, вызывающие появления парезов нижних конечностей. Объем операции включал тороко или люмботомию, дебридмент пораженных позвонков, стабилизация позвоночника аутотрансплантация кости с кортикальным слоем MESH. Полученные результаты и обсуждение: У 36 (90%) пациентов основной жалобой при обращение в стационар было наличие стойкого болевого синдрома в месте поражения позвоночника и лишь 4 (10%) пациентов имелись абдоминальные боли с иррадиацией в поясничный отдел позвоночника, что затруднял диагностические мероприятия. Сроки с момента появления болей до диагностики спондилодисцита составили от 14 дней до 2 месяцев. Причиной являлось трудности диагностики данной патологии на амбулаторном этапе. Период нахождения в стационаре составил от 14 до 47 дней (средний койко-день составил 30,5 дней). Наиболее частой областью поражение позвоночника являлась поясничная – у 25 (62,5%) пациентов, нижнегрудной отдел – 10(25%), верхнегрудной отдел 3(7,5%) и у 2(5%) – шейный отдел позвоночника. Средние сроки консервативного лечения до операции составили 14,5 дней. Оперативное лечение потребовалось 15 (37,5%). Летальность после операции составило 5 (12,5%) случая и 2 (5%) случай без оперативного вмешательства. Причиной летального исхода являлся пожилой возраст пациента и тяжелая сопутствующая патология.

Выводы и рекомендации: Диагностика и лечения спондилодисцит остается трудной проблемой для хирургов и неврологов в современной медицине на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам. Увеличение сроков с момента заболевания до постановки диагноза связана с трудностями на амбулаторном этапе. Лечение

пациентов с данной патологией требует длительных сроков назначения дорогостоящих антибактериальных препаратов. И несмотря на достижения современной медицины остаются высокие показатели смертности от данной патологии. Рекомендуется с целью улучшения результатов оказания помощи пациентов с данной патологией расширить применение МРТ исследований на амбулаторном этапе у пациентов со стойким болевым синдромом не снимающимся длительным применением НВПС.

Ключевые слова: компьютерная томография, МРТ-исследование, спондилодисцит.

---

230. Тактика хирургического лечения пациентов с послеожоговым поражением век

Сарыгин П.В., Федякина Ю.А.

Москва

НМИЦхирургии им. А.В.Вишневского МЗ РФ

Актуальность. Ожоги лица занимают одно из первых мест у обожженных, составляя до 30 процентов среди других локализаций. Патологические рубцы меняют анатомические соотношения, нарушают функцию. При рубцовом поражении орбитальной области наблюдается выворот век и развитие лагофтальма. При этом глаз оказывается незащищенным от механических воздействий, нарушается увлажнение роговицы, что может в дальнейшем служить причиной кератопатии и развития язв роговицы. И если при других локализациях рубцового процесса больных с последствиями ожогов принято оперировать через 1,5-2 года после заживления ран, то при поражении век показана срочная хирургическая коррекция. Это расходится с позицией некоторых специалистов, утверждающих, что необходимо откладывать хирургическое вмешательство на более отдаленные сроки. В качестве аргумента приводится высокий процент рецидива выворота век при операции в ранние сроки после ожоговой травмы.

Материал и методы: проанализирован опыт хирургического лечения 225 пациентов с последствиями ожогов лица и поражением век, проходивших хирургическое лечение в отделении реконструктивной и пластической хирургии НМИЦхирургии им. А.В.Вишневского МЗ РФ с 2010 по 2022гг. Из них у 185 (82%) пациентов с момента ожога прошло менее 6 месяцев, у 40(18%) пациентов – более 1 года после травмы. В большинстве случаев имело место двустороннее поражение – у 173(77%) пациентов, одностороннее – у 52(23%) пациентов. Одномоментно на каждом глазу корригировали выворот только одного века. Зачастую, оперировали пациентов еще при нахождении их в ожоговом отделении, если уже сформировался выворот века.

Результаты и обсуждение. Техника операции. По ресничному краю века атравматической нитью накладывается три шва-держалки. Отступя от ресничного края на 1мм от одного угла глазной щели до другого производится разрез кожи, рассекаются и иссекаются рубцы, формировавшие выворот века. Рубцы должны иссекаться как можно более радикально. Неудаленные рубцовые тяжи приведут к рецидиву выворота в будущем. Вследствие этих манипуляций края раны расходятся, исчезает стяжение. Во время операции осуществляется гемостаз точечной коагуляцией дна раны. В результате веко должно свободно опускаться и подниматься на швах-держалках. Мобилизованное веко в состоянии гиперкоррекции фиксируют ранее наложенными нитями в проекции надбровной дуги (нижнее веко), или в проекции скуловой кости (верхнее веко). Выполняется пластика образовавшейся раны трансплантатом полнослойной неперфорированной кожи. Трансплантат кожи берется на внутренней поверхности плеча, либо в паховой области. Заушная область у пациентов с обширными ожогами лица, как правило, поражена рубцами и не пригодна в качестве донорской зоны. Трансплантат полнослойной кожи фиксируется к краям раны на веке отдельными узловыми швами нитью 6/0. Накладывается компрессионная асептическая повязка. Первая перевязка производится на 7 сутки после операции. На 10 сутки снимаются фиксирующие швы, швы на веке. Во всех наблюдениях приживление кожного трансплантата было полным. Рецидива выворота век при наблюдении пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде нами не наблюдалось.

Выводы: пациенты с послеожоговым рубцовым выворотом век нуждаются в хирургической коррекции по срочным показаниям в ранние сроки после травмы. Адекватная техника реконструкции века позволяет получить хороший функциональный, эстетический результат и исключить рецидив выворота.

Ключевые слова: Ожоги Реконструкция век

---

231. Пути снижения летальности у пострадавших с множественными осколочными ранениями сердца и магистральных сосудов

Мирошников Р.М. (1,1), Редин Д.Н. (1,1), Валиев И.О. (1,1), Дудникова А.В. (1,1), Леус Я.В. (1,1), Никитич А.В. (1,1), Вольман О.В. (1,1), Хубулава Г.Г. (2,2), Ульченко В.Ю. (2,2), Мамедова Т.Д. (2,2), Марченко С.П. (2,2), Наумов А.Б. (2,3)

1) Луганск
2) Санкт-Петербург

1) ГУ «ЛРКБ» ЛНР
2) ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
3) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Снижение летальности путем совершенствования точности диагностики и своевременности коррекции острых гемодинамических нарушений, уточнения показаний к использованию искусственного кровообращения (ИК) при повреждениях сердца и магистральных сосудов являются актуальной проблемой кардиохирургии.

Материалы и методы исследования. В отделении кардиохирургии «ЛРКБ» проведено обсервационное аналитическое продольное ретроспективное исследование без вмешательства в тактику ведения у 52 больных. Критерии включения: 1. пациенты с повреждением сердца с тампонадой и без тампонады; 2. пациенты с повреждением магистральных сосудов. Оперированы 46 пострадавших с осколочными ранениями сердца и магистральных сосудов (по экстренным и неотложным показаниям – 39 (84,8%), по отсроченным с использованием ИК – 7 (13%). Для определения обьема оперативного вмешательства и оптимального хирургического доступа всем в приемном отделении выполнено КТ, для оценки гемодинамического статуса – ЭХОКГ. Оценивались показатели: индекс конечного диастолического объема левого желудочка ИКДО ЛЖ, фракция выброса ЛЖ (ФВ), интеграл скорости потока на аортальном клапане (VTI АК), индекс ударного объема левого желудочка (ИУО), объем тампонады сердца и гемоторакса, данные компьютерной томографии. Ранения правых отделов сердца составили 24 (46,2%), левых – 21 (40,4%), экстраперикардиальные – 7 (13,4%). Торакоабдоминальные ранения имели место у 17 (32,7%) пострадавших. Структура хирургических доступов: правосторонняя передне-боковая торакотомия 13 (28,3%), левосторонняя ПБ 18 (39,1%), левосторонняя боковая торакотомия 1 (2,2%), левосторонняя задне-боковая торакотомия 1 (2,2%), срединная продольная стернотомия 7 (15,2%), субксифоидальный доступ 1 (2,2%).

Результаты. Летальность при множественных осколочных ранениях сердца и магистральных сосудов в группе оперированных составила 2,2%. Частота тампонады – 39 (75%), повреждение легких у 32 (82%). В структуре ранений частота встречаемости повреждений составила: правое предсердие – 10 (19,3%), левое предсердие – 1 (1,9%), левый желудочек – 20 (38,5%), правый желудочек – 14 (26,9%), грудная аорта – 3 (5,8%), левая легочная артерия – 1 (1,9%), верхняя полая вена – 2 (3,8%), нижняя полая вена – 1 (1,9%). Открытые операции по поводу ранений сердца и магистральных сосудов проводились в 45 (86,5%) случаях, дренирование перикарда с тактикой активного динамического наблюдения у 2 (3,85%). Среднее значение гемоглобина при поступлении – 85,7 ± 20 г/л (ДИ 95%: 79,3-92). Объем тампонады – 147,1 мл ± 76,5 (ДИ 95%: 122,9-171,2). ИУО ЛЖ – 26,7 ± 5,3 (ДИ 95%: 25,2-28,2). ИКДО ЛЖ – 47,1 ± 9,9 мл/м2 (ДИ 95%: 44,4-49,9). VTI АК при поступлении – 13,4 ± 2,7 (ДИ 95%: 12,6-14,1), обьем гемоторакса – 1046 ± 1220 мл (ДИ 95%: 706-1386).

Обсуждение. ЭХО-КГ протокол, основанный на гемодинамических показателях: индексе ударного объема левого желудочка, VTI ЛЖ, ИКДО ЛЖ позволяет индивидуализировать оценку гемодинамического статуса и быстро определить тактику лечения.

Вывод. Снижение летальности до 2,2% у пострадавших с множественными осколочными ранениями сердца и магистральных сосудов в условиях наличия специализированного кардиохирургического отделения достигается путем выполнения КТ органов грудной клетки и эхокардиографии в приемном отделении с оценкой гемодинамического статуса при поступлении, такой подход позволяет не только быстро распознать характер повреждения, выбрать оптимальный хирургический доступ, но и оптимизировать тактику ведения в периоперационном периоде.

Ключевые слова: Ранения сердца и сосудов, гемодинамика.

232. Протокол оценки гемодинамики у пострадавших с множественными осколочными ранениями сердца и магистральных сосудов.

Мирошников Р.М. (1,1), Редин Д.Н. (1,1), Валиев И.О. (1,1), Дудникова А.В. (1,1), Леус Я.В. (1,1), Никитич А.В. (1,1), Вольман О.В. (1,1), Хубулава Г.Г. (2,2), Ульченко В.Ю. (2,2), Мамедова Т.Д. (2,2), Марченко С.П. (2,2), Наумов А.Б. (2,3)

1) Луганск
2) Санкт-Петербург

1) ГУ «ЛРКБ» ЛНР
2) ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
3) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Актуальность. Снижение летальности при повреждениях сердца и магистральных сосудов путем совершенствования точности диагностики и своевременности коррекции острых гемодинамических нарушений является актуальной проблемой кардиохирургии.

Материалы и методы исследования. В отделении кардиохирургии «ЛРКБ» проведено обсервационное аналитическое продольное ретроспективное исследование без вмешательства в тактику ведения у 52 больных. Критерии включения: 1. пациенты с повреждением сердца с тампонадой и без тампонады; 2. пациенты с повреждением магистральных сосудов. Оперированы 46 пострадавших с осколочными ранениями сердца и магистральных сосудов (по экстренным и неотложным показаниям – 39 (84,8%), по отсроченным с использованием ИК – 7 (13%). Для определения обьема оперативного вмешательства и оптимального хирургического доступа всем в приемном отделении выполнено КТ, для оценки гемодинамического статуса – ЭХОКГ. Оценивались клинические параметры: уровень систолического АД, симптом капиллярного наполнения, температурный градиент, диурез. Оценивались следующие показатели: индекс конечного диастолического объема ЛЖ (ИКДО ЛЖ), фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ), интеграл скорости потока на аортальном клапане (VTI АК), индекс ударного объема левого желудочка (ИУО ЛЖ), индекс доставки кислорода (IDO2), объем тампонады сердца, данные компьютерной томографии.

Результаты. Нарушение микроциркуляции среди всех пострадавших наблюдалось в 17 (32,7%) случаях. Среднее значение температурного градиента при поступлении – 6 ± 2 оС (ДИ 95%: 5,3-7,8). Симптом капиллярного наполнения при тампонаде сердца – 5,8 ± 1,9 с (ДИ 95%: 5,2-6,5). Объем тампонады – 147,1 ± 76,5 мл (ДИ 95%: 122,9-171,2). Гемоглобин – 85,7 ± 20 г/л (ДИ 95%: 79,3-92). ИУО ЛЖ – 26,7 ± 5,3 мл/м2 (ДИ 95%: 25,2-28,2). ИКДО ЛЖ – 47,1 ± 9,9 мл/м2 (ДИ 95%: 44,4-49,9). VTI АК при поступлении – 13,4 ± 2,7 (ДИ 95%: 12,6-14,1). IDO2 при поступлении – 365,2 ± 147,6 мл/мин/м2 (ДИ 95%: 324,1-406,4).

Обсуждение. Быстрое и корректное принятие решения на основе данных КТ и ЭХО-КГ позволяет улучшить результаты хирургического лечения ранений сердца и магистральных сосудов с уменьшением летальности до 2,2%. Для оценки гемодинамического статуса на основе укороченного эхокардиографического протокола целесообразно использовать следующие показатели: ИКДО ЛЖ, ИУО ЛЖ, VTI АК, IDO2).

Вывод. Основой протокола оценки гемодинамики у пострадавших с множественными осколочными ранениями сердца и магистральных сосудов в специализированном кардиохирургическом отделении в условиях приемного покоя являются следующие эхокардиографические параметры: ИКДО ЛЖ и ИУОЛЖ, которые позволяют индивидуализировать оценку нормоволемического статуса, индекса доставки кислорода и быстро определить тактику гемотрансфузионной терапии.

Ключевые слова: Ранения сердца и сосудов, гемодинамика, ЭХО-протокол

---

233. Опыт применения внебрюшинного этапа тотальной эвисцерации малого таза

Румянцев В.Н. (1), Суров Д.А. (1), Балюра О.В. (1), Гребеньков В.Г. (1), Еселевич Р.В. (1), Агаханова М.Д. (1), Ястребов И.П. (2)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург;
2) НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург.

Актуальность. Опухоли органов малого таза составляют четверть от всех злокачественных опухолей, до 40% из них на момент диагностики имеют местнораспространенный характер. Самым распространенным вариантом хирургического лечения местнораспространенных опухолей органов малого таза (МРООМТ) является эвисцерация, которая традиционно выполняется трансперитонеально. В начале XX века стали выполняться лапароскопические эвисцерации, которые технически сложнее и ограничены в показаниях. В настоящее время проблема хирургического лечения местнораспространенных опухолей тазовой локализации проработана недостаточно и не имеет окончательного решения. Высокая частота послеоперационных осложнений и летальности при использовании традиционных подходов к хирургическому лечению МРООМТ диктуют необходимость совершенствования технических аспектов оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В результате критического ана-

лиза экстраперитонеальных подходов, реализованных в смежных областях хирургии, и в ходе анатомо-хирургического эксперимента был разработан внебрюшинный этап эвисцерации органов малого таза. Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов эвисцераций таза у больных МРООМТ с использованием традиционной методики и с применением внебрюшинного этапа эвисцерации, для чего были сформированы контрольная (n=30) и основная (n=14) группы, соответственно. Операции выполнялись в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии и на её базе в клинике колопроктологии НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2017 по 2023 год. Оценивали время разрушительного этапа (от момента разреза кожи до удаления препарата с опухолью) вмешательства, общее время операции, объём интраоперационной кровопотери. Полученные результаты. Время разрушительного этапа в контрольной группе в среднем составило 90 минут, в основной – 55 минут. Общее время оперативного вмешательства было меньше в основной группе (180 минут), в отличие от контрольной (220 минут). Интраоперационная кровопотеря была меньше в основной группе (510 мл) по сравнению с контрольной (890 мл).

Обсуждение. Полученные нами результаты показали тенденцию к у уменьшению длительности оперативного вмешательства, засчет ускорения его внебрюшинного разрушительного этапа, а также к уменьшению интраоперационной кровопотери. Внебрюшинный доступ к органам малого таза является относительно простым в техническом отношении и быстрым методом мобилизации удаляемого в ходе тотальной эвисцерации таза органокомплекса. Внебрюшинный подход обеспечивает адекватную и своевременную визуализацию внутренних подвздошных сосудов, их ветвей (притоков) и позволяет осуществить эффективный проксимальный контроль кровотечения. Кроме того, данная технология способствует качественной интраоперационной визуализации анатомических образований забрюшинного пространства на протяжении всей операции, тем самым, уменьшая риски их ятрогенного повреждения.

Выводы. Тотальная эвисцерация малого таза с использованием внебрюшинного этапа повышает безопасность вмешательств и создает предпосылки для улучшения их непосредственных результатов.

Рекомендации: Требуется дальнейшее изучение внебрюшинных подходов в рамках эвисцерации малого таза, определение показаний для их использования.

Ключевые слова: эвисцерация малого таза, внебрюшинный этап, местнораспространенные опухоли органов малого таза

---

234. Комплексная профилактика рецидивов гастродуоденальных язв

М.Н.Камбалов, В.Б.Богданович

Гомель

Гомельский государственный медицинский университет

В настоящее время оказание хирургической помощи при перфоративной язве ограничивается паллиативным вмешательством и эмпирической консервативной терапией при отсутствии долгосрочного клинического эффекта.

Цель: обосновать целесообразность использования меласона в схеме профилактики обострений и рецидивов язвенной болезни (ЯБ) после хирургического лечения.

Материалы и методы: сформированы 2 группы пациентов: исследования (И) (n=32), давших согласие на проведение исследования и контрольная группа (К) (n=32), отказавшихся от него. Обе группы первично анкетированы с применением опросника MOS SF-36 и шкалы Visick. Группе И был предложен прием препарата «Меласон» дополнительно к уже используемой пациентом схеме противорецидивного лечения с повторным анкетированием через год. Для расчета «опасных» периодов обострения ЯБ в индивидуальном годичном цикле пациента применялась разработанная нами компьютерная программа. Для статистической обработки использовались непараметрические критерии (p?0,05).

Результаты По результатам первичного анкетирования при оценке критерия «Физический компонент здоровья» (И/К – 48,0±1,8/47,8±1,8; T=241,0; p=0,66) и «Психологический компонент здоровья» (И/К – 45,5±1,5 / 45,2,1±2,1; T=259,0; p=0,92) не выявлено достоверных различий. Показатели шкалы Visick так же статистически не различались (И/К – 8,27±0,7/8,3±0,6; T=211,0 p=0,89). При этом в группе К хорошие послеоперационные результаты отмечались в 18,2%, удовлетворительные в 81,8%; в группе И – 15,6 и 84,4%, соответственно (p?0,05). На втором этапе при оценке критериев «Физический компонент здоровья» до (Иперв, 47,8±1,8) и после использования препарата (Иповт, 49,6±1,06) (T=154,0; p=0,03); «Психологический компонент здоровья» (Иперв/Иповт – 45,5±2,1/49,21±1,8; T=108,0; p=0,03) установлены статистически значимые различия. Существенными выглядят различия показателя «Общее здоровье,GH» (T=79; p=0,04) компонента «Физическое здоровье», а также, показателей компонента «Психологическое здоровье»: «Социальная активность, SF» (T=50; p=0,02), «Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, RE» (T=45; p=0,004), «Психическое здоровье, MH (T=106,0; p=0,027)». При оценке средних показателей параметров, составляющих данные критерии, установлены статистически значимые различия при первичном и повторном

анкетировании группы И (Т= 0,00; p=0,011). При анализе данных анкетирования по шкале Visick на момент осмотра диету соблюдали 15,6% повторно анкетированных (Иповт), тогда как в группе К и группе И при первичном анкетировании (Иперв) эти показатели составили 42,4% и 46,95% соответственно (?2=16,4, p=0,0002). Отмечен рост показателя, характеризующего активизацию приема противоязвенных препаратов (К/ Иперв/ Иповт=0/18,8/28,1; ?2=26,3, p=0,00002). Уменьшилась необходимость инструментальных осмотров (К/ Иперв/ Иповт=0/93,7/53,1; ?2=90,4, p=0,0000), отмечен рост уровня трудоспособности (К/Иперв/Иповт=12,5/31,2/42,4; ?2=15,9, p=0,0003). Снизилась частота нуждаемости в стационарном лечении у лиц группы Иповт и оперативных вмешательствах (по поводу рубцовых стенозов) (К/Иперв/Иповт=9,09/3,1/0; ?2=26,3, p=0,00002), уменьшилось количество случаев диспепсических расстройств (К/Иперв/Иповт=42,4/31,2/12,5; ?2=15,9, p=0,0003). Рост массы тела (К/Иперв/Иповт=18,2/15,6/84,3; ?2=77,3, p=0,0000) и улучшение общего состояния отмечают 81,2% в группе Иповт по сравнению с К (39,9%) и Иперв (31,2%) (?2=28,04, p=0,00001). Хорошие результаты отмечались в группе исследования после первичного анкетирования у 15,6% (при 84,4% удовлетворительных); после повторного – 78,1 и 21,9% (в сравнении в контрольной группой – 18,2 и 81,8%) (?2=23,6, p=0,00007).

Обсуждение и выводы Исследование данных анкет MOS SF-36 обнаружило улучшение общего самочувствия, рост социальной активности, уменьшение степени выраженности психической и эмоциональной нагрузки. Вместе с тем, сохранялись физические проблемы, влияющие на жизненную активность. Данные анкетирования по шкале Visick указывали на рост хороших результатов, выражающихся в уменьшении тяжести течения обострений и их количества, роста массы тела и улучшение общего самочувствия. При этом сохранялись ухудшение состояния при погрешностях в диете, болевой синдром. В данном исследовании при использовании меласона на фоне снижения количества случаев рецидивов, требующих госпитализации и оперативного лечения, повысилась приверженность профилактике, что видится нам даже более важным, чем снижение кратности осложнений (рецидивов). Проблема требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: меласон, обострение язвенной болезни, противорецидивное лечение, качество жизни

---

235. Микробный пейзаж у пациентов оперированных по поводу спондилодисцита

Степанюк А.А.

Могилев

УЗ «Могилевская городская больница СМП»

Актуальность: Спондилодисцит – инфекционно-воспалительное заболевание, поражающее костные структуры и межпозвоночные диски позвоночника. В настоящее время спондилодисцит встречается у 6 – 10% пациентов с воспалительным поражением опорно-двигательной системы. Данная патология приводит к нарушению стабильного вертикального положения туловища и защиты невральных структур, которое в свою очередь приводит к длительной нетрудоспособности или инвалидности пациентов. Основными причинами спондилодисцита являются различные инфекционные агенты, проникающие в межпозвоночные диски при травмах, нарушающих его целостность, а также как очаги отсевов при тяжелой гнойно-воспалительной патологии. В связи с глубиной расположения патологического процесса и трудностью подбора антибактериальной терапия удлиняются сроки госпитализации пациентов, а также увеличивается летальности среди пациентов с данной патологией.

Материалы и методы: Проведен анализ 15 историй болезни пациентов, оперированных по поводу спондилодисцита в УЗ «Могилевская городская больница СМП» за период с 2021 по 2022 годы. Из них женщин было 5 (33,3%) пациентов, мужчин 10 (66,6%). Возраст пациентов составлял от 23 до 81 года. Средний возраст пациентов составил 52 года. При поступление в стационар, в приемном покое пациент осматривался терапевтом, неврологом, нейрохирургом и хирургом, у женщин обязательный осмотр гинеколога. Выполнялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. В инструментальные методы исследования входили рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, компьютерная томография позвоночника (для оценки степени поражения костной ткани позвоночника) и МРТ исследования для оценки поражения межпозвоночных дисков и наличия патологических образований в окружающих мягких тканях. Лечение пациентов начиналось согласно клиническим рекомендациям по лечению пациентов с воспалительными заболеваниями позвоночника МЗ РБ. Эмпирическим путем назначалось 2 антибактериальных препарата. Коррекция антибактериальной терапии проводилось после получения результатов посевов из раны. Показаниями к выполнению оперативного вмешательства являлось: отсутствие положительной динамики от проводимого лечения в течение 2-3 недель, наличие натечников, сдавливающих спинной мозг, вызывающие появления парезов нижних конечностей. Объем операции включал тороко или люмботомию, дебридмент пораженных позвонков, стабилизация позвоночника

аутотрансплантация кости с кортикальным слоем MESH. Полученные результаты и обсуждение: Период нахождения в стационаре составил от 14 до 47 дней (средний койко-день составил 30,5 дней). Наиболее частой областью поражение позвоночника являлась поясничная – у 10 (66,7%) пациентов, нижнегрудной отдел – 2 (13.3%), верхнегрудной отдел 2 (13.3%) и у 1 (6,7%) – шейный отдел позвоночника. Средние сроки консервативного лечения до операции составили 14,5 дней. Оперативное лечение потребовалось 15 (37,5%) пациентам. При анализе посевов из раны наиболее часто у 8 (53,3%) высевался золотистый стаффилококк чувствительный ко всем антибиотикам, у 4 (26,7%) – кишечная палочка чувствительная к ампицилину, амикацину, гентамицин, доксициклин. У 3 (20%) пациентов диагностирована туберкулезная природа поражения позвоночника, не чувствительная к антибиотикам. Летальность после операции составила 5 случаев. Причиной летального исхода явился пожилой возраст пациента и тяжелая сопутствующая патология.

Выводы и рекомендации: Лечение пациентов со спондилодисцитом остается трудной проблемой для хирургов и неврологов в современной медицине. Увеличение сроков лечения пациентов связано с невозможностью до получения посевов из раны назначения рациональной антибиотикотерапии. И несмотря на достижения современной медицины, остаются высокие показатели смертности от данной патологии. Рекомендуется с целью улучшения результатов оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией учитывать результаты посевов из раны пациентов, ранее оперированных по данной патологии.

Ключевые слова: микробный пейзаж, спондилодисцит.

---

236. Видеоторакоскопическая биопсия лимфатических узлов средостения и/или паренхимы легкого в дифференциальной диагностике синдрома медиастинальной лимфаденопатии, диссеминированных заболеваний легких

Башилов Н.И.

Североморск

ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь» Минобороны России

Актуальность. Диссеминированные заболевания легких (ДЗЛ), внутригрудная лимфаденопатия (ВЛА) представляют собой синдромокомплекс групп заболеваний и процессов, характеризующихся различными подходами к лечению, неоднозначными прогнозами и исходами. Стертость и неспецифичность клинических проявлений, отсутствие четких патогномоничных симптомов, совершенно недостаточная информативность классического рентгенологического исследования требуют мультидисциплинарного подхода к дифференциальной диагностике данных патологических состояний. При этом морфологическая верификация диагноза играет ключевую роль в формировании лечебно-диагностического алгоритма к указанной клинической ситуации, а диагностические ошибки, по мнению исследователей, могут достигать уровня 75-80% (Шмелев Е.И., 2001), способствуя более позднему получению специализированного лечения и ухудшению клинического исхода.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ клинических случаев выполнения видеоторакоскопических вмешательств у пациентов с ДЗЛ, ВЛА в условиях хирургического отделения (торакального) с целью морфологической верификации диагноза. Все пациенты были в предоперационном периоде обследованы на амбулаторном этапе, либо находились под наблюдением пульмонолога. Выполнялись клинико-лабораторные исследования (общеклинические, биохимические исследования с определением ангиотензинпревращающего фермента, С-реактивного белка, уровня Са++ и т.д.), инструментальная диагностика (УЗИ лимфоузлов, органов брюшной полости, спирометрия, рентгенография груди, МСКТ груди и т.д.). Полученные результаты. В период 2019-2022 гг. в хирургическом отделении (торакальном) ФГКУ 1469 ВМКГ МО РФ произведена морфологическая верификация диагноза 27 пациентам с клинической картиной ДЗЛ и ВЛА. 100% пациентов были мужчины трудоспособного возраста (средний возраст составляет 31 год, медиана возраста – 32 года). Всем пациентам выполнено видеоторакоскопическое вмешательство, включающее эксцизионную биопсию лимфоузлов средостения и/или биопсию паренхимы легкого с видимыми очаговыми изменениями, участка костальной плевры. В 11 случаях (40,7%) выполнена биопсия паренхимы легких с узелковыми изменениями по типу атипичной краевой резекции, в 16 случаях (59,2%) – эксцизионная биопсия нижнего паратрахеального лимфоузла, в одном случае дополненная биопсией измененного участка костальной плевры.

Обсуждение: В результате проведенных оперативных вмешательствах во всех случаях был получен достаточный для гистологического исследования биопсийный материал со 100%-м установлением окончательного морфологического диагноза. При гистологическом исследовании операционного биопсийного материала верифицирован саркоидоз органов дыхания, внутригрудных лимфоузлов. Видеоторакоскопическая биопсия не сопровождалась развитием интра- и послеоперационных осложнений, дренаж из плевральной полости удалялся на следующие или вторые сутки после операции. Все пациенты направлены на специализированное лечение в пульмонологическое отделение, с вынесением экспертного заключения, определением категории годности к военной службе и формированием схемы диспансерного

наблюдения.

Выводы и рекомендации. Таким образом, видеоторакоскопическая биопсия паренхимы легких, медиастинальных лимфоузлов, плевры с целью морфологической верификации диагноза для определения лечебно-диагностической и экспертной тактики при ДЗЛ и ВЛА является безопасным и эффективным видом вмешательства, позволяющим значительно снизить риски диагностических ошибок и начать более раннюю специализированную терапию. Описанный мультидисциплинарный подход к диагностике ДЗЛ и ВЛА может быть рекомендован для реализации в условиях многопрофильного стационара.

Ключевые слова: видеоторакоскопическая биопсия, диссеминированные заболевания легких, внутригудная лимфаденопатия, саркоидоз

---

237. ИВЛ ассоциированная нозокомиальная пневмония у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Зайцев П.П., Хамченков А.Г., Гаербеков А.Ш.

Батайск РО

ГБУ РО ЦГБ г. Батайск

Актуальность. Одной из серьезных проблем в работе отделений реанимации является нозокомиальная пневмония у пациентов, находящихся на пролонгированной ИВЛ (ИВЛ-ассНП). Прогноз остается серьезным, значительно увеличивается длительность стационарного лечения, цифры летальности сохраняются высокими.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1029 клинических случаев сочетанной травмы и политравмы. ИВЛ-асс. НПН выявлена в 34 случаях. Диагноз подтвержден клиническими, рентгенологическими (РГР, СКТ) исследованиями и данными микробиологического исследования. В 24 случаях из них у пострадвших с тяжелой сочетанной травмой при первичном обследовании диагностирован ушиб легких. В 10 случаях пролонгированное ИВЛ была обусловлена церебральной недостаточностью при тяжелой черепно-мозговой травме. В 19 случаях зафиксированной ИВЛ-асс. НПН клинический случай закончился летальным исходом. Пролонгированная ИВЛ у изучаемой группы была обусловлена коматозным состоянием, нарушением каркасности грудной клетки, наличием сочетанности торако-абдоминального повреждения, травмы конечностей. Все пациенты были интубированы эндотрахеальными трубками с манжетой фирмы «Intersurgical», диаметр 7,5-8,5. При необходимости продленной ИВЛ на 3 сутки выполнялась трахеостомия. ИВЛ проводилась аппаратами SERVO-S. У всех пациентов использовались вирусно-бактериальные фильтры со сменой через 24 часа. Респираторная поддержка осуществлялась в режимах SIMV PS. Перевод пациентов на спонтанное дыхание проводился в режимах PS/CPAP. Санацию трахеобронхиального дерева осуществляли ежечасно. У всех пациентов использовали программную бронхоскопическую санацию ежедневно. Продолжительность ИВЛ до 48 суток. Микробиологическое исследование отделяемого нижних дыхательных путей включало выделение чистой культуры, индентификацию возбудителя с определением их чувствительности к антибактериальным препаратам. Забор материала для микробиологического исследования осуществлялся набором-пробиркой «Traxeset». Полученные результаты. Микробиологическим критерием верификации диагноза ИВЛ-асс. НПН считали обнаружение возбудителя в диагностическом титре >104 КОЕ/мл. При микст-инфекции «значимыми» возбудителями считали те, чьи диагностические титры соответствовали диагностическим критериям. Меньшие титры расценивали как колонизацию или гнойный эндобронхит, учитывая клинические данные. Для оценки эффективности терапии проводили бактериологические исследования содержимого нижних дыхательных путей посуточно/через день. Большую часть выделенных штаммов составили: Streptococcus pneumoniae, Pseudomonas aeruginosae, Streptococcus agalactiae, Enterococcus faecalis, Proteus vulgaris, Acinetobacter calcoaceticus.

Обсуждение. Отмеченная динамика со сменой микрофлоры дыхательных путей в процессе лечения: Streptococcus pneumoniate (до 10 сут.) – Enterococcus faecalis (до 23 сут.); Escherichia coli + Enterococcus faecalis (4 сут.) – Enterococcus faecalis (9 сут.) – Streptococcus pneumoniae (14 сут.); Streptococcus pneumoniae (4 сут.) – Enterococcus faecalis (до 10 сут.) ; Pseudomonas aeruginosae (до 10 сут.) – Enterococcus faecalis – Proteus vulgaris (20 сут.). Отечен высокий уровень резистентности к антибактериальным препаратам. По данным исследования большинство возбудителей ИВЛ-асс. НПН чувствительны к карбопенемам, цефалоспоринам, гликопептидам, фторхиналонам. В связи с этим, именно эти препараты должны использоваться в качестве эмпирической антибактериальной терапии при тяжелых ИВЛ-асс. НПН. Причинами смены антибактериальной терапии были – суперинфекция, рецидив. В качестве режимов антибактериальной терапии (учитывая полученную оценку бактериологической эффективности) применяли карбопенемы в сочетании с гликопептидам и, фторхиналонами, оксозолидинонами.

Выводы и рекомендации. Режим антибактериальной терапии при установлении диагноза ИВЛ-асс. НПН должен начинаться незамедлительно с эмпирической антибактериальной терапии с широким спектром действия, с коррекций терапии в динамике по результатам получения выделенной микрофлоры с выявленными особенностями чувствительности к антибактериальным препара-

там. Оценка эффективности режима антибактериальной терапии проводится под контролем динамики С-реактивного белка (количественно), прокальцитонина.

Ключевые слова: ИВЛ ассоциированная нозокомиальная пневмония – ИВЛ-ассНП

---

238. Показания к КТ-ангиографии при подозрении на острую мезентериальную ишемию – обсервационное проспективное поперечное исследование. Первые результаты

Панкратов А.А. (1), Матков И.В. (2), Шаров Е.К. (3)

Москва

1,3 – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации2 – государственное бюдже

Актуальность Смертность при острой мезентериальной ишемии (ОМИ) колеблется от 50 до 80%. Улучшить ситуацию может диагностика ОМИ до развития необратимой ишемии кишечной стенки. Поставленной задаче отвечает КТ-ангиография (КТ-АГ). Однако проблема ранней диагностики ОМИ до сих пор не решена. На сегодняшний день показания к КТ-АГ четко не сформулированы.

Цель Повысить эффективность диагностики ОМИ путем оптимизации показаний к КТ-АГ. Задачи • проанализировать клинические и инструментальные данные больных с подозрением на ОМИ • определить положительную и отрицательную прогностическую ценность диагностических критериев • присвоить оценочную стоимость каждому из факторов и различным их сочетаниям, составить прогностическую бальную шкалу и сформулировать показания к КТ-АГ.

Материалы и методы Дизайн: обсервационное проспективное поперечное исследование. Период: ноябрь 2018 – декабрь 2022 На основании анализа литературных данных и их экспертной оценки выработана бальная шкала определения критериев для выполнения КТ-АГ при подозрении на ОМИ. Каждому диагностическому критерию присвоена бальная оценка. 1 балл: лейкоцитоз, возраст ? 70 лет; 2 балла: лактат, Д-димер; 3 балла: нарушения ритма, сосудистый анамнез. Показанием к выполнению КТ-АГ считали необъяснимые боли в животе в сочетании с 3 баллами по приведённой выше шкале при отсутствии признаков перитонита. В случае наличия перитонеальной симптоматики выполнялась лапароскопия/лапаротомия. Критерием включения в исследование являлись показания к КТ-АГ по описанной шкале, а также выявленная ОМИ при оперативном вмешательстве. На основании указанных критериев в исследование включен 121 больной. Среди них 40 (33,1%) мужчин и 81 (66,9%) женщина, в возрасте 76,7 ± 12 лет. Диагноз ОМИ был подтвержден у 84 пациентов. КТ-АГ выполнена 89 больным.

Результаты С целью повышения эффективности исходного варианта шкалы проанализирована частота встречаемости клинических и инструментальных данных при подтверждении и исключении диагноза ОМИ. Боль в животе без четкой локализации при подтверждении ОМИ встречалась в 78,8% наблюдений, тошнота в 45,9%, рвота в 31,1%, диарея в 9,4%, примесь крови в кале в 6%. При анализе лабораторных данных выявлены прогностические параметры присущие ОМИ: лейкоцитоз – 78,8%, уровень лактата сыворотки >2 ммоль/л – 74,1%, ацидоз – 49,4%. По данным УЗИ: пневматоз кишечника – 49,4%, свободная жидкость в брюшной полости – 32,9%, отсутствие перистальтики кишечника – 32,9%. При КТ: пневматоз кишечника – 22,4%, свободная жидкость в брюшной полости – 12,9%. Из 89 случаев применения КТ-АГ окклюзия ВБА выявлена в 48,3% случаях (1 – сдавление ВБА опухолью, 42 – эмболия или тромбоз); ложноотрицательный результат отмечен в 12,36% наблюдениях (8-сегментраный тромбоз, 3-неокклюзионная ишемия); ОМИ исключена у 39,33% больных, при этом в 37,14% случаев выявлена иная экстренная хиургическая патология. Ложноположительных результатов не зарегистрировано. Чувствительность применения КТ составляет 76,09%, специфичность – 100%, точность – 86,2%

Обсуждение КТ показала высокую диагностическую точность, что соответствует литературным данным и свидетельствует о ее ведущей роли в диагностике ОМИ. Часто встречающиеся симптомы: нелокализованные боли в животе, тошнота, рвота, диарея. Наиболее важными лабораторными критериями по нашим данным являются: лейкоцитоз, метаболический ацидоз с повышенным уровнем лактата. Ложноотрицательные результаты, связанные с неокклюзионной ишемией и сегментарным тромбозом, обусловлены ограничениями метода. Планируемая вторым этапом исследования статистическая обработка полученных данных позволит скорректировать предложенную нами шкалу, повысив ее эффективность и прецизионность.

Выводы и рекомендации КТ-АГ должна являться методом выбора для диагностики ОМИ. Предложенная нами прогностическая шкала повышает эффективность инструментальной диагностики заболевания и позволяет в определенных случаях выявить ОМИ на стадии обратимых изменений кишечной стенки.

Ключевые слова: Острая мезентериальная ишемия, КТ-ангиография, ранняя диагностика

---

239. Применение комбинированного гемостаза при лапароскопических резекциях печени

Шаталин В.А. (1), Пельц В.А. (2)

Кемерово

ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского.

Актуальность. Одной из характерных особенностей современного развития гепатобилиарной хирургии, несомненно, является внедрение малоинвазивных методик. В 1991 г. Reich впервые выполнил атипичную лапароскопическую резекцию печени по поводу доброкачественного образования. С тех пор лапароскопические операции на печени претерпели значительные технические изменения, что сделало их более безопасными и позволило расширить объемы хирургических вмешательств. [1]. Однако, несмотря на стремительный рост количества лапароскопических вмешательств на печени, внедрение этих технологий сопряжено с рядом трудностей, препятствующих широкому распространению. Одной из таких трудностей является вопрос гемостаза при резекционных вмешательствах на печени, который на сегодняшний день остается не изученным детально. По различным оценкам, до 85% от общего времени операций на печени тратится на гемостаз. Уменьшение интраоперационной кровопотери и отсутствие показаний к переливанию крови – два хорошо известных предиктора исхода у пациентов, перенесших резекцию печени. В настоящее время прослеживается накопление опыта при лапароскопических вмешательствах на печени при любой локализации образования. Богатая и сложная внутрипеченочная сосудистая анатомия определяет высокую кровоточивость и, как следствие, значительные технические трудности гемостаза, вследствие чего любое лапароскопическое вмешательство на печени вплоть до настоящего времени является потенциально опасным. До сих пор не существует аргументированных рекомендаций по технической возможности применения каждого из способов гемостаза или их комбинаций и по сопоставлению их эффективности при лапароскопических вмешательствах на печени.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2022 год в условиях хирургического отделения №2 ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского выполнено 65 лапароскопических резекции печени, различного объема от атипичных до гемигепатэктомий по поводу метастазов колоректального рака, первичного опухолевого поражения печени, паразитарных кист, доброкачественных образований. Для достижения гемостаза применялись моно- и биполярная электрокоагуляция, аргонусиленная коагуляция. В отделении был предложен и введен в практику способ временного гемостаза при лапароскопических резекциях печени и устройство для его осуществления, что представляет собой Прингл-маневр в модификации для лапароскопического доступа с контролем пережатия гепато-дуоденальной связки снаружи брюшной полости[2]. С целью окончательного гемостаза не применялись местные гемостатические агенты.

Результаты. Осложнений и летальных исходов отмечено не было. Длительность операций в среднем составила 360 минут. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 500 мл. Интраоперационно и в послеоперационном периоде не было необходимости в переливании крови и ее компонентов. Страховые дренажи были удалены на 3-и и 5-е сутки в связи с отсутствием продукции. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре после операции составила 7 суток.

Выводы: Предложенная методика гемостаза позволяет полностью отказаться от переливания донорских препаратов крови и может быть использована при объемных лапароскопических операциях на печени

Ключевые слова: Комбинированный гемостаз при лапароскопических резекциях печени, лапароскопический турникет, новообразования печени.

---

240. Опыт применения двухэтапной циторедуктивной технологии при лечении больных осложненными диссеминированными опухолями органов брюшной полости и малого таза

Суров Д.А. (1,2), Нгуен В.Т. (1), Коржук М.С. (1), Просветов В.А. (2)

Санкт-Петербург

1)Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
2)Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. Прогрессирование осложненных диссеминированных опухолей органов брюшной полости и малого таза (ОДООБПМТ) развитием угрожающих жизни состояний, таких как некроз и распад опухолей, острая кишечная непроходимость, напряженный асцит, кровотечение и т.д. Наличие у больных неблагоприятного преморбидного фона и низких функциональных резервов существенно ограничивает возможность применения традиционных подходов циторедуктивной и паллиативной хирургии. В связи с этим поиск новых технологических решений, которые позволяют не только устранить жизнеугрожающие осложнения, но и преодолеть “циторедуктивную резистентность” у данной категории пациентов, является актуальным.

Материалы и методы: В исследование вошли 92 боль-

ных ОДООБПМТ, которые были распределены на две группы. В контрольную группу (n1) вошли 59 пациентов (10 мужчин, 49 женщин; средний возраст 62 [52; 67] года (медиана [нижний; верхний квартили])), которым выполнялись одноэтапные циторедуктивные операции и внутрибрюшная гипертермическая химиоперфузия (HIPEC). В основную группу (n2) включены 33 больных (мужчин – 2, женщин – 31; средний возраст 61[46; 64] год), у которых была примененена двухэтапная тактика циторедуктивной хирургии (ДЭТЦХ), заключавшаяся в устранении жизнеугрожающих осложнений и циторедукции (CC 0-2) на первом этапе и выполнении завершающей циторедуктивной операции с HIPEC на втором этапе хирургического лечения. Интраоперационными критериями прекращения первого этапа ДЭТЦХ являются сатурация смешенной венозной крови ? 60%, концентрация лактата в крови ? 4 мкмоль/л, дефицит основания BE ? 10, снижение темпа диуреза ? 0,5 мл/кг/час, нарастание вазопрессорной поддержки ? 0,5 мкг/кл/мин и принятие решения о прекращении первого этапа интраоперационным консилиумом совместно с анестезиологической бригадой.

Результаты: Сравнительный анализ полученных данных показал, что пациенты контрольной и основной групп сопоставимы по полу, возрасту, структуре жизнеугрожающих осложнений, средней величине индекса коморбидности Charlson, ECOG и степени анестезиологического риска по классификации ASA. Исходные показатели индекса перитонеального канцероматоза (PCI) в контрольной и основной группах больных составили 9,9±4,8 и 13,1±6,0, соответственно. На втором этапе ДЭТЦХ PCI составил 4,5±2,1. Промежуток времени между этапами ДЭТЦХ составил 7±2,1 суток. В контрольной группе полная циторедукция (CC0) достигнута у 49,1% больных (n1-29), а в основной группе – у 90,9% (n2-30) случаев ($p<0,001$). Кроме того, процедура HIPEC была выполнена у 40,7% (n1-24) и 93,9% (n2-31) больным, соответственно ($p<0,001$). Сравнительный анализ структуры послеоперационных осложнений продемонстрировал значимое снижение частоты развития осложнений III-V степени по Clavien-Dindo с 40,7%(n1-24) в контрольной группе до 18,2%(n2-6) в основной группе больных ($p=0,049$). В тоже время существенного уменьшения количества лёгких осложнений (I-II степени по Clavien-Dindo) отмечено не было: n1-17(28,8%) и n2-17(51,5%), соответственно ($p>0,05$). Послеоперационная летальность в контрольной и основной группах больных составила 16,9%(n1-10) и 9,1%(n2 -3), соответственно ($p=0,468$).

Выводы: Двухэтапная циторедуктивная технология является безопасным и эффективным тактическим решением для устранения жизнеугрожающих осложнений у больных ОДООБПМТ.

Ключевые слова: двухэтапная циторедуктивная хирургия, напряженный асцит, острая кишечная непроходимость, некроз опухолей

---

241. Хирургическая безопасность в нейрохирургическом стационаре. Профилактика патологии дыхательных путей у пациентов с церебральными аневризмами.

Шкарин В.В., Веденин Ю.И., Кушнирук П.И., Шошинов И.Г.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Современное оснащение региональных сосудистых центров, опыт и мастерство хирургов, регламентированная маршрутизация и централизация сосудистой патологии в специализированных отделениях позволили снизить летальность при церебральных аневризмах (ЦА) от неврологических повреждений. Ведущие позиции в структуре летальности стала занимать внемозговая патология. Ведущие позиции здесь занимает патология органов дыхания.

Материал и методы. Проведён анализ публикаций в отечественных и зарубежных источниках по теме хирургической безопасности, проблеме инфекционных осложнений со стороны дыхательных путей у пациентов с ЦА. Изучены годовые отчёты работы регионального сосудистого центра и регионального нейрохирургического центра ГБУЗ «ВОКБ №1». Полученные результаты. Проанализированы основные показатели работы нейрохирургической и нейрореанимационной службы, проведен обзор литературы. На основании полученных данных авторы могут сделать следующие заключения. Воспалительные процессы в органах дыхания у пациентов с ЦА имеют широкий спектр: от ларингитов и трахеитов, до абсцессов лёгких, пневмоний и тромбоэмболий легочной артерии. Патологические процессы, возникающие в головном мозге после внутричерепного кровоизлияния в результате разрыва ЦА оказывают влияние на дыхательную систему пациента. Вместе с этим огромное значение имеют воспалительные процессы в самих органах дыхания. Так как пациенты с разрывом ЦА часто проходят длительное лечение в условиях нейрореанимации и их двигательная активность ограничена, то определенное значение в развитии воспалительных процессов дыхательных путей имеют гемодинамические нарушения в лёгких. Однако основным источником воспаления является нозокомиальная инфекция (НИ). Некоторые авторы отмечают уровень встречаемости НИ в 65%. При этом в трети случаев НИ представленная госпитальной пневмонией (ГП). По данным литературы, в исследовании, включавшем около 15000 пациента, ГП была самым частым осложнением острого периода ГИ, летальность у этих пациентов возрастала в три раза. Нарушение сознания у пациентов с ЦА приводят к аспирации содержимого ротоглотки и/или желудка. Нарушения глотания у пациентов с ЦА могут встречаться с частотой от 40 до 80%, при это м вероятность ГП возникает в три раза. При состояв-

шейся аспирации, вероятность развития ГП увеличивается в 11 раз. Лица старше 60 лет подвержены НП в большей степени. Экстренная интубация, назотрахеальная или назогастральная интубация повышают риск развития инфекции дыхательных путей. Высока роль инсультиндуцированной иммуносупрессии в развитии НП. При опущенном головном конце до 30 градусов риск НП возрастает. В раннем периоде кровоизлияния ГП у пациентов с ЦА вызывается возбудителями, находящимися в ротоглотке – это Стафилококки и Стрептококки. В более позднем периоде – это уже нозокомиальная инфекция – Клебсиелла, Синегнойная палочка, Ишерихия коли, Ацинетобактер. У пациентов, длительно получающих анибактериальную терапию, возбудителем ГП могут служить грибы рода Кандида. Профилактика ГП направлена на предотвращение аспирации в дыхательные пути и предотвращение экзогенного инфицирования. Уход за полостью рта, соблюдение правил интубации, уход за трахеостомой и интубационной трубкой, своевременное выполнение трахеостомии, подъём головного конца кровати выше 30 градусов, ранняя активизация пациента являются основными принципами профилактики ГП.

Выводы и рекомендации. Госпитальная пневмония как и другие НИ увеличивают срок госпитализации пациентов, повышают риск летального исхода и увеличивают финансовые затраты на лечение пациента с разрывом ЦА даже при своевременном и идеально выполненном оперативном лечении. Обработка полости рта, уход за трахеостомой или интубационной трубкой требуют разработки стандартных операционных процедур для пациентов с как ЦА, так и с другой церебральной патологией. Госпитальная пневмония как и другие нозокомиальные инфекции у пациентов с церебральными аневризмами являются сложной мультидисциплинарной проблемой.

Ключевые слова: Хирургическая безопасность, церебральные аневризмы, нозокомиальная инфекция, госпитальная пневмония.

---

242. Концепция «совокупность факторов риска» как причина развития острого травматического панкреатита при сочетанной шокогенной травме

Дегтярев О.Л1., Демин К.А.

Ростов-на-Донуг. Батайск РО

1 ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ России, кафедра хирургии №42 ГБУ РО ЦГБ г. Батайск

Актуальность. Накопленный объем факторов риска (ФР) развития острого (травматического) панкреатита как полиэтиологического заболевания нуждаются в методологическом анализе. Требуется углубленный, всесторонний анализ и изучение факторологии развития острой панкреатопатии в контексте концепции травматической болезни.

Материалы и методы. Материалом для создания прогностической модели раннего прогнозирования развития острого травматического панкреатита (ОТП) послужил ретроспективный анализ историй болезни пострадавших при автоавариях и при падении. Сформирована выборка политравмы-сочетанной шокогенной травмы в количестве 469 клинических случаев с наличием панкреатопатических факторов риска (ФР). Рассмотрены факторы риска развития панкреатогенной патологии при сочетанной шокогенной травме: 1). Травма живота; 2). Травма поджелудочной железы; 3). Травма позвоночного столба Th – L; 4). Биомеханика травмы; 5). Эффект гидродинамического удара; 6). Шок; 7). Первично-редуцированный кровоток; 8). Микроэмболизация травматическая ; 9). Алкогольное опьянения; 10). Ушиб сердца ; 11). Сахарный диабет ; 12). Ожоги при сочетанной травме ; 13). Желчнокаменная болезнь; 14). Циркадные ритмы секреторной активности поджелудочной железы (время суток на момент травмы); 15). Начало энтерального питания. Для описания объективно существующих причинно-следственных связей системы факторов риска использовать язык клинического и математического моделирования. Полученные результаты. Для формирования прогностической системы применена поэтапная исследовательская работа. Каждый пациент исследуемой группы был описан набором из 15 ФР. Методом математической обработки полученных количественных характеристик определен прогностический коэффициент каждого фактора риска (ПК ФР). Методом алгебраического суммирования ПК ФР в каждом конкретном клиническом случае получен суммарный прогностический коэффициент факторов риска (Сум ПК ФР). В группе выявленных ОТП (134 случая) просчитаны Сум ПК ФР для интерстициальной формы ОТП с градацией от минимального до максимального значения; в группе пациентов с наличием некротической формы ОТП также просчитаны Сум ПК ФР и определены «опасные» для развития деструктивного процесса сочетания факторов риска. На завершающем этапе исследования сформирована математическая прогностическая модель вероятности развития ОТП по ФР с градацией: сомнительная возможность развития ОТП, вероятность развития интерстициальной формы ОТП, вероятность развития (закономерное развитие) некротической формы ОТП (патент РФ №268 54 68).

Обсуждение. Ни в одном из случаев зафиксированного ОТП не было однофакторной причины, всегда было сочетание факторов, создающих комплекс патофизиологических механизмов, нарушающих нормальное жизнеобеспечение и функционирование поджелудочной железы, как органа. Самыми важными по прогностической весомости, в плане монофакторного влияния, являются: желчно-каменная болезнь, травма живота, травма поджелудочной железы, шоковый период гипо-

тонии. ФР «шоковый период гипотонии» является основополагающим в панкреатопатическом сочетании ФР. Он нами включен в группу ФР создающих условие острого ишемического повреждения паренхимы ПЖ. В процесс моделирования патологии выявлены закономерные причинно-следственные взаимоотношения, приводящие к формированию порочных патологических кругов, разрыв которых является предпосылкой успешного лечения и профилактики развития острого травматического панкреатита.

Выводы и рекомендации. Проведен анализ массива факторов риска развития острой патологии поджелудочной железы с обобщениями клинического характера и идеями концептуального плана. На основании анализа факторов риска развития острой панкреатогенной патологии при сочетанной шокогенной травме методом математического языка сформулирован метод раннего прогнозирования развития острого травматического панкреатита (ОТП).

Ключевые слова: Острый травматический панкреатит, фактор риск, суммарный прогностический коэффициент факторов риска

---

243. Патоморфологические изменения в поджелудочной железе в возрастном аспекте и у погибших в остром периоде травматической болезни,

Дегтярев О.Л. 1., Тодоров С.С. 2, Демин К.А, 3.

Ростов-на-Дону, Батайск РО

1 ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ России, кафедра хирургии
№42 ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ России, кафедра патологической анатомии3 ГБУ РО ЦГБ г. Батайск

Актуальность. По результатам изучения медицинской и научной литературы в контексте изучаемой проблемы, сделан аналитический вывод – патоморфологические изменения в поджелудочной железе установленные при аутопсии у погибших пострадавших отражают только остро возникшие воспалительно-дегенеративные изменения без учета преморбидной морфологической структуры паренхимы поджелудочной железы и состояния сосудистого русла в зоне кровеобеспечения органа.

Материалы и методы. В плане изучения морфологического субстрата преморбидного состояния структур панкреатобилиарной зоны в возрастном аспекте нами проведено дополнительное морфологическое исследование. Ретроспективно (данные гистологического архива) и проспективно проведен анализ морфологических (гистологических) структур тканей большого доудонального сосочка и ткани поджелудочной железы и сосудистого русла с возрастными градациями : 20-40, 41-65 лет и старше 65 лет. При расширенном гистологическом исследовании пошагово изучался материал с активным поиском нижеотмеченных патологических состояний: 1). Структура ацинозной ткани: диссеминированные очаги стеатонекрозов, субтотальный, тотальный панкреаонекроз; 2). Структура, признаки преморбидного морфогенеза и остро возникших изменений в островковой части поджелудочной железы; 3). Структура кровеносного русла зоны кровеобеспечения поджелудочной железы: признаки атеросклеротического поражения магистральных ветвей, признаки микроэмболизации макро- и микроциркуляторного артериального русла панкреато-билиарной зоны, повреждение венозных структур парапакреатического пространства, формирование забрюшинных гематом парапакреатической зоны. Полученные результаты. В паренхиме поджелудочной железы у возрастных пациентов отмечены атрофия, очаговый и диффузный липоматоз тани поджелудочной железы, дистрофические изменения ацинарных клеток, внутридольковый и периваскулярный фиброз стромы поджелудочной железы, атрофия островков Ларгенганса, склероз стенок мелких артерий, фиброз мышечного аппарата сфинктера Одди. Согласно данным аутопсии, у подавляющего большинства умерших старше 65 лет, был генерализованный атеросклероз с атеросклеротическим поражением висцеральных артерий аорты. Выдержка из ПА заключения: … резко выраженный атеросклероз мозговых, коронарных, почечных, селезеночной 3-4 степени. В большинстве случаев описан липосклероз, липоматоз поджелудочной железы. В связи с этим, гипотонический синдром острого периода травматической болезни проходит на фоне первичного редуцированного кровотока панкреатобилиарной зоны. У пострадавших, погибших в остром периоде травматической болезни выявлены микроструктурные изменения: резкая эктазия просветов мелких артерий, в просвете мелкой артерии – обтурирующий смешанный тромб, лимфоцитарная инфильтрация, отек стромы, участки жирового некроза ткани поджелудочной железы. По результатам ретроспективного исследования в структуре тяжелой сочетанной травмы (469 случаев) забрюшинная гематома верхнего этажа брюшной полости выявлена в 34 случаях (7,25%).

Обсуждение. По результатам проведенного модулирующего эксперимента «Модель острого ишемического повреждения паренхимы поджелудочной железы» (возрастной акцент), нами выделены клинические формы острой ишемической панкреатопатии: экзокриновый тип (молодой возраст без структурных изменений), комбинированный тип острой ишемической панкреатопатии (преимущественно переходный возраст с начальными морфологическими изменениями) и эндокринный тип острой ишемической панкреатопатии (у возрастных пациентов с выраженными морфо-структурными изменениями) (патент РФ № 2681264). Проведенное

исследование подтверждает результаты клинического модулирующего эксперимента «Множественное тромбэмболическое поражение». Микроэмболизация панкреатобилиарной зоны острого периода травматической болезни усугубляет ишемическое повреждение паренхимы поджелудочной железы, вплоть до панкреонекрозных изменений.

Выводы и рекомендации. Полученные данные позволяют сделать вывод, что возрастные изменения структур панкреатобилиарной зоны накладывают отпечаток на особенности клинических и инструментально-лабораторных проявлений острого травматического панкреатита. Кроме всего прочего, морфологические возрастные изменения в структуре большого дуоденального сосочка и сфинктере Одди создают преморбидную готовность к нарушению физиологической гидродинамики истечения панкреатического секрета и желчи, создаются условия преморбидного гипертензионного протокового синдрома, как патогенетическая основа причинности острой патологии поджелудочной железы. Наличие забрюшинной гематомы панкреатобилиарной зоны в свою очередь усугубляет венозный и лимфатический отток, дополнительно нарушая микроциркуляцию и трофику поджелудочной железы. Таким образом, острая патология поджелудочной железы травматической болезни развивается на фоне имеющихся морфо-физиологических изменений. Это подтверждает изучаемую в данном исследовании концепцию «многофакторности патологии поджелудочной железы» в контексте синдромокомплеса травматической болезни.

Ключевые слова: Структура поджелудочной железы

---

244. Особенности и вариабельность клинической картины острого травматического панкреатита при сочетанной шокогенной травме

Дегтярев О.Л, 1., Демин К.А, 2.

Ростов-на-Дону, Батайск РО

1 ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ России, кафедра хирургии
№42 ГБУ РО ЦГБ г. Батайск РО

Актуальность. Пострадавшие с сочетанной шокогенной травмой отличаются разнообразием возможных повреждений различным анатомических зон с различной степенью и тяжестью повреждений. При превалировании черепно-мозговой травмы пациенты находятся в состоянии разной степени угнетения сознания (до комы). Тяжелая травма груди и органов средостения влечет за собой респираторные и сердечно-сосудистые расстройства. Массивные повреждения костно-мышечного каркаса также связаны с шоковым состоянием и периодом обездвиживания пациента различной степени длительности, а также массивной микроэмболизацией микроциркуляторного русла. Травма органов живота и таза сопровождается различным объемом оперативных вмешательств на внутренних органах, чаще это связано с различным периодом вынужденного лечебного голодания и периодом разной степени энтеральной недостаточности. Таким образом, клинические проявления панкреатопатических осложнений у рассматриваемой категории пациентов «укрыты покровом» комплекса церебральной, дыхательной, энтеральной и сердечно-сосудистой недостаточности. Врач должен ориентироваться по косвенным признакам осложненного течения травмы. Рассматривая острый травматический панкреатит как этапное осложнение травматической болезни, мы согласны с мнением ряда исследователей, что огромное значение в диагностике осложнения имеет «панкреатопатическая настороженность» врача.

Материалы и методы. По результатам ретроспективного анализа 469 клинических случаев тяжелой сочетанной травмы, нами найдено 132 случая острого травматического панкреатита, что составило 28,15%. Полученные результаты. По результатам анализа изученных клинических примеров, отмечено, что на этапе острого ишемического повреждения паренхимы поджелудочной железы (основная причина развития деструктивной формы ОТП), данные ультразвукового исследования и компьютерной томографии малоинформативны, видимых патологических структурных изменений паренхимы поджелудочной железы не отмечено. Период уже видимых изменений можно считать этапом упущенных возможностей. Применяя концепцию «многофакторная природа развития острого травматического панкреатита» возможно систематизированное и прицельное ожидание данного патологического процесса. Нами разработана методика прогнозирования вероятности развития ОТП (патент РФ № 2685468), которая дает возможность хирургу, занимающегося хирургией сочетанной травмы, на ранних этапах оказания помощи отнести пациента к категории вероятных панкреатопатических осложнений. Использование разработанной нами методики диагностики острого ишемического повреждения поджелудочной железы (основана на глюкозо-амилазном тесте) (патент РФ № 2681254), позволяет выделить три клинико-лабораторные формы острого травматического панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой: экзокринный, комбинированный и эндокринный типы панкреатопатии.

Обсуждение. Методика раннего прогнозирования вероятности развития деструктивных форм острого травматического панкреатита дает возможность выделить пациентов с максимальным риском из общей массы пострадавших. Это особенно важно при большом количестве травмированных (массовые дорожно-транспортные происшествия, природные и антропогенные катастрофы). Стандартизация поиска патологии дает в руки специалисту инструмент отбора, а значит пристального

внимания к отдельной группе пострадавших, а значит имеет место научно и клинически обоснованная «панкреатопатическая настороженность».

Выводы и рекомендации. Разработанные методы прогнозирования и диагностики позволили отойти от эмпирических методов и «догадок», научно обоснованы и патентоспособны, позволяют внедрить данные методики в разрезе «доказательной медицины» в рутинный повседневный лечебно-диагностический процесс хирургии сочетанной травмы. Применение разработанных методик позволяет минимизировать панкреатопатические осложнения и их тяжесть течения у пациентов с сочетанной шокогенной травмой.

Ключевые слова: тяжелая сочетанная травма острый травматический панкреатит

---

245. Возможности ранней диагностики несостоятельности кишечного анастомоза после резекции толстой кишки у пациентов, оперированных по поводу колоректального рака

Черных М.А. (1), Данилин В.Н. (1), Павлов Р.В. (2), Новикова А.Д. (1), Федулов Р.И. (1), Алексеев М.А. (1)

Санкт-Петербург

1) СПбГУ Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова,
2) ООО «Мой Медицинский Центр»

Актуальность. На сегодняшний день, несмотря на совершенствование и стандартизацию хирургической техники, несостоятельность кишечного анастомоза (НА) сохраняет лидирующие позиции в структуре послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших резекцию толстого кишечника. Частота НА после данного типа вмешательств по данным литературы варьирует от 5 до 25%. Кроме общих последствий этого осложнения в виде увеличения смертности, удлинения койко-дня и увеличения затрат на лечение, у онкологических пациентов существует и более важная проблема в виде уменьшения общей и безрецидивной выживаемости. Также по данным литературы известно, что чем раньше выявлена НА, тем лучше результаты ее лечения. Очевидно, что поиск ранних маркеров НА является актуальной проблемой для современной колоректальной онкохирургии.

Материалы и методы. В исследование включены 208 пациентов, перенесших операцию на толстом кишечнике с формированием анастомоза в период с 01.05.2021 по 01.06.2022 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, 4-ый и 5-ый послеоперационные дни (ПОД).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 61,3±11,3 лет, среди них 97 мужчин и 111 женщин. НА развилась у 11 пациентов (5,2%). Показатели ИЛ-6 и СРБ по описанному графику представлены в виде среднего значения ± стандартное отклонение (95% доверительный интервал (ДИ)).

Обсуждение и выводы. В группе пациентов без НА уровни ИЛ-6 и СРБ в первые сутки после операции повышаются и затем начинают снижаться, что соответствует данным литературы. При этом пиковое повышение ИЛ-6 в этой группе происходит уже на 1 ПОД, остается на примерно том же уровне на 2 ПОД, а с 3 ПОД снижается. Пиковые значения СРБ достигаются на 2 ПОД и могут оставаться примерно на тех же значениях до 5 ПОД. В группе с НА пиковое повышение ИЛ-6 происходит на 3 ПОД – на сутки раньше, чем у СРБ. 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. По нашим данным для уровня ИЛ-6 50 пг/мл и более на 2 ПОД чувствительность составляет 71,5%, специфичность – 92%.

Рекомендации. На основании полученных данных, мы считаем нормой снижение уровня ИЛ-6 на каждый следующий ПОД в сравнении с предыдущим, либо допускаем его рост не более 20% (погрешность тест-системы). При росте уровня ИЛ-6 более, чем на 20% выполняется КТ-проктография для верификации наличия НА (при отсутствии явной клиники перитонита). При выявлении НА избирается соответствующая клинической ситуации лечебная тактика. Описанный подход, а также пороговый уровень ИЛ-6 для изменения лечебной тактики не являются общепринятыми и подлежат обсуждению и дальнейшему изучению.

Ключевые слова: колоректальный рак, несостоятельность анастомоза, интерлейкин-6, С-реактивный белок

---

246. Первичная ампутация – операция выбора при комбинированном радиационно-механическом поражении с обширным повреждением мягких тканей конечности

Носов А.М.(1), Жабин А.В.(1), Торшин К.В.(1), Суворов А.В.(1), Данилова О.А.(2)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
2) Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины

Актуальность исследования. В структуре боевой хирургической травмы во всех войнах продолжают преобладать ранения конечностей (более 50%), которые вплоть до второй мировой войны составляли абсолютное большинство боевой хирургической патологии. Более половины (62%) огнестрельных ранений конечностей составляют ранения мягких тканей. Большей частью они не представляют непосредственной угрозы для жизни и при правильном лечении имеют благоприятный прогноз. Наносимые современными высокоскоростными ранящими снарядами повреждения характеризуются многооскольчатыми переломами костей с обширными повреждениями мягких тканей. Данные раны требуют длительного лечения. Стандартом лечения больных, с данной патологией является проведение первичной хирургической обработки, наложение аппарата внешней фиксации, длительное ведение открытой раны с последующим ее закрытием с помощью различных методов дерматопластики. Затем выполняется окончательный вариант остеосинтеза перелома костей конечности. При комбинированном радиационном поражении раневой процесс протекает иначе, что обусловлено наличием лучевого компонента поражения.

Цель исследования. На основе проведенного анализа литературных источников определить оптимальные варианты лечения пораженных с КРМП с наличием обширных дефектов мягких тканей конечностей.

Материалы и методы. Проведен анализ открытых источников электронных библиотек Pubmed и Elibrary.

Результаты исследования. Выполненные экспериментальные исследования 60-70-х годов XX века показали, что течение раневого процесса при легких степенях комбинированного радиационного поражения способствует сохранению стадийности раневого процесса, сроки смены стадий близки в динамике заживления ран у животных контрольных групп. При более тяжелом радиационном поражении возникали выраженные изменения репаративные процессов ран. Одной из особенностей раневого процесса было большое скопление микроорганизмов, без образования лейкоцитарного вала. Рана являлась входными воротами для инфекции и ввиду сниженного иммунного ответа наблюдалось увеличение летальности и частоты развития осложнений: кровотечения, генерализованная инфекция, интоксикация. Учитывая комбинированный характер поражения добиться закрытия раны до начала периода преобладания лучевого компонента комбинированного поражения не представлялось возможным. Выполнение оперативных вмешательств лишь усугубляло состояние пораженного животного и не способствовало снижению летальности. Становится понятно, что применение стандартной тактики лечения обширных повреждений мягких тканей в условиях комбинированного радиационно-механического поражения с большой вероятностью приведет к развитию осложнений с последующим летальным исходом. Тогда целесообразным вариантом лечения может стать ранняя ампутации конечности с последующим закрытием культи. В таком случае заживление раны будет идти обыкновенным путем, а обработанные и зашитые раны могут зажить до периода разгара лучевой болезни. Предполагается, что данный подход позволит повысить выживаемость у пораженных с КРП.

Заключение. Предложенный подход является гипотезой, для подтверждения или опровержения которой требуется проведение экспериментальных исследований на лабораторных животных. В случае подтверждения гипотезы потребуется формулирование конкретных показаний к ранней ампутации конечности, а также определение сроков выполнения операции у пораженных с различной степенью тяжести КРП.

Ключевые слова: Комбинированное радиационно-механическое поражение, обширное повреждение мягких тканей, ампутация

---

247. Ушиб сердца как фактор осложненного течения острого периода у пациентов с тяжелой сочетанной травмой

Зайцев П.П., Хамченков А.Г., Гаербеков А.Ш.

Батайск РО

ГБУ РО ЦГБ г. Батайск

Актуальность. Ушиб сердца сам по себе грозен осложнениями, несущими угрозу жизни. В связи с этим для пострадавших с сочетанной травмой следует иметь скринговую диагностическую стратегию для выявления ушибов сердца.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 1029 клинических случаев сочетанной и политравмы. Полученные результаты. Ушиб сердца в структуре повреждений выявлен в 78 случаях, что составило 7,58%. В группе летальных исходов (73 случая) травма

сердца составила 28 (38,36%). В связи с этим, ушиб сердца утяжеляет течение острого периода травматической болезни. По категориям биомеханических особенностей повреждения структура ушиба сердца распределена: у водителя легкового автомобиля – 37 случаев, у пассажира легкового автомобиля – 14 случаев, у пешехода (наезд автомобиля) – 10 случаев, мототравма (водитель мотоцикла, скутера) – 4 случая, при падении с высоты ушиб сердца выявлен в 7 случаях, 1 случай придавливания кабиной грузового автомобиля. Во всех случаях диагностированного ушиба сердца имелось повреждение костно-мышечного каркаса грудной клетки, легких. Диагностическими критериями скрининга ушиба сердца при травме были: биомеханическая природа травмы, характер выявленной травмы груди, ЭКГ исследование в сочетании с тропониновым тестом. В сомнительных случаях в течение 24-72 часов проводился мониторинг ЭКГ-исследования, повторный тропониновый тест в течение 48-72 часов. Тропонина 1 или Т в комбинации с ЭКГ достаточно для идентификации пострадавших с ушибом сердца. В ЭКГ-картине ушиба сердца в раннем посттравматическом периоде отмечены варианты и сочетания блокад передней ветви ножек пучка Гиса, диффузные изменения в миокарде (чаще) левого желудочка, с признаками его перегрузки, синусовая тахикардия. Отмечены изменения ЭКГ-картины при ушибе сердца при мониторировании в течение 48-72 часов в виде – учащения ЧСС, ухудшения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка, развитие разной по глубине ишемии миокарда верхушки и переднее-перегородочной области левого желудочка. На фоне лечения и стабилизации витальных функций отмечается положительная динамика ЭКГ в виде урежения ЧСС, улучшения процессов реполяризации миокарда левого желудочка. При эхокардиографическом исследовании в первые 24-48 часов отмечены изменения – тахикардия, снижение систолической функции левого желудочка, снижение фракции выброса. Решение кардиолога зависело от совокупности данных подтверждающих или исключающих повреждение сердца.

Обсуждение. По отдельности данные ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторные показатели малоинформативны для обоснованной постановки диагноза ушиба сердца. Учет комплекса методов иссдования в режиме мониторирования может позволить принять правильное лечебно-тактическое решение.

Выводы и рекомендации. 1.Традиционное рутинное рентгенологическое исследование, компьютерная томография дают косвенные признаки возможного повреждения сердца по характеру выявленных повреждений. 2.Биомеханические особенности травмы и выявленные повреждения на первом этапе обследования позволяют заподозрить повреждение сердца и составить диагностический план 3.Мониторинг кардиальных тропонинов весьма эффективен в установлении травмы сердца в сочетании с ЭКГ-мониторингом.

Ключевые слова: Ушиб сердца

---

248. ИВЛ ассоциированная нозокомиальная пневмония у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Зайцев П.П., Хамченков А.Г., Гаербеков А.Ш.

Батайск РО

ГБУ РО ЦГБ г. Батайск

Актуальность. Одной из серьезных проблем в работе отделений реанимации является нозокомиальная пневмония у пациентов, находящихся на пролонгированной ИВЛ (ИВЛ-ассНП). Прогноз остается серьезным, значительно увеличивается длительность стационарного лечения, цифры летальности сохраняются высокими.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1029 клинических случаев сочетанной травмы и политравмы. ИВЛ-асс. НПН выявлена в 34 случаях. Диагноз подтвержден клиническими, рентгенологическими (РГР, СКТ) исследованиями и данными микробиологического исследования. В 24 случаях из них у пострадвших с тяжелой сочетанной травмой при первичном обследовании диагностирован ушиб легких. В 10 случаях пролонгированное ИВЛ была обусловлена церебральной недостаточностью при тяжелой черепно-мозговой травме. В 19 случаях зафиксированной ИВЛ-асс. НПН клинический случай закончился летальным исходом. Пролонгированная ИВЛ у изучаемой группы была обусловлена коматозным состоянием, нарушением каркасности грудной клетки, наличием сочетанности торако-абдоминального повреждения, травмы конечностей. Все пациенты были интубированы эндотрахеальными трубками с манжетой фирмы «Intersurgical», диаметр 7,5-8,5. При необходимости продленной ИВЛ на 3 сутки выполнялась трахеостомия. ИВЛ проводилась аппаратами SERVO-S. У всех пациентов использовались вирусно-бактериальные фильтры со сменой через 24 часа. Респираторная поддержка осуществлялась в режимах SIMV PS. Перевод пациентов на спонтанное дыхание проводился в режимах PS/CPAP. Санацию трахеобронхиального дерева осуществляли ежечасно. У всех пациентов использовали программную бронхоскопическую санацию ежедневно. Продолжительность ИВЛ до 48 суток. Микробиологическое исследование отделяемого нижних дыхательных путей включало выделение чистой культуры, индентификацию возбудителя с определением их чувствительности к антибактериальным препаратам. Забор материала для микробиологического исследования осуществлялся набором-пробиркой «Traxeset». Полученные результаты. Микробиологическим критерием верификации диагноза ИВЛ-асс. НПН считали обнаружение возбудителя в диагностическом титре >104 КОЕ/мл. При микст-инфекции «значимыми» возбудителями считали те, чьи диагностические титры соответствовали диагностическим критериям. Меньшие титры расценивали как колонизацию или гнойный эндобронхит, учитывая клинические данные. Для оценки эффективности терапии проводили бактериологические

исследования содержимого нижних дыхательных путей посуточно/через день. Большую часть выделенных штаммов составили: Streptococcus pneumoniae, Pseudomonas aeruginosae, Streptococcus agalactiae, Enterococcus faecalis, Proteus vulgaris, Acinetobacter calcoaceticus.

Обсуждение. Отмеченная динамика со сменой микрофлоры дыхательных путей в процессе лечения: Streptococcus pneumoniae (до 10 сут.) – Enterococcus faecalis (до 23 сут.); Escherichia coli + Enterococcus faecalis (4 сут.) – Enterococcus faecalis (9 сут.) – Streptococcus pneumoniae (14 сут.); Streptococcus pneumoniae (4 сут.) – Enterococcus faecalis (до 10 сут.) ; Pseudomonas aeruginosae (до 10 сут.) – Enterococcus faecalis – Proteus vulgaris (20 сут.). Отечен высокий уровень резистентности к антибактериальным препаратам. По данным исследования большинство возбудителей ИВЛ-асс. НПН чувствительны к карбопенемам, цефалоспоринам, гликопептидам, фторхиналонам. В связи с этим, именно эти препараты должны использоваться в качестве эмпирической антибактериальной терапии при тяжелых ИВЛ-асс. НПН. Причинами смены антибактериальной терапии были – суперинфекция, рецидив. В качестве режимов антибактериальной терапии (учитывая полученную оценку бактериологической эффективности) применяли карбопенемы в сочетании с гликопептидам и, фторхиналонами, оксозолидинонами.

Выводы и рекомендации. Режим антибактериальной терапии при установлении диагноза ИВЛ-асс. НПН должен начинаться незамедлительно с эмпирической антибактериальной терапии с широким спектром действия, с коррекций терапии в динамике по результатам получения выделенной микрофлоры с выявленными особенностями чувствительности к антибактериальным препаратам. Оценка эффективности режима антибактериальной терапии проводится под контролем динамики С-реактивного белка (количественно), прокальцитонина.

Ключевые слова: ИВЛ ассоциированная нозокомиальная пневмония – ИВЛ-ассНП

---

249. Эффективность минимально инвазивной экстракорпоральной перфузии (MiECC) при кардиохирургических вмешательствах

Корнелюк Р.А. (1), Малышенко Е.С. (1), Комков И.П. (1), Плотников Г.П. (1), Попов В.А. (1,2), Анищенко М.М. (1)

Москва

1. ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России
2. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Поиск и разработка методик, снижающих выраженность системного воспалительного ответа у пациентов при кардиохирургических вмешательствах с искусственным кровообращением является важной проблемой современной сердечно-сосудистой хирургии.

Цель. Сравнение клинической эффективности и выраженности системной воспалительной реакции у пациентов с коморбидной патологией, перенесших кардиохирургические вмешательства в условиях классического искусственного кровообращения (ИК) и MiECC. Методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 68 последовательных пациентов с ишемической болезнью и/или клапанным пороком сердца и сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, хроническая болезнь почек, обструктивная болезнь легких) с индексом коморбидности ACCI ?6 балла, оперированных при длительностти ИК более 90 мин. В группе сравнения (Г1, n=51) использовался классический аппарат искусственного кровообращения, в исследуемой группе (Г2, n=17) – схема минимально инвазивной перфузии (MiECC-4). Проводилось стандартизированное анестезиологическое обеспечение, операции выполняла одна хирургическая бригада. По основным параметрам перфузии – длительности ИК, времени пережатия аорты, объему кровопотери группы были сопоставимы. Контрольные точки – через 1 час и через 24 часа. Описательная статистика для переменных представлена как медиана и межквартильный интервал, минимальное и максимальное значение (M [Q25;75] (мин; макс)). Точный метод Фишера использовался для анализа совместимости выборок, представляющих некатегориальные данные. Уровень $p<0,05$ принимался за значимый уровень.

Результаты и обсуждение. Отмечается достоверная тенденция к более низким проявлениям маркеров органного поражения в группе MiECC-4 – более высокие значения индекса PaO2/FiO2 -300 [276;330] (253;360)] против 190 [168;227](131; 312)] с меньшей продолжительностью ИВЛ; значительная межгрупповая разница в скорости клубочковой фильтрации; снижение уровня лактата 1,5 [1,2;2,2](0,5;3,2) и гемолиза по свHb – 0,5 [0,3;0,65](0,05;1,0).Проведен анализ изменения концентраций маркеров системного воспаления на контрольных точках «через 1 ч. после ИК » и «через 24 ч. после

ИК» Концентрация Интерлейкина–6 через 1 час после ИК в Г1 и Г2 составила 15,2 [11,2-19,75] и 16,2 [12-19,8] пг/мл (p=0,8044), а через 24 часа – 32,7 [29,15-47,7] и 27,7 [25,3-41,5] пг/мл (p=0,092).Повышение данного показателя при внутригрупповом сравнении для обеих групп было статистически значимым (p<<0,0001).Концентрация Интерлейкина-10, через 1 час после ИК в Г1 и Г2 составила 10,5[7,95-12,75] и10,6 [6,9-12,6] пг/мл (p=0,8023), а через 24 часа 6,9[5,1-10,175) и 10,2 [8,4-12,3] пг/мл, (p=0,0122). Отмечается значимое повышение уровня Интерлейкина-10 при внутригрупповом сравнении в Г1 (p<<0,0001).Лейкоциты через 1 час после ИК в Г1 и Г2 составили 10,4 [9,1-12,75] и 8,8[8,3-9,7] (p= 0,006), а через 24 часа – 12,8[10,45-15,65] и 8,9[8,3-10,1](p<<0,0001). Достоверное повышение лейкоцитов при внутригрупповом сравнении отмечено в Г1(p<<0,0001).Концентрация прокальцитонина составила 0,2[0,1-0,75] и 0,3[0,15-1,1] нг/мл (p=0,31), а через 24 часа 1,45[0,9-1,9] и 1 [0,65-1,75] нг/мл, (p=0,17). Достоверное повышение прокальцитонина отмечено в Г1 и Г2 (p<<0,0001).Концентрация С-реактивного белка составила через 1 час после ИК в Г1 и Г2 5,6[3,9-9,2] и 5,5[4,1-8,4] мг/л, (p=0,921), а через 24 часа – 7,8[6-11,35] и 7,5 [4,9-10,6] мг/л, (p=0,42). Достоверное повышение при внутригрупповом сравнении отмечено в Г1 (p<<0,0001).Концентрация sTrem-1 была 176[154,5-198] и 155[129-182] пг/мл (p=0,01), а через 24 часа 184 [159-213,5] и 131[120-156] пг/мл, (p<<0,0001).Отмечается значимое повышение уровня sTrem-1 при внутригрупповом сравнении к 24 часам в Г1 (p<<0,0001) и Г2 (p= 0,01).

Выводы. MiECC существенно не влияет на частоту органных дисфункций, но снижает выраженность системного воспалительного ответа и иммуносупрессию, что может быть актуально для пациентов с хроническими органными дисфункциями.

Ключевые слова: минимально инвазивная перфузия, искусственное кровообращение, коронарное шунтирование, системный воспалительный ответ

---

250. Внутрисосудистый метод курации пациентов с опухолевым поражением печени и сопутствующим болевым синдромом

Ягупов Р.П., Коваленко Н.В., Мозговой П.В., Куприянов Д.С., Китаева А.В., Кандыбина И.Г., Рясков Л.А., Михин И.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград

Актуальность. Учитывая современные технические возможности в контексте лечения пациентов с неопластическим процессом в печени, который сопровождается хроническим болевым синдромом, выделяется минитравматичный эндоваскулярных подход в курации, а именно трансартериальная эмболизация. С помощью вышеуказанного метода возможна не только превенция таких интраоперационных осложнений, как кровотечение, но и сокращение восстановительного периода, что в свою очередь увеличивает временной интервал между этапами специального лечения. Большую роль играет купирование болевого синдрома, часто сопутствующего неоплазии, локализующиеся в печени. Выполнение трансартериальной эмболизации (ТАЭ) возможно как при злокачественных, так и при доброкачественных новообразованиях печени.

Цель исследования. Проспективный анализ клинической эффективности ТАЭ не только с позиции вероятной стабилизации онкологического процесса в печени, но и со стороны возможности купирования хронического болевого синдрома.

Материалы и методы. Нами выполнено и проспективно анализировано 127 ТАЭ печёночной артерии при сопутствующем хроническом болевом синдроме в правом подреберье у 127 пациентов с опухолью (n=45) или метастатическим поражением (n=82) печени. После ТАЭ пациенты направлялись на последующие курсы системного химиотерапевтического лечения. Для оценки динамики неопластического процесса, через каждые три месяца выполняли КТ и/или МРТ с контрастным усилением.

Результаты и обсуждение. В результате выполненных 127 ТАЭ у 17 пациентов выявлена положительная динамика, у 53 стабилизация, у 57 – прогрессирование неопластического процесса. В подавляющем большинстве случаев определялось купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Заключение. Нами выявлена возможность рассматривать эндоваскулярный подход с позиции клинической эффективности в курации пациентов с неопластическим поражением печени и сопутствующим хроническим болевым синдромом.

Ключевые слова: Трансартериальная эмболизация, ТАЭ, Злокачественные новообразования

---

251. Оптимизированная методика операции Лабиринт-V для лечения сопутствующей фибрилляции предсердий при операции коронарного шунтирования

Ревишвили А.Ш. (1,2), Попов В.А. (1,2), Малышенко Е.С. (1), Анищенко М.М. (1), Гогнадзе А.И. (3)

Москва

1) ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава РФ
2) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3) ФГАОУВО РУДН

Актуальность. Операция Лабиринт III продолжает оставаться «золотым стандартом» лечения различных форм фибрилляции предсердий (ФП). В то же время вопросы хирургического лечения данной аритмии в рамках сочетанной операции при операциях коронарного шунтирования (КШ) остаются открытыми. Это связано с достаточно высокой травматичностью Лабиринт III, что ограничивает ее широкое распространение при КШ. Предложено несколько вариантов хирургического лечения ФП в рамках сочетанного подхода на основе радиочастотной аблации, которые имеют свои преимущества и недостатки. В ФГБУ «НМИЦ хирургии им. Вишневского» в качестве методики для сочетанного лечения ФП при КШ используется процедура Лабиринт-V.

Цель. Изучить эффективность и безопасность технологии Лабиринт-V в качестве методики лечения различных форм сопутствующей фибрилляции предсердий при открытой коронарной реваскуляризации.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах комплексной диагностики и хирургического лечения 105 пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца и имеющих в анамнезе различные формы ФП. На основе формы ФП выделены две группы: группа 1 (ИБС+пароксизмальная ФП – 53 пациента) и группа 2(ИБС+непароксизмальная ФП –52 пациента) Не отмечено межгрупповых различий в группах по полу, возрасту, степени выраженности стенокардии, объёму поражения коронарного русла, характеру сопутствующей патологии. Доступом к сердцу во всех случаях служила срединная стернотомия. Открытая коронарная реваскуляризация была представлена стандартным КШ в условиях искусственного кровообращения, аритмологический этап – процедурой Лабиринт-V.Технология Лабиринт-V включала в себя радиочастотную изоляцию левого и правого предсердий, а также удаление ушка эндостеплером. Отличительной особенностью Лабиринт V является возможность ее выполнения на бьющемся сердце, что позволяет снизить время ишемии миокарда и контролировать полноту выполнения аблации. При завершении этапа аблации всегда проводили электрофизиологическое исследование для верификации блокирования электрического проведения. Эффективность и безопасность операций оценивались по первичным (частота возврата ФП, свобода от ФП, частота кардиоваскулярных событий, частота имплантации ЭКС) и вторичным конечным точкам конечным точкам.

Результаты и обсуждение. На госпитальном этапе два случая смерти зарегистрированы в группе 2. Причиной служило развитие синдрома полиорганной недостаточности у изначально тяжелых по коморбидному статусу пациентов. Кардиоваскулярных событий не отмечено. Группы не различались по частоте осложнений. Важно отметить, что на госпитальном и отдаленном этапах не было случаев развития синдрома слабости синусового узла или полной AV-блокады, потребовавших установки пейсмекера на постоянной основе. Частота рецидива ФП составила 26,9% (n=15) в группе 1 и 11,3% (n=7) в группе 2 (p=0,049). При выписке свобода от ФП в группе 1 была достоверно выше чем в группе 2, составляя 100% против 90,4%, соответственно (p=0,02). Параметры вторичных конечных точек не отличались достоверно между группами. При анализе отделенных результатов установлена статистическая тенденция в большей свободе от ФП в группе 1, чем в группе 2. На отдаленном этапе 12 месяцев свобода от ФП в группах 1 и 2 составила 100% и 97,%, на этапе 24 месяцев – 96,1% и 91,4%, на этапе 36 месяцев – 90,9% и 78,7% соответственно (LogrankTest, p=0,06). Через 36 месяцев наблюдения в группах 1 и 2 свобода от больших кардиоваскулярных событий составила 90,6% и 100% соответственно (LogrankTest, p=0,23).

Заключение. Операция Лабиринт-V продемонстрировала хороший профиль эффективности и безопасности, что дает возможность рекомендовать использование данной технологии для коррекции как непароксизмальных форм так и пароксизмальных форм ФП при открытой коронарной реваскуляризаци.

Ключевые слова: радиочастотная аблация, пароксизмальная фибрилляция предсердий, аортокоронарное шунтирование, операция Лабиринт.

252. Прогнозирование летальности на основании показателей Мангеймского индекса перитонита при перфоративной язве желудка и 12 – перстной кишки и вторичным перитонитом

Веденин Ю.И., Шаталов А.А., Орешкин А.Ю., Кучин Д.А.

Волгоград

1.ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2.ГУЗ «КБСМП № 15» г. Волгограда;

Введение: основным фактором при выборе хирургического вмешательства по поводу перфоративной язвы желудка и 12 – перстной кишки является перитонит. Для определения объема оперативного вмешательства при перфоративной язве целесообразно использовать Мангеймский индекс перитонита, применение которого является высокочувствительным методом, позволяющим прогнозировать исход заболевания.

Цель: корреляционный анализ прогнозирования летальности на основании показателей Мангеймского индекса перитонита у больных с оперативными вмешательствами при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: выполнен ретроспективный анализ медицинской документации больных, оперированных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки и желудка и вторичным перитонитом за период с 2018 г. по 2023 г. Оценивали чувствительность, специфичность, положительные и отрицательные прогностические значения. Проанализированы различные хирургические методы, включая резекцию желудка, ваготомию с дренированием, ушивание язвы и иссечение краев язвы с наложением швов у пациентов с показателями индекса Мангейма менее 21, 21-29 и более 29.

Результаты: Исследуемая популяция включала 20 мужчину (64%) и 11 женщин (36%). Средний возраст составил 58,2 ± 11,4 лет. Связь между оценками и смертностью была статистически значимой (p< 0,0012). Чувствительность и специфичность при Мангеймском индексе притонита при пороговом значении 21 балла составили 96,8% и 82,35%. Риск смертности пациентов с оценкой более 29 баллов был выше, чем у пациентов с оценкой смертности мене 21-29 баллов. Прогностическая сила интегральных шкал подтверждена с помощью проведенного статистического анализа. Важное значение для исхода распространенного перитонита имеет наличие органной недостаточности, выраженности синдрома воспалительного ответа SIRS, значения маркеров воспалительного ответа.

Выводы: Индекс перитонита Мангейма является чувствительным и специфичным методом, позволяющим прогнозировать летальность у пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. При показателях модифицированного индекса Мангейма менее 21 балла, объем операции не влияет на уровень летальности.

Ключевые слова: прободная язва, перитонит, Мангеймский индекс перитонита

---

253. Оптимизированная технология торакоскопического лечения фибрилляции предсердий

Ревишвили А.Ш. (1,2), Попов В.А. (1,2), Малышенко Е.С. (1), Анищенко М.М. (1), Новиков М.А. (1)

Москва

1) ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России
2) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Высокая распространенность и значительный уровень заболеваемости фибрилляцией предсердий(ФП) с развитием различных осложнений диктуют необходимость разработки и внедрения эффективных стратегий лечения данной аритмии. Последнее десятилетие характеризуется значительным развитием торакоскопических технологий лечения ФП.

Цель. Провести оценку эффективности и безопасности торакоскопической аблации у больных с различными формами фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Начиная с 2017 по 2023 годы в ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского торакоскопическое лечение ФП выполнено у 227 пациентов. Пароксизмальная ФП была отмечена у 99 (39,6%), персистирующая у 41 (18%) пациента, длительно персистирующая форма у 87 (38,3%) пациентов. Средний возраст больных составил 58,2±8,8 лет, средний ИМТ-29,8±4,7кг/м2, средняя фракция изгнания левого желудочка -56,7±6,2%, средний объем левого предсердия – 156,4±37,4 мл. Показанием к проведению торакоскопического лечения аритмии были неэффективность консервативной антиаритмической терапии, а также выраженность клинической симптоматики (более двух баллов по EHRA). У 48 пациентов вмешательства были выполнены с применением стандартной методики торакоскопического лечения ФП. Методика операции заключалась в проведении воздействий по схеме Box Lesion, состоявшей из антральной изоляции правых и левых легочных вен, линии аблации по крыше левого предсердия (ЛП) (верхняя линия Box), линии аблации по задней стенке ЛП (нижняя линия Box).Операция завершалась ампутацией ушка ЛП при помощи эндостеплера. У 179 больных торакоскопическое лечение

выполнено по методике Left-Right-Left. Отличие данной технологии от представленной ранее заключается в безопасной диссекции синусов перикарда из левостороннего доступа и четком дифференцировании анатомии левых ЛВ посредством ранее заведенного проводника, что также обеспечивает простоту заведения биполярного электрода за правые ЛВ. Оценка результатов проводилась по конечным точкам, к которым относили частоту удержания синусового ритма к моменту выписки и свободу от предсердных тахикардий на отдаленном этапе 12 и 24 месяцев.

Результаты и обсуждение. При применении стандартной методики торакоскопического лечения ФП было три (6,2%) случая конверсии, связанных с травмой крыши ЛП, задней стенки, возникших при выделении синусов перикарда. Конверсий и летальных случаев среди пациентов, которым выполнено торакоскопическое лечение по методике Left-Right-Lef не было. К моменту выписки синусовый ритм отмечен 94,2% пациентов. При анализе структуры послеоперационных предсердных тахикардий возврат ФП был отмечен у 6(2,6%) пациентов, типичное трепетание предсердий у 5(2,2%), атипичное левопредсердное трепетание у 12 (5,2%). На этапе наблюдения 12 и 24 месяца свобода от рецидива аритмии составила в группе пароксизмальной аритмии – 86,2%, в группе персистирующей – 82,9% и в группе длительно персистирующей – 73,3%. На этапах наблюдения не было отмечено ни одного случая развития кардиоваскулярных и цереброваскулярных событий.

Заключение. Согласно полученным данным, наибольшая эффективность методики в отдаленном периоде была продемонстрирована у пациентов с пароксизмальной формой ФП, чуть меньшая эффективность отмечена в группе персистирующей и длительно персистирующей ФП. Незначительная частота осложнений свидетельствует о том, что торакоскопическая аблация является безопасным методом лечения различных форм ФП.

Ключевые слова: торакоскопическое лечение фибрилляции предсердий, аблация левого предсердия, легочные вены, фибрилляция предсердий

---

254. Наш опыт в лечении хронического нелактационного мастита

Т.А.Щеголькова1, Ю.Германович1, Г.А. Вишневская1, А.В.Табуйка2

Москва

1) ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского», 2) ФГАУ «НМИЦ» Лечебно-реабилитационный центр» МЗ

Актуальность. Хирургическое лечение хронического нелактационного мастита характеризуется частыми рецидивами, что связывают с неполным объёмом оперативного вмешательства с сохранением пиогенной капсулы и очагов отсева. Открытый способ ведение раны является «золотым стандартом» в лечении гнойных ран, однако, особенность данного ведение- продолжительный период заживления и высокий риск инфицирования. Поэтому необходим алгоритм лечения пациенток с хроническим нелактационным маститом.

Цель. Оценить результаты хирургического лечения хронического нелактационного мастита в комбинации с терапией отрицательным давлением, озоно-кислородной газовой смесью, N0- терапией.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное исследование за период с января 2017г. по январь 2023г, в которое включено 55 пациенток с диагнозом «хронический гнойный нелактационный мастит». Их возраст составил от 21 года до 69 лет (медиана 40,3). Среди них 24 (47,3%) пациентки госпитализированы с рецидивом. Все пациентки пролечены по единому алгоритму. Первым этапом выполнена операция. Объем хирургического лечения: от резекции молочной железы у 54 (98,2%), до мастэктомии –1 (1,8%). Резекция молочной железы впервые выполнена в 52,7% случаев, повторная резекция в 16,4%, и в 30,9% у госпитализированых после многократных (боле двух раз) вмешательств. Ведение раны открытым методом осуществлялось у 54 (98,2%.) пациенток. Местное лечение раны подбиралось индивидуально, использовались физиотерапевтические методы обработки послеоперационной раны (терапия отрицательным давлением, озоно-кислородная газовая смесь, N0- терапия) в комбинации с антисептиками широкого спектра действия.

Результаты лечения оценены в раннем отдаленном послеоперационном периоде исходя из данных о рецидиве заболевания и общей удовлетворенности пациенток от проведенного лечения. Результаты исследования. Сроки наблюдения пациенток после комплексного лечения составили от 4 до 84 месяцев. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде продолжающееся кровотечение отмечены в 5,5% случаев, потребовавшее повторного хирургического вмешательства в стационаре. Летальных исходов не было. Продолжительность госпи-

тализации после операции составила от 1 до 5 суток (медиана 2,8). Средний срок амбулаторного лечения – 2 месяца. Среднее количество посещений – 14 раз, в первую неделю – посещение через день, в последующем 1-2 раза в неделю в зависимости от стадий репаративного процесса. Среднее время, затраченное на одно амбулаторное посещение – 2,5 часа. Безрецидивное течение после комплексного лечения отмечено в 92,7% случаев. Рецидив (в сроки более 30 суток) хронического мастита зарегистрирован у 4 пациенток (7,3%), связан с неполным курсом прохождения физиотерапевтического лечения, потребовавший повторной госпитализации и хирургического лечения.

Выводы. Разработанный алгоритм лечения пациенток с хроническим нелактационным маститом, позволяет ликвидировать очаг воспаления, осуществить деконтаминацию послеоперационной раны и ускорить процесс регенерации, тем самым снизить риск рецидива и улучшить качество жизни

Ключевые слова: нелактационный маститит, хирургия молочной железы, VAC-терапия молочной железы

---

255. Опыт тоннельных операций при неэпителиальных опухолях пищевода

Джантуханова С.В.1, Старков Ю.Г.1, Хизриева Н.И.1, Замолодчиков Р.Д.1, Глотов А.В.1, Вагапов А.И.1

Москва

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

Актуальность: В последние десять лет среди хирургов и эндоскопистов отмечается повышенный интерес к неэпителиальным опухолям пищевода, выявляемых при эндоскопических исследованиях. Это связано с разработкой и внедрением в клиническую практику новых видов оперативных вмешательств, а именно методики удаления опухолей методом тоннельной диссекции (STER).

Материал и методы: За последние 5 лет в хирургическом эндоскопическом отделении НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского методом тоннельной диссекции (STER) прооперировано 32 пациента с неэпителиальными новообразованиями пищевода. Среди оперированных в 23 случаях (71,8%) опухоли были представлены лейомиомами, 3 (9,4%) – липомами, 3 (9,4%) случаях гастроинтестинальной стромальной опухолью пищевода (ГИСО) и 3 (9,4%) случаях зернистоклеточной опухолью.

Результаты: Технический успех операции был достигнут в 31 наблюдении из 32 (96,8%). У одного пациента, на этапе становления методики, опухоль не удалось удалить из-за большого поперечного размера новообразования (4 см) и обширной площадки роста в мышечном слое, из-за недостатка опыта выполнения STER при опухолях большого размера, что потребовало изменения хирургического доступа на торакотомный. Удаление опухоли единым блоком было выполнено в 22 наблюдениях (70%), тогда как пофрагментное удаление опухоли в связи с большими поперечным и продольными размерами было выполнено в 10 случаях (30%). Продолжительность времени операций составила от 45 до 300 мин (ME 95 минут, Q1-Q3 = 65-125). При медиане наблюдения 18 месяцев (Q1-Q3 – 14-48, диапазон: 2–120 месяцев), ни в одном случае при контрольном обследовании (КТ, эндоскопия) не было выявлено рецидива опухоли.

Обсуждение: Эндоскопическое удаление неэпителиальной опухоли методом тоннельной диссекции в подслизистом слое (STER) впервые описанная в 2011 году Mei-Dong Xu и Ping-Hong Zhou с соавт., на сегодняшний день признается современной методикой с доказанной эффективностью и безопасностью в относительно больших исследованиях. Как и все внутрипросветные эндоскопические операции, тоннельные диссекции сопряжены с риском как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, среди которых могут возникнуть негерметичность скрепочного шва на пищеводе, мериастинит, отсроченные кровотечения. Безопасное и эффективное тоннельное удаление неэпителиальных опухолей пищевода требует четкого определения показаний к оперативному вмешательству, а также соблюдение ряда важнейших методических приемов при создании тоннеля, диссекции в подслизистом слое, выделении и мобилизации опухоли, ее извлечения из тоннеля и закрытия входа в тоннель клипсами. Среди наших осложнений: у 3 пациентов после операции развился двусторонний гидроторакс, у 2 пациентов – подкожная эмфизема, у 1 пациента – послеоперационный медиастинит. Данное осложнение было связано с большим поперечным размером лейомиомы (около 4 см) и обширной площадкой роста опухоли и соответственно крупным пострезекционным дефектом в мышечном слое. Ни в одном из наблюдений осложнения не потребовали выполнения повторных вмешательств или изменения лечебной тактики и поэтому в настоящее время многими авторами подобные осложнения не расцениваются как осложнения STER, а относят больше к особенностям течения послеоперационного периода.

Выводы и Рекомендации: Основываясь на данных собственного опыта и литературы, мы выделили ряд критериев, позволяющих выбрать данный доступ как наиболее оптимальный. К необходимому условию, снижающее побочные явления методики относится инсуффляция углекислого газа (CO2) во время тоннельных вмешательств. Использование CO2 позволяет минимизировать развитие пневмоторакса и воздушной эмболии. Методическими принципами, уменьшающими риск развития осложнений, являются профилактический и быстрый

гемостаз во время операции, стремление к герметичному закрытию доступа в тоннель, регулировка уровня подачи газа CO2 из помпы, использование стерильной воды в водяной помпе во время операции. Среди критериев отбора опухолей для выполнения STER следует отнести поперечный размер опухоли, локализацию опухоли и тип роста опухоли относительно стенки пищевода.

Ключевые слова: неэпителиальные опухоли, тоннельная диссекция, подслизистый слой

---

256. Диагностика и лечение инструментальных повреждений пищевода

Николаева Е.Б., Черноусов Ф.А., Татаринова Е.В., Рабаданов К.М., Радченко Ю.А., Абакумов М.М.

Москва

ГБУЗ «НИИСП им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ

Актуальность. Инструментальные разрывы пищевода относятся к тяжелой ятрогенной патологии. Клиническая картина у пострадавших с повреждениями пищевода на раннем этапе не имеет специфических признаков, специализированная помощь осуществляется на этапе развития гнойных осложнений. Частота летальных исходов достигает 40%.

Материал и методы. С 1992 по 2022 г. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 202 больных с инструментальной травмой пищевода: 130 женщин и 72 мужчины; средний возраст составил 63,4 года. Большинство пациентов (167, или 82,7%) были переведены из других лечебных учреждений в сроки от 2 до 21 суток с гнойными осложнениями (флегмоной шеи, медиастинитом, эмпиемой плевры), остальные 35 первично доставлены в институт в первые сутки после повреждения пищевода. Причинами повреждения пищевода были: эзофагогастродуоденоскопия (146), промывание желудка через зонд (37), неудачная оротрахеальная интубация (7), бужирование пищевода (5), внутрипросветные эндоскопические вмешательства: пневмокардиодилятация (4), стентирование пищевода при раке (1), эзофагодивертикулостомия (1), попытка удаления подслизистого новообразования (1). В диагностике повреждений использовали рентгеноконтрастное исследование пище-вода со взвесью сульфата бария, компьютерную томографию шеи и груди с пероральным контрастированием и эндоскопию.

Результаты и обсуждение. Повреждения шейного и верхне-грудного отделов пище-вода диагностированы у 153 (75,7%), средне-грудного отдела – у 11 (5,5%), нижне-грудного и абдоминального – у 38 (18,8%). У 96% пациентов выявлен ложный ход в средостении с развитием флегмоны шеи и медиастинита, у 16% – эмпиема плевры. Оперированы 196 пациентов (97%). Консервативное лечение проведено 6 больным с интрамуральным ходом в грудном отделе пищевода. Вмешательства при разрыве шейного и верхне-грудного отделов пищевода у 146 па-циентов включали: переднюю продольную цервикотомию, ушивание дефекта с укрытием линии швов порцией грудино-ключично-сосцевидной мышцы, дренирование средостения и клетчаточных пространств шеи. У 2 больных без признаков гнойного процесса операция заключалась только в дренировании околопищеводной клетчатки. При повреждениях средне-грудного отдела пищевода 4 пациентам произведена правосторонняя торакотомия, ушивание дефекта пищевода с укрытием линии швов прядью большого сальника, 2 – торакоскопическая санация и дренирование плевральной полости, еще 4 – резекция пищевода. При разрывах нижне-грудного и абдоминального отделов пищевода на фоне рубцовой стриктуры выполнены: резекция пищевода абдоминоцервикальным доступом (5), видеото-ракоскопическая резекция (2), лапаротомия, ушивание дефекта пищевода с укрытием линии швов фундопликационной манжетой, гастростомия (21), чресхиатальное дренирование заднего средостения без ушивания дефекта (8), стентирование пищевода (1). В дополнение к описанным хирургическим методам (3) или в качестве самостоятель-ного способа лечения (1) применен метод эндоскопической вакуумной терапии в сочетании с чрескожной эндоскопической гастростомией. Из 202 пациентов с инструментальными разрывами пищевода умер 61 (30,3%). Следует подчеркнуть, что среди умерших пациентов у 29 имелись сопутствующие заболевания: рак желудка, матки, ободочной кишки (8), желчнокаменная болезнь (9), ишемический инсульт (3), язвенная болезнь желудка с состоявшимся кровотечением (6), тяжелая кардиальная патология (10). Все умершие пациенты поступили в сроки от 3 до 6 суток с момента разрыва пищевода с признаками гнойной интоксикации.

Выводы и рекомендации. Рентгеноконтрастное исследование пищевода и компьютерная томография с пероральным контрастированием позволяют диагностировать повреждение пищевода в ранние сроки. Применение дифференцированной хирургической тактики в зависимости от сроков, этиологии разрыва и локализации с использованием минимально инвазивных методов позволило улучшить результаты лечения этой тяжелой категории пациентов.

Ключевые слова: Пищевод, инструментальный разрыв, ятрогенные повреждения

---

257. Гибридные лапаро-эндоскопические операции при новообразованиях желудка

Джантуханова С.В., Авдеева Д.Д., Старков Ю.Г

Москва

НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского

Актуальность: Появление новых технологий и инструментов значительно расширило возможности использования подходов к экономным резекциям желудка и привело к развитию целой группы гибридных лапаро-эндоскопических вмешательств. К данной группе относятся несколько методик, которые имеют общее сходство – использование комбинированного доступа, который выполняется двумя бригадами.

Материалы и методы: С целью понимания преимуществ той или иной методики, а также понимания технических нюансов нами была разработана классификация гибридных лапаро-эндоскопических операций, в соответствии с которой, все гибридные вмешательства, описанные в литературе, были разделены на три группы: Лапароскопически-ассистированная эндоскопическая резекция – при которой вмешательство выполняется преимущественно эндоскопической бригадой с использованием лапароскопического визуального контроля и ассистенции. Роль эндоскопической бригады – удаление новообразования методом диссекции в подслизистом слое (ESD) или энуклеация новообразования после резекции покрывающей опухоль неизмененной слизистой оболочкой (EMR). Роль лапароскопической бригады – навигация, экспозиция и коррекции возможных осложнений (перфорации, кровотечения). Эндоскопически-ассистированная лапароскопическая резекция – когда вмешательство выполняется преимущественно лапароскопической бригадой с использованием эндоскопического визуального контроля и ассистенции. Роль лапароскопической бригады – удаление новообразования одним из вариантов вмешательств (атипичная резекция, транс/интрагастральная резекция). Роль эндоскопической бригады – внутрипросветная навигация, трансиллюминация, тракция ноовообразования эндоскопическими инструментами, трансорального извлечения препарата при небольших размерах опухоли. Лапаро-эндоскопическая комбинированная резекция – при которой обе бригады выполняют определенный этап операции, внося относительно равнозначный вклад в оперативное вмешательство. Эта группа объединяет такие вмешательства, как лапаро-эндоскопическая сочетанная хирургия (LECS), лапароскопически-ассистированная эндоскопическая полнослойная резекция желудка (LAEFR), лапароскопическая и эндоскопическая комбинированная диссекция (LECD), инвертированная резекция (Inverted LECS), бесконтактная техника (CLEAN-NET), бесконтактная техника с инверсией стенки (NEWS). Данные методики имеют технические особенности, которые позволяют выполнить резекцию в наиболее органосберегающем варианте и с более надежным и быстрым закрытием дефекта, не давая опухоли контактировать с брюшной полостью, нивелируют риск истечения желудочного содержимого и контаминации брюшной полости. В центре хирургии им. А.В. Вишневского за последние 15 лет было выполнено проведено обследование 292 пациентов с неэпителиальными новообразованиями желудка и двенадцатиперстной кишки, из которых 156 пациентов с неэпителиальными опухолями были прооперированы. Удаление опухолей желудка выполнено в 142 (100%) наблюдениях. ЭУС-типирование новообразования было проведено в 88 наблюдениях (62%). В 24 (16,9%) случаях выполнено эндоскопическое удаление новообразований, в 73 (51,4%) случаях выполнена лапароскопическая атипичная резекция желудка, в 45 (31,7%) случаях было выполнено гибридное лапаро-эндоскопическое вмешательство (эндоскопически-ассистированная лапароскопическая резекция – 25, лапаро-эндоскопическая комбинированная резекция – 20).

Результаты: Во всех 45 наблюдениях при выполнении гибридного оперативного вмешательства технический успех был достигнут в 100%, однако в 1 наблюдении отмечено осложнение в виде интраоперационного кровотечения (2,2%), что стало причиной смены хирургического доступа на лапароскопический и отказа от изначального плана – эндоскопической диссекции в подслизистом слое. По результатам гистологического исследования: гастроинтестинальная стромальная опухоль – 14 (31,1%), лейомиома – 10 (21,2%), шваннома – 5 (11,1%), дупликационная киста – 4 (8,9%), абберантная поджелудочная железа – 4 (8,9%), фиброма – 3 (6,7%), липома – 2 (4,4%), высокодифференцированной нейроэндокринной опухоли – 2 (4,4%), метастаз серозной карциномы – 1 (2,2%). В 100% случаев был достигнут результат резекции R0. Осложнений в послеоперационной периоде не было ни в одном наблюдении.

Заключение: Использование разработанных методик гибридных лапаро-эндоскопических оперативных вмешательств при неэпителиальных опухолях желудка позволяет выбрать оптимальный метод хирургического лечения для выполнения максимально экономной органосберегающей резекции желудка с соблюдением онкологических принципов, предъявляемых к удалению неэпителиальных опухолей. На сегодняшний день остается актуальным оценка преимуществ различных вариантов гибридных операций и возможность изменения методик в ходе операции. Персонифицированный выбор методики удаления опухоли с использованием гибридной прецизионной техники направлен на обеспечение наиболее благоприятного функционального результата и органосберегающей направленности хирургии.

Ключевые слова: неэпителиальные опухоли, подслизистые новообразования, гибридный доступ, лапаро-эндоскопическая резекция желудка

258. Принципы диагностики и лечения свищей пищевода

Николаева Е.Б., Татаринова Е.В., Рабаданов К.М., Черноусов Ф.А.

Москва

ГБУЗ «НИИСП им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ

Актуальность исследования. Свищ пищевода остается сложным для диагностики и опасным для жизни пациента заболеванием. Диагностика представляет определенные трудности ввиду разнообразия видов свищей, клинической картины и недостаточной осведомленности не только врачей общей практики, но и врачей хирургов. Успехи современной реаниматологии, внедрение новых медицинских технологий сопровождаются ростом числа ятрогенных осложнений: трахеопищеводных свищей вследствие длительной ИВЛ, пролежнями стенки пищевода фиксирующими конструкциями и стентами с развитием пищеводных свищей, аортопищеводных фистул. Летальность при этой патологии остается на высоком уровне. Причинами смерти больных являются гнойно-септические осложнения: флегмона шеи, медиастинит, эмпиема плевры, сепсис, аррозионные кровотечения.

Материал и методы. В НИИСП им. Н.В. Склифосовского за период с 2009 по 2022 г. на лечении находились 149 пациентов с пищеводными свищами: 85 мужчин и 64 женщины в возрасте от 18 до 82 лет. Причинами возникновения свища пищевода явились: пролежень стенок трахеи и пищевода манжеткой трахеостомической трубки или дефект наложения трахеостомы (45), повреждение пищевода при операциях на шейном отделе позвоночника (27), инструментальная перфорация пищевода (17), интраоперационная травма или несостоятельность швов (19), спонтанный разрыв пищевода (16), эндопротезирование аорты при аневризме (8), перфорация инородным телом (4), гнойно-септические заболевания шеи и средостения (7), ранение пищевода (4), аутоиммунные заболевания (2). Для обследования пациентов со свищами пищевода применялся комплекс методов диагностики, в который входили: клинический, эндоскопический, рентгенологический (в том число рентгеноконтрастный), компьютерно-томографический методы.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина зависела от вида свища и общего состояния пациента. Пациентов с трахеопищеводными свищами беспокоил кашель с большим количеством мокроты, зачастую с примесью пищи, усиливающийся во время еды (7). Эти жалобы отсутствовали у больных с трахеостомой (41) и пациентов, находившихся на ИВЛ (7). Поступление слюны и пищи из наружного свищевого отверстия или по дренажам было характерным для наружных пищеводных свищей, послеоперационных пищеводно-медиастинальных, пищеводно-плевральных фистул. При аорто-пищеводных свищах отмечалось пищеводное кровотечение (3). Повреждения шейного отдела пищевода сопровождались развитием флегмоны шеи с распространением изменений на клетчатку средостения (29); дефекты грудного отдела – медиастинитом и эмпиемой плевры (36). Задачами лечения свищей пищевода являлись: санация гнойных полостей, изоляция просвета пищевода от окружающих тканей, обеспечение энтерального питания, предотвращение гастроэзофагеального рефлюкса и аспирации. В острой и подострой стадиях (до 3 мес.) абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству на пищеводном свище были пищеводно-аортальные (6) и свищи пищевода после нейрохирургических стабилизирующих операций (24). Паллиативные и этапные операции в эти сроки выполнены 127 больным. С целью изоляции просвета пищевода и сокращения гнойных полостей 9 больным применен метод эндоскопической вакуумной терапии. В хронической стадии пищеводного свища (после 3 мес.) выполняли операции, направленные на ликвидацию свища, независимо от его этиологии и вида. Иссечение свища, ушивание дефекта пищевода с изоляцией швов кровоснабжаемыми тканями с использованием аутотрансплантатов произведено 74 больным, резекция пищевода – 13, последующая эзофагопластика – 12. Умерли 23 пациента от гнойно-септических осложнений, сепсиса, полиорганной недостаточности. Летальность составила 15,4%.

Выводы и рекомендации. Этапное хирургическое лечение при пищеводных свищах, направленное на предотвращение аспирационного синдрома, обеспечение энтерального питания, использование аутотрансплантатов с целью пластического закрытия дефектов полых органов, привело к уменьшению количества осложнений и снижению летальности.

Ключевые слова: Свищ пищевода, пищеводная фистула, перфорация пищевода

---

259. Варианты завершения радикальных операций при эпителиально-копчиковых кистах

Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)

Чита

1) ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита
2) ЧУЗ «Клиническая больница»РЖД-Медицина» городаЧита»

В последние годы в клинической практике при эпителиально-копчиковых кистах используются различные способы ушивания ран после их радикального иссечения, что связано с неудовлетворенностью хирургов и пациен-

тов результатами лечения: раневая инфекция у 20-40%, расхождение краев раны и очень длительное (до четырех и более месяцев) заживление вторичным натяжением у 10-25%, рецидивы кист и свищей у 3-10% оперированных больных. Это диктует необходимость разработок новых способов закрытия ран после радикальных иссечений пилонидальных кист.

Цель исследования – сравнить результаты различных способов закрытия ран после радикальных операций по поводу эпителиально-копчиковых кист.

Материалы и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование результатов у 68 больных, оперированных по поводу пилонидальных кист в 2016-2022 годах в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Чита». Всем этим пациентам выполнялось радикальное иссечение прокрашенных метиленовой синью кист со свищами и рубцовыми тканями единым блоком 8-12 ? 3-6 см. У 28 больных раны закрывали путем подшивания краев раны ко дну отдельными швами в шахматном порядке со значительным натяжением тканей (I группа). Другим 22 больным (II группа) раны ушиты через все слои швами Донати с умеренным натяжением и пассивным дренированием резиновым выпускником. 18 пациентам III группы раны ушиты через все слои с внутрикожными вколами и выколами при незначительном натяжении тканей и активным вакуум-дренированием по Редону. После выписки все больные по 4-6 раз обследовались в ближайшие недели и месяцы и по 1-2 раза ежегодно в ходе регулярных профилактических осмотров в течение 1-6 лет диспансерного наблюдения. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ MS Excel.

Результаты. В I группе из 28 больных в послеоперационном периоде у 16 (57%) наступило расхождение краев ран, у 8 (28,6%) из них – с нагноением, чаще по причинам ишемии краев раны и (или) прорезывания швов. Заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе. Сроки стационарного лечения составили 12+3,9 койко-дней, сроки амбулаторного лечения и реабилитации – 58+8,7 дней. В отдаленные сроки рецидивов не наблюдалось. Выраженная рубцовая деформация крестцово-копчиковой зоны отмечена у 14 (50%). Во II группе из 22 больных после операции в разные сроки у 5 (22,7%) (p=0,04) наступило расхождение краев ран, причины те же, у 2 (9,1%) из них – с нагноением (p=0,03). Заживления ран удавалось достичь к 6-10 неделе (p=0,34). Сроки стационарного лечения составили 10+2,4 койко-дней (p=0,42), сроки амбулаторного лечения и реабилитации – 48+6,4 дней (p=0,29). В отдаленные сроки на 2-3 годах наблюдения выявлены рецидивы свищей у двоих (9,1%). Выраженная рубцовая деформация крестцово-копчиковой зоны отмечена лишь у 3 (13,6%) пациентов (p=0,04). В III группе из 18 больных после операции ни расхождения краев ран, ни нагноения не наступило (p<0,01). Заживления ран удавалось достичь к 3-4 неделе (p=0,02). Сроки стационарного лечения составили 8+2,2 койко-дней (p=0,26), сроки амбулаторного лечения и реабилитации – 39+5,8 дней (p=0,21). В отдаленные сроки рецидивов не наблюдалось. Умеренная рубцовая деформация крестцово-копчиковой зоны отмечена лишь у 2 (11%).

Заключение. Завершение радикальной операции иссечения пилонидальной кисты методом ушивания раны через все слои с внутрикожными вколами и выколами при незначительном натяжении тканей и активным вакуум-дренированием по Редону можно считать менее травматичной операцией, уменьшает частоту расхождений краев раны, нагноений, рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций крестцово-копчиковой зоны. Намного легче, быстрее и эффективнее протекает реабилитационный период. Такой вариант операции не только достоен широкого внедрения в клиническую практику, но и упоминания в национальных клинических рекомендациях.

Ключевые слова: Иссечение крестцово-копчиковой кисты, методы ушивания операционной раны

---

260. Эндоскопия и крупный холедохолитиаз

Генердукаев Л.Л. (1,2), Благовестнов Д.А. (1,2), Тетерин Ю.С. (1), Ярцев П.А. (1,2), Аскеров А.Ч. (1,2).

Москва

1. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
2. ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ

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 внутрипросветном 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 транспапиллярных 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: сравнение двух методов лечения – механической литотрипсии и контактной литотрипсии, и оценка исходом лечения.

Материалы и методы. За период с января 2019 по март 2023 года в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского было пролечено 939 пациентов с диагнозом холедохолитиаз, которым была выполнена транспапиллярная литоэктстракция из холедоха.Из них в настоящее исследование были включены 70 (7,5%) пациентов у которых были выявлены крупные конкременты (более 15 мм в диаметре), удаление которых с помощью корзины Дормиа или литоэкстракционного баллона технически было безуспешным и потребовало их разрушения.

Результаты и их обсуждения. Методика механической литотрипсии была применена у 35 пациентов, у 35 – контактная. Эффективность механической литотрипсии составила 72%. Осложнения отмечались у 2 пациентов. Контактная литотрипсия была эффективна во всех случаях, при этом постманипуляционные осложнения не отмечалось.

Заключение Наше исследование показало 100% эффективность и безопасность ЭГЛ и ЛЛ под контролем SpyGlass в четко определенной группе пациентов с крупными камнями в желчных протоках.

Ключевые слова: холедохолитиаз, эндоскопическая ретроградная холангиопакреатография, механическая литотрипсия, желчнокаменная болезнь.

---

261. Использование визуализирующей интраоперационной фотоплетизмографии и ICG-флуоресценции у пациентов с колоректальным раком

Кащенко В.А. (2), Данилин В.Н. (1), Непомнящая С.Л. (1), Давлетшина В.В. (1,2)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова
2) Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г.Соколова

Актуальность Колоректальный рак занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ в 2020 году было зарегистрировано 1,93 млн. новых случаев колоректального рака (3е место среди всех онкологических заболеваний). Рак ободочной и прямой кишки как причина смертности занял второе место, что соответствовало 916 тысячам случаев смерти в 2020 году. Оценка перфузии органа является одним из важных этапов операции. В абдоминальной хирургии она необходима для оценки состоятельности анастомоза после резекции. В настоящее время многие хирургические манипуляции нуждаются в более широкой, чем визуальная оценка, интраоперационной оценке перфузии органа. Однако какого-то стандартного инструмента не создано. Существуют различные методы оценки перфузии такие как гиперспектральная визуализация, оптическая когерентная томография, лазерная спекл-контрастная визуализация, инфракрасная термометрия, темнопольная микроскопия, визуализация с введением индоцианина зеленого и фотоплетизмография. Преимуществами метода визуализирующей фотоплетизмографии являются: отсутствие необходимости введения какого-либо вещества, возможность непрерывного мониторинга перфузии, простота и низкая стоимость оборудования, сканирует сразу нескольких сигналов: SpO2, частота сердечных сокращений и частота дыхательных движений. Недостатками метода являются задержка в несколько минут при визуализации перфузии тканей, также на качество сигнала ФПГ могут влиять различные факторы, вызывающие вазомоторный тонус, низкий сердечный выброс.

Цель работы. Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с колоректальным раком при использовании различных методов оценки кровоснабжения кишки.

Материалы и методы. Была проведена интраоперационная оценка тканевой перфузии 13 пациентам: iPPG и ICG. В исследуемой группе пациентов преобладали женщины – 64% (7 из 11). Средний возраст составил 63 года (от 31 года до 85 лет). Средний койко-день составил 14 дней. По локализации чаще встречался рак сигмовидной кишки, что составило 36,6% (4 из 11). Средний индекс перфузии до наложения анастомоза составлял 0,82±0,45, после наложения анастомоза – 0,89±0,54. В случаях сравнения двух методик было отмечено соответствие распределений тканевой перфузии.

Результаты. При сравнении мультимодальной iPPG и ICG- флуоресцентной системы для интраоперационной оценки тканевой перфузии было показано, что интраоперационное распределение тканевой перфузии, количественно определенное с помощью мультимодальной системы iPPG, хорошо соответствует распределениям, полученным с помощью ICG. В случаях сравнения первоначально намеченной линии резекции и полученных данных с помощью методов iPPG и ICG, было отмечено смещение намеченной визуально линии резекции в связи с выявленной указанными методами недостаточностью кровоснабжения. В этой группе пациентов не было отмечено несостоятельности в раннем послеоперационном периоде. Были оценены индексы перфузии

анастомозируемых участков кишки

Выводы. Визуализирующая фотоплетизмография является перспективным инновационным конкурентноспособным методом оценки перфузии. Мы считаем, что использование дополнительных методов оценки тканевой перфузии при колоректальных резекциях позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений. Метод визуализирующей фотоплетизмографии, являющийся отечественной разработкой, требует дальнейшего изучения и набора данных.

Ключевые слова: Визуализирующая фотоплетизмография, колоректальных рак, тканевая перфузия

---

262. Хирургическая тактика лечения рецидива варикозной болезни

Махнев А.В., Шнейдер В.Э., Низамов Ф.Х., Соколова В.В., Янин Е.Л.

Тюмень

Тюменский государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной хирургии.

По сводным статистическим данным, рецидивы после хирургических вмешательств у больных с варикозной болезнью нижних конечностей составляют 20%. Хирургическое лечение рецидивов варикозной болезни является непростой задачей, так как нарушаются привычные анатомические взаимоотношения вен, а также изменяются их морфологические характеристики. Большинство хирургов используют пункционное компрессионное склерозирование варикозных вен, однако данный метод дает высокое число рецидивов.

Цель работы: Провести анализ хирургического лечения больных с рецидивом варикозной болезни, в бассейне БПВ, с использованием избирательного комбинированного хирургического лечения.

Материалы и методы. С 2013 по 2023 гг., на базе клиники «НаноЭстетик» г. Тюмени, было оперировано 38 пациентов с рецидивом варикозной болезни после хирургических вмешательств, средние сроки рецидива заболевания составили от 1 года до 3 лет. Возраст больных колебался от 19 до 64 лет. Лечению подверглись больные с клиническими классами хронических заболеваний вен от С2 до С4а. Наибольшее число рецидивов (24) возникло после компрессионного склерозирования БПВ и ее притоков. У данных пациентов наблюдали проходимость БПВ от нижней или средней трети бедра, с наличием вертикального рефлюкса крови через остиальный клапан. Свободный дистальный конец БПВ рассыпался на многочисленные расширенные и извитые притоки, которые уходили на голень. У данных пациентов, через прокол кожи на бедре выделяли свободный край БПВ, по направлению к остиальному клапану проводили катетер для радиочастотной окклюзии БПВ и устранения рефлюкса из бедренной вены. В дистальный конец вводили полый катетер, через который выполняли стволовое склерозирование притоков БПВ на голени пенным раствором этоксисклерола. Распространение склерозанта по притокам контролировали УЗ-датчиком. У 11 пациентов, рецидив заболевания произошел после хирургического выполнения короткого стриппинга БПВ, из-за появления поперечного рефлюкса крови из глубоких вен в поверхностные. В данной ситуации, также выделялся свободный конец БПВ, который катетеризировался, после чего проводилось стволовое пенное склерозирование притоков. Реканализация ствола БПВ с появлением вертикального рефлюкса, после ЭВЛО произошла у 3 пациентов. У данных пациентов проводили приустьевую перевязку БПВ и стволовое ее склерозирование вместе с притоками в дистальном направлении. После операции проводилась компрессионная терапия эластичным бельем 2 класса, в течение месяца. Все пациенты обследованы через 0,5 и 1 год. У всех оперированных больных наблюдали стойкое склерозирование расширенных вен. Лишь у 2 пациентов наблюдали сегментарный варикоз, вследствие прогрессирования заболевания и появления несостоятельных перфорантных вен.

Заключение. Избирательная комбинированная хирургическая тактика лечения больных с рецидивом варикозной болезни показала хорошие клинические результаты в первый год после хирургического вмешательства, что вызывает необходимость исследования исходов в отдаленные сроки послеоперационного периода.

Ключевые слова: Варикоз, склеротерапия, рецидив, РЧО, комбинированное хирургическое вмешательство

---

263. Результаты эндоскопического дренирования жидкостных скоплений при остром панкреатите

Аскеров А.Ч. (1,2), Тетерин Ю.С. (1), Куликов Ю.Д. (1), Ярцев П.А. (1,2), Благовестнов Д.А. (1,2)

Москва

1. НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
2. ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Актуальность Острый панкреатит (ОП) продолжает оставаться одной из самых главных причин госпитализаций пациентов с острой патологией пищеварительной системы с летальностью до 50-70% при инфицированных

деструктивных формах.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с ОП путем применения транслюминального дренирования (ТЛД) жидкостных скоплений (ЖС).

Материал и методы В исследование были включены 82 пациента с ЖС при ОП, которым было выполнено ТЛД. Всем пациентам после постановки диагноза выполняли эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС) панкреатобилиарной зоны для определения характера ЖС и возможности его внутрипросветного дренирования. При выявлении гомогенной анэхогенной асептической полости выполняли установку пластикового стента с закругленными концами («double pig tail»). Показанием к установке полностью покрытого саморасширяющегося стента являлось выявление негомогенного содержимого с детритом и признаками инфицирования. Пациентам с некротическими формами после дренирования ЖС выполнялась установка цистоназального дренажа для санаций 0,05% водным раствором хлоргексидина в первые двое суток. Эндоскопическая некрэктомия выполнялась каждые 24-48 часов в зависимости от данных инструментальных и лабораторных методов исследования, а также клинической картины интоксикации. При выявлении ЖС, не доступных ТЛД, дополнительно выполнялось чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением.

Результаты ЖС, соответствующие интерстициальному отечному панкреатиту, были выявлены у 40 (48,8%) пациентов, которым было выполнено ТЛД с установкой пластикового стента с закругленными концами. 42 (51,2%) пациентам с некротическими формами ЖС выполнена установка полностью покрытого саморасширяющегося стента. Связь с протоковой системой ПЖ была выявлена у 6 (7,3%) больных. Им было выполнено панкреатикодуоденальное стентирование. У 2 (2,4%) пациентов при ЭГДС были выявлены внутренние свищи желудка и двенадцатиперстной кишки с зоной деструкции, одному (1,2%) через свищ выполнена установка полностью покрытого саморасширяющегося стента. Программные некрэктомии были выполнены 35 (42,7%) пациентам с некротическими формами ЖС. 7 (8,5%) пациентам санации гнойной полости не были выполнены по причине летального исхода. Дополнительное чрескожное дренирование потребовалось 18 (42,9%) из 42 пациентов. Осложнения встречались в 10 (12,2%) наблюдениях. Интраоперационное кровотечением из области цистостомии выявлено у одного (1,2%) пациента, которому был выполнен успешный комбинированный эндоскопический гемостаз. Однако, учитывая высокий риск рецидива, превентивно была выполнена ангиография и эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии. Послеоперационные осложнения, проявившиеся кровотечением из зоны панкреатогенной деструкции, наблюдались у 9 (10,9%) пациентов. Этим больным выполнялась попытка эндоскопического гемостаза путем инстилляции в просвет полости гемостатического раствора «Гемоблок», что было эффективно у 1 (1,2%) пациента. При неэффективности выполнялась ангиография и эндоваскулярная эмболизация источника кровотечения (селезеночной артерии (3 пациента), гастродуоденальной артерии (2 пациентам) и ветви левой печеночной артерии с гастродуоденальной (1 пациенту)), в 1 (1,2%) случае кровотечение остановилось самопроизвольно. Сочетание обоих методов применено у 1 (1,2%) пациента. Данных свидетельствующих о рецидиве кровотечения у этих больных не отмечено. Летальный исход наступил у 9 пациентов (10,9%). У 8 (9,8%) пациентов причиной смерти явилась полиорганная недостаточность, у 1 (1,2%) – тяжелая внутрибольничная пневмония, развившаяся на 32-е сутки после дренирования.

Выводы 1. ЭУС является важнейшим методом диагностики ЖС при ОП и позволяет определить дальнейшую тактику при их внутрипросветном дренировании. 2. Эндоскопическое внутрипросветное дренирование жидкостных зон в 57,1% случаев является окончательным миниивазивным методом хирургического лечения некротического панкреатита.

Ключевые слова: транслюминальное дренирование, внутрипросветное дренирование, эндоскопическое дренирование, жидкостные скопления, острый панкреатит, панкреонекроз

---

264. Ближайшие и отдаленные результаты комбинированного лечения ишемических форм СДС

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

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Лечение хирургических заболеваний на фоне СД является одним из приоритетных задач современности, что в значительной мере связано с увеличением их числа и неудовлетворительными результатами лечения. Одним из тяжелых осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), при котором гнойно-воспалительные заболевания пальцев и стопы встречается более чем в 55% случаев и ампутации нижних конечностей на различных уровнях при СДС производятся в десятки раз чаще, чем у лиц, не страдающих СД

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента с СДС, осложненными гнойно-некротическими процессами пальцев стопы, ишемической формы, вызванными стенозами и окклюзиям артерий голени,

с нарушением магистрального кровотока свыше 60% от должного. Протяженность поражения сосудов составила от 1 до 10 см. В основную группу вошли 28(53,8%) пациентов в контрольную-24(46,2%). Все пациенты были старше 60 лет, страдали сахарным диабетом более 10 лет. Все пациенты получали комплексное лечение. Магистральный кровоток восстанавливали рентгенэндоваскулярными методами. Стентирование передней большеберцовой артерии выполнено 9(32%) пациентам основной и 7(29%) контрольной группы. Заднюю большеберцовую артерию стентировали соответственно в 4(14%) и 2(8%) случаев. Остальным пациентам магистральный кровоток был восстановлен балонной ангиопластикой. После восстановления кровотока пациентам основной группы выполняли хирургическое лечение- экзартикуляцию пальцев в бессосудистой зоне по разработанной методике (патент № 2704471), а пациентам контрольной группы данную операцию выполняли общепринятыми способами. Кроме того, пациенты основной группы, в послеоперационном периоде и после выписки из стационара, получали внутривенную инфузию вазопростана по схеме, каждые 3 месяца.

Результаты и обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде опорную функцию конечности удалось сохранить у 27(96%) пациентов основной и 22(91%) – контрольной группы. Из-за прогрессирования гнойно-некротического процесса одному пациенту основной и двум пациентам контрольной группы выполнены высокие ампутации. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты прослежены в течение 2-х лет. За 2 года на артериях голени рестеноз произошло в 17(31%) случаях. Из 7(25%) пациентов основной группы в 6 случаях рестеноз произошел на передней большеберцовой артерии, из которых в 5 случаях после повторной ангиопластики удалось восстановить кровоток и сохранить конечность, а в 2-х попытка восстановления кровотока была неудачной и им выполнены ампутации на уровне верхней трети голени. Еще у одного пациента рестеноз произошел на задней большеберцовой артерии. Попытки восстановить магистральный кровоток не привели к успеху. Ему выполнена ампутация конечности на уровне бедра. Летальный случай один. В контрольной группе из 10(41,6%) пациентов в 8(33%) случаях реокклюзия произошла на передней большеберцовой артерии, в 6 случаях удалось восстановить кровоток, в двух – эти попытки закончились неудачно, им выполнены ампутации на уровне голени. Еще у 2-х(8%) пациентов произошли реокклюзии задней большеберцовой артерии, попытки восстановить кровоток не привели к успеху. Им выполнены ампутации на уровне голени. Летальность составила два пациента.

Выводы. Вышеизложенная тактика лечения ишемической и смешанной форм СДС позволила успешно выполнить органосберегательные операции на стопе, сохранить функционально полноценную конечность у большинства пациентов в течение 2-х лет, значительно уменьшить число высоких ампутаций и снизить летальность.

Ключевые слова: СДС, стенозы и окклюзии, рентгенэндоваскулярные методы, рестенозы, результаты, высокие ампутация, опорная функция

---

265. Рефлюкс-холангит после холедоходуоденостомии

Дундаров З.А., Адамович Д.М., Евсеенко Д.А., Славников И.А., Анджум В.З., Али М.А.

Беларусь Гомель, РБ

Гом.ГМУ

Холедоходуоденоанастомоз (ХДА) относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя около 80% от общего числа билиодигистивных анастомозов. К поздним осложнениям ХДА относится рефлюкс-холангит, который отмечается у 8,4-22,4% больных, перенесших эту операцию. Холангит, возникающий после ХДА бывает двух типов:1) обтурационный, возникающий вследствие стриктуры анастомоза; 2) необтурационный, возникающий при достаточной ширине и свободной проходимости ХДА, как следствие дуоденобилиарного рефлюкса и инфицирования ЖВП.

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с рефлюкс-холангитом после ХДА.

Материалы и методы. За период 2015- 2022 гг нами пролечено 32 пациента с рефлюкс-холангитом, которым ранее был сформирован ХДА. Из них – 17 были ранее оперированы в нашей клинике, что составило 9,3% от общего числа больных, которым был сформирован ХДА за этот же период времени. В исследуемую группу не были включены больные со стриктурами ХДА. Женщин было 26(81,2%). Основными клиническими проявлениями были: периодически возникающие боли в правом подреберье – 32 чел., гипертермия – 30(93,7%); транзиторная желтуха – 18(56,2%); диспепсические явления – 21(65,6%); снижение массы тела – 13(40,6%). В алгоритм диагностики включали лабораторные исследования, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое обследование. При УЗИ: утолщение стенок желчных протоков (ЖП) отмечены у всех больных, расширение внутрипеченочных ЖП – 17(53,1%), милиарные абсцессы печени – 2(6,2%), множественные абсцессы левой доли печени – 1(3,1%). При ФГДС определялись косвенные признаки хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП): желчь в желудке натощак, рефлюкс желчи из ДПК в желудок, широкий диаметр ДПК, антральный гастрит, рефлюкс-эзофагит. Анастомоз был проходим у всех больных, ширина его колебалась от 1,0 до 1,5 см. Этот факт часто вводил в заблуждение врачей, и больным длительное время проводилась консервативная терапия, не дававшая положи-

тельного эффекта. При рентгеноскопии желудка и ДПК у всех больных отмечался дуоденобилиарный рефлюкс и длительная задержка контрастного вещества в ЖП. ХНДП различной степени выраженности отмечены у 27(84,3%) больных. Все наблюдаемые больные были оперированы: разобщение ХДА с ушиванием ДПК и формированием гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) по Ру – 28(87,5%); ГЕА и дуоденоеюностомия с нижнегоризонтальным ее отделом на одной петле, выключенной по Ру (при декомпенсированной стадии ХНДП) – 3(9,4%), левосторонняя гемигепатэктомия и ГЕА – 1(3,1%). Умер 1(3,1%) больной с милиарными абсцессами печени и холангиогенным сепсисом. Прослежены отдаленные результаты в сроки от 1 года до 6 лет у 23 чел. Признаков холангита не отмечено ни у одного из них. Периодически возникающие тупые боли в правом подреберье, не требующие специального лечения – 5(21,7%) пациентов.

Заключение. Одним из серьезных и опасных для жизни поздним осложнением ХДА является рефлюкс-холангит. ХНДП – один из главных факторов развития данного осложнения, что необходимо учитывать при планировании операции. Рентгенография желудка и ДПК с отсроченными снимками является обязательным при подозрении на наличие рефлюкс-холангита у пациентов после ХДА. Мерой профилактики и лечения рефлюкс-холангита является гепатикоеюностомия по Ру.

Ключевые слова: Холедоходуоденоанастомоз, ХНДП, рефлюкс-холангит, абсцессы, гепатикоеюноанастомоз.

---

266. Профилактика несостоятельности межкишечного анастомоза с применением объективной интраоперационной оценки жизнеспособности кишки методами лазерной допплеровской флоуметрии и лазерной флуоресцентной спектроскопии

Трушин А.А., Курсенко Р.В., Зайцев Д.А., Тен О.А., Вервекин И.В., Беляев М.А., Захаренко А.А.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

Актуальность. Несостоятельность межкишечных анастомозов встречается в 1-19%. Визуальные критерии жизнеспособности кишки не обладают высокой чувствительностью и специфичностью. Перспективным представляется способ комбинированной оценки микроциркуляции методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) и окислительного метаболизма способом лазерной флуоресцентной спектроскопии (ЛФС). В экспериментальных и пилотных исследованиях продемонстрировано преимущество оценки жизнеспособности кишки по динамике показателей ЛДФ и ЛФС в жизнеспособном и исследуемом участках кишки в сравнении с известными допустимыми отклонениями.

Материалы и методы. С целью снижения частоты несостоятельности межкишечного анастомоза проведено сравнительное исследование традиционного визуального и разработанного объективного методов оценки жизнеспособности кишки при выполнении правосторонней гемиколэктомии по поводу опухоли. В ретроспективной контрольной группе (n=44) после этапа мобилизации анализ жизнеспособности кишки на уровне ее пересечения и анастомозирования проводилась традиционным визуальным способом с оценкой цвета, перистальтики, пульсации сосудов брыжейки. В проспективной основной группе (n=52) оценка в дополнение к визуальному методу проводилась с использованием разработанного портативного хирургического прибора «ЛАЗМА-ПФ» (ООО НПП «ЛАЗМА») и реализованного в нем объективного способа оценки состояния микроциркуляции и окислительного метаболизма ткани методами ЛДФ и ЛФС. Анализировались частота несостоятельности анастомоза, койко-день, послеоперационная летальность. Статистический анализ проводился в Microsoft Excel и IBM® SPSS® Statistics. Параметры сравнивались с использованием t-теста Стьюдента или U-теста Манна-Уитни с уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты. В основной группе критерии жизнеспособности кишки при визуальной и инструментальной оценках проксимальной границы резекции(тонкая кишка) совпадали в 100%(n=52). При инструментальной оценке дистальный границы резекции(толстая кишка) на визуально жизнеспособном уровне значимые нарушения микроциркуляции и окислительного метаболизма по данным ЛДФ и ЛФС выявлены в n=6 наблюдений(11%). У этих пациентов выполнена дополнительная инструментальная оценка жизнеспособности толстой кишки на 3 см дистальнее с получением референсных данных на этом уровне и выполнением резекции. В n=46(89%) случаев резекция выполнена на визуально жизнеспособном участке, который был подтверждён инструментально. В контрольной и основной группах несостоятельность илеотрансверзоанастомоза составила 11%(n=5) против 6%(n=3), соответственно($p=0,041$). При этом в основной группе, среди пациентов, у кого выполнена перезекция толстой кишки на основании инструментальных данных несостоятельности анастомоза не было (n=0). Средний койко-день составил n=16 против n=9 ($p=0,037$).

Обсуждение. Объективная инструментальная оценка жизнеспособности кишки позволила снизить частоту несостоятельности анастомоза. Традиционные визуальные параметры жизнеспособности кишки субъективны и зависят от опыта и индивидуального восприятия хирурга. Инструментальная оценка жизнеспособности

кишки методами ЛДФ и ЛФС в дополнение к традиционному позволяет снизить риск ошибки при субъективной оценке, а также выявить скрытые нарушения микроциркуляции и тканевого метаболизма в отсутствии макроскопических изменений, что позволяет выбрать уровень резекции и анастомозирования кишки с меньшим риском несостоятельности в послеоперационном периоде.

Выводы. Применение объективного метода интраоперационной оценки жизнеспособности кишки в дополнение к традиционной визуальной оценке ассоциировано с уменьшением частоты несостоятельности межкишечного анастомоза. Методика анализа микроциркуляции и окислительного метаболизма кишки методами ЛДФ и ЛФС с применением портативного хирургического прибора «ЛАЗМА-ПФ»(ООО НПП «ЛАЗМА») эффективна для применения в хирургической практике.

Ключевые слова: микроциркуляция, несостоятельность анастомоза, жизнеспособность кишки, флуоресценция, НАДН

---

267. Результаты использования функционально-корригирующего корсета 3D немецкой школы в лечении детей с ювенильным идиопатическим сколиозом

Могилянцева Т.О., Бландинскии? В.Ф., Павлова Я.И., Белова О.В., Некрасова Н.А., Постникова Н.В

1) Санкт-Петербург,
2)Ярославль

1) ГБУЗ No40,
2) ЯГМУ,
3) ГУЗ ЯО «ДП No3»,
4) КБСМП им. Н.В. Соловьева

Ювенильныи? идиопатическии? сколиоз (ЮИС) развивается у внешне здоровых детей в возрасте 4-10 лет. В отличие от адолесцентного идиопатического сколиоза он имеет значительно больше потенциал прогрессирования, связанный с предстоящим подростковым «ростовым скачком». При неадекватном лечении дети с ЮИС будут нуждаться в хирургической коррекции деформации.

Цель исследования: изучить результаты использования функционально-корректирующего корсета 3 d немецкои? школы в лечении детеи? с ЮИС.

Материал и методы. Изучены результаты использования функционально-корректирующего корсета 3 d немецкои? школы в лечении 43 ребёнка с ЮИС. Корсет 3 D немецкои? школы является современным дериватом корсета типа Шено и полным аналогом корсета Gensingen (Германия) по изготовлению. Определение типов сколиоза и моделей корсетов осуществлялось по классификации по Lenert-Shroth. Перед лечением детям назначали МРТ позвоночника для исключения гидромиелии.

Результаты. Из 43 пациентов с ЮИС 37 были девочки. Среднии? возраст появления деформации был 7,7 лет (4 – 10 лет). Локации деформаций в позвоночнике были представлены одиночными грудными (34,8%), грудо-поясничными (25,5%), поясничными (17%), а также комбинированными (23,7%) сколиотическими дугами. Величину дуги измеряли по методике Кобба на рентгенограмме, выполненной в положении пациента стоя. Перед корсетным лечением среднее значение груднои? дуги составило – 28,3° (14° – 60°), грудо-поясничнои? – 23° (15° – 29°), поясничнои? – 19,7° (16° – 26°), комбинированнои? – 21°/23,6° (12° – 41°/13° – 35°) Средняя продолжительность корсетного лечения составила 30 месяцев (3 – 72). В результате коррекция груднои? дуги составила 61,4%, грудо-поясничнои? – 68,7%, поясничнои? – 71,6%, а комбинированнои? – 63% /60,4%. У всех детей, которые начали получать корсетное лечение с величиной дуги 15° была достигнута полная коррекция и даже допустимая гиперкорреция сколиотической дуги до 10°.

Обсуждение. Выявление ЮИС у наших пациентов было, в целом, своевременным, но направление на корсетное лечение – с опозданием. Применение функционально-корригирующего корсета 3 D немецкой школы в лечении детей с ЮИС позволило уменьшить сколиотическую дугу в среднем на 62%. Наиболее трудными для коррекции были грудные дуги, превышающие 30°. По нашему мнению, оптимальным временем начала корсетного лечения детей с ЮИС является наличие сколиотической дуги величиной 15°. Ни у кого из наших пациентов величина сколиотической дуги не достигла значений, требующих хирургической коррекции. Эти результаты являются промежуточными, и с учетом предстоящего «ростового скачка» пациенты продолжают получать корсетное лечение.

Выводы. Дети с ЮИС могут успешно лечиться с использованием функционально-корректирующего корсета 3 D немецкои? школы, который позволяет уменьшить сколиотическую деформацию и предупредить необходимость ее хирургической коррекции. Наиболее благоприятным для начала корсетного лечения мы считаем возраст детей с ЮИС, когда величина сколиотической дуги у них достигла 15°.

Ключевые слова: Ювенильный сколиоз, функционально-корригирующий корсет, классификация Lenert – Shroth, коррекция, угол Кобба, корсетное лечение

---

268. Возможности видеоторакоскопии при осложненной закрытой травме груди

Котанджян В.Г., Тарабрин Е.А. Ярцев П.А., Даниелян Ш.Н., Ибавов И.У.

Москва

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы»

Актуальность: травма традиционно занимает одно из лидирующих мест среди всех причин смерти, в свою очередь травма груди в 25% случаев среди всех травматических летальных исходов.

Цель: оценить возможности видеоторакоскопии при лечении осложненной закрытой травмы груди.

Материалы и методы: В исследование вошли 95 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2017 по 2021 гг. Критериями включения являлись: наличие закрытой травмы груди, полученной не более 14 дней до госпитализации, перелома одного и более ребер; возраст пациентов не менее 18 лет, видеоторакоскопическое (ВТС) вмешательство. Показаниями для выполнения ВТС являлись: свернувшийся гемоторакс 76 (80%), продолжающееся или вторичное кровотечения 15 (16%), продолжительное поступление воздуха по дренажу 3 (3,0%), подозрением на повреждение диафрагмы 1 (1%). Средний возраст оперированных 54,5 лет, подавляющее большинство составляли мужчины 90,2%. Большинство травм были получены в результате падений 89,6%, пострадавшие в ДТП 5,2% и избитые 5,2%.

Результаты: В группе пациентов, которым ВТС выполняли в связи со свернувшимся гемотораксом у двух пациентов выявлено повреждение диафрагмы, которое потребовали ушивания. У 4 пациентов были выявлены выраженное интраплевральное смещением отломков ребер в связи с чем выполнена репозиция и фиксация ребер. Одному пациенту потребовалась резекция заостренных отломков ребер. После эвакуации свернувшегося гемоторакса у 9 пациентов выявлено продолжающееся кровотечение, гемостаз был достигнут: у 8 пациентов при помощи электрокоагулятора, 1 пациенту обшиванием межреберных артерий. Значимых различий в результатах лечения пациентов с различными объемами свернувшегося гемоторакса не отмечалось, в том числе и с гемотораксом менее 300 см3. В 2-ух случаях была необходимость в повторном дренировании плевральной полости. В группе пациентов, которым ВТС выполнялась в связи с продолжающимся или вторичным кровотечением, 2 пациентам гемостаз осуществлен обшиванием ребер (одному пациенту выполнена помимо этого наружная фиксация ребер, одному пациенту доступ расширен до миниторакотомии). Еще одному пациенту, в связи с отсутствием возможности визуализации источника кровотечения, выполнена торакотомия и ушивание разрыва диафрагмы в области реберно-позвоночного угла. В остальных случаях гемостаз был достигнут при помощи электрокоагуляции источника кровотечения. Повторных хирургических вмешательств не было. В группе пациентов, которым ВТС выполнялось в связи с длительным поступлением воздуха, у 2 пациентов были выявлены булезные изменения в легких, выполнена краевая резекция легкого в области разорвавшихся булл и плеврэктомия. В одном случае выполнено ушивание разрыва легкого. У всех трех пациентов достигнут аэростаз, в одном случае потребовалось пункция плевральной полости по поводу плеврита. У пациента, которому выполняли ВТС в связи с подозрением на повреждение диафрагмы, последнего не оказалось. Однако стоит обратить внимание, что среди остальных пациентов у 3-х была выявлена травма диафрагмы требующая ушивания.

Выводы: ВТС доступ в большинстве случаев позволяет безопасно ликвидировать различные повреждения органов грудной клетки.

Ключевые слова: закрытая травма груди, гемоторакс, видеоторакоскопия

---

269. Превентивная редукция регионарного кровотока при транслюминальной и чрескожной секвестрэктомии при панкреонекрозе

Нугуманова К.А., Кузьмин А.М., Пархоменко М.В., Куликов Ю.Д., Ярцев П.А.

Москва

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

Актуальность. Частота возникновения аррозивного кровотечения при хирургическом лечении панкреонекроза достигает 18% и приводит к повышению летальности пациентов до 85%.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с панкреонекрозом путем профилактики развития кровотечения при секвестрэктомии.

Материалы и методы. За 2019-2022 годы включительно в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было прооперировано 108 пациентов с панкреонекрозом. Чрескожная чресфистульная эндоскопическая секвестрэктомия выполнена у 70 пациентов (64,8%), транслюминальная эндоскопическая секвестрэктомия – у 38 (35,2%). У трех пациентов (2,8%) осуществлялась комбинация чрескожной и транслюминальной секвестрэктомии. Кровотечение на этапах секвестрэктомии, потребовавшее примене-

ния хирургического гемостаза, возникло у 26 пациентов (24,1%). 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 12 (11,1%) пациентов. Именно эти 12 пациентов составили материал для исследования. Из них 9 мужчин (75%), 3 женщины (25%), средним возрастом 41,9 ± 4,1 года.

Результаты. Эмболизация селезеночной артерии с целью превентивной редукции регионарного кровотока была успешна у 12 пациентов (100%). В ходе и после выполненной секвестрэктомии интенсивных кровотечений в данной группе отмечено не было, диапедезные капиллярные кровотечения отмечены у 5 пациентов (41,7%), где гемостаз был достигнут рыхлой тампонадой с применением гемостатического раствора «Гемоблок». Осложнения эндоваскулярных вмешательств выявили у 3 (25%) пациентов – абсцесс селезенки, в связи с чем выполнено чрескожное дренирование под УЗ-наведением (IIIa степень по Clavien-Dindo). В дальнейшем, после ликвидации деструктивного процесса в забрюшинной клетчатке, 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.

Ключевые слова: Панкреонекроз, кровотечение, секвестрэктомия

---

270. Хирургическое лечение дивертикулов грудного отдела пищевода

Васнев О.С. (1), Израилов Р.Е. (1), Домрачев С.А. (1,2), Кошкин М.А. (1), Булгаков Э.А. (1), Павлов М.В. (1), Мамишев Р.В. (1)

Москва

1) ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» ДЗМ.
2) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Дивертикулы пищевода – это редкое, но наиболее часто встречающееся доброкачественное заболевание пищевода. Распространенность дивертикулов составляет 1-3% по данным рентгенологических и эндоскопических исследований. Исследования в отечественной и зарубежной литературе в наибольшей степени отражают информацию о глоточно-пищеводных дивертикулах (дивертикул Ценкера), в то время как сообщений о бифуркационных и эпифренальных дивертикулах значительно меньше. В отечественных рекомендациях методы инструментальной диагностики отличаются от данных зарубежных коллег.

Целью нашего исследования является оценка результатов оперативного лечения эпифренальных и бифуркационных дивертикулов пищевода и определение потенциала манометрии пищевода в качестве метода дооперационной диагностики. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2015 по 2022 гг. в МКНЦ им. А.С. Логинова проходили лечение 12 пациентов с эпифренальными и бифуркационными дивертикулами. В 7 случаях была выполнена торакоскопическая дивертикулэктомия (у 5 больных с бифуркационными, у 2 с эпифренальными дивертикулами), у 5 пациентов – лапароскопическая трансхиатальная дивертикулэктомия. У 3 пациентов оперативное вмешательство дополнено фундопликацией (Toupet, Dor), у 1 – кардиомиотомией. РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана времени операции составила 135 минут (50-225). Кровопотеря 37,5 мл (25-100), койко-день 9,6 (3-13). У 1 пациента в послеоперационном периоде развился пневмоторакс, потребовавший дополнительного дренирования плевральной полости. Летальных исходов не было. ОБСУЖДЕНИЕ. Основными методами диагностики бифуркационных и эпифренальных дивертикулах являются ЭГДС и Rg – исследование. Согласно Рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации, применение манометрии при дивертикулах пищевода противопоказано. Слепое проведение зонда по пищеводу сопряжено с рисками перфорации дивертикула, однако выполняя данное исследование с помощью трансназального эндоскопа или с Rg – наведением, можно нивелировать риски перфорации и получить достоверные данные о нарушении моторики. Среднепищеводные дивертикулы расцениваются как тракционные, но Хогуги, Д. с соавторами в своих исследованиях утверждают, что большинство дивертикулов этой локализации являются пульсионными по этиологии и возникают из-за нарушения моторики пищевода, поэтому оперативное лечение следует дополнять миотомией. Мы не исключаем пульсионный механизм образования бифуркационных дивертикулов. Однако по нашим наблюдениям клинические проявления нивелировались без дополнительной миотомии, после торакоскопического удаления дивертикула у 3 пациентов. В 3 случаях наше оперативное лечение не привело к положительным результатам. У 1 пациента развился рецидив дивертикула на фоне нарушения моторики пищевода. Больному в последствии выполнена ПОЭМ с удовлетворительными отдалёнными результатами. У 1 пациента клинические проявления не изменились. При контрольном Rg – исследовании и манометрии выявлен диффузный эзофагоспазм. Эти данные свидетельствуют о том, что нарушение моторики пищевода может быть незави-

симым превалирующим фактором в появлении симптомов и предиктором формирования самого дивертикула. У 1 пациента были признаки гиперфункции фундопликационной манжеты по данным Rg – исследования, которая стала причиной дисфагии. ВЫВОДЫ. Для оценки функции нижнего пищеводного сфинктера при эпифренальных дивертикулах стоит выполнять манометрию. Исследование моторики пищевода до операции позволит определить целесообразность выполнения миотомии. Торакоскопическая дивертикулэктомия при бифуркационных дивертикулах приводит к устранению клинических проявлений заболевания без дополнительной миотомии, которую рекомендуют некоторые западные специалисты. РЕКОМЕНДАЦИИ: Требуется проведение рандомизированного проспективного исследования для улучшения результатов лечения.

Ключевые слова: дивертикулы пищевода, дивертикулэктомия, миотомия, наддиафрагмальный дивертикул, срединный дивертикул пищевода, ахалазия

---

271. Дифференциальные диагностические критерии персонализации острых абдоминальных заболеваний, протекающих под «маской» острого панкреатита

Баулин А.А. (1), Аверьянова Л.А. (2), Гуляев А.А. (3), Баулин В.А. (1), Баулина О.А. (1).

Пенза

1) ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2) ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина», Пенза, Россия
3) НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Введение: Во все времена пациенты с абдоминальной болью требовали пристального внимания со стороны врачей. Первыми, кому необходимо исключить наличие ургентного заболевания, являются хирурги, так как промедление в оказании экстренной специализированной помощи может привести к фатальным последствиям. В 2022 году главный хирург А.Ш. Ревишвили акцентировал внимание врачей на трёх ведущих заболеваниях, в тройку лидеров которых вошёл острый панкреатит. Доля его возросла с 2000 г. с 13,5 до 23,6%, заболевание характеризуется вариабельностью клинической симптоматики, где только 60% имеет классическое течение. Изучив статистические данные этой патологии, выявлено, что отмечается гипердиагностика острого панкреатита. Часть пациентов неоднократно обращается с рецидивирующим абдоминальным синдромом, протекающим под «маской» острого панкреатита. Такой вариант событий требует создания алгоритмов на основе эффективных информационно-технологических решений и разработки информационных систем, поддерживающих принятие решение врача. Данный алгоритм будет способствовать проведению более точного и полного анализа клинических, инструментальных, лабораторных данных и сведению на «нет» рецидивирующих абдоминальных болей.

Материалы и методы: проведен проспективный анализ результатов лечения 100 больных с острым панкреатитом, обращавшихся в стационары клиник с абдоминальным болевым синдромом. Данным пациентам были выполнены дополнительные диагностические исследования согласно составленному алгоритму.

Результаты: по результатам лабораторно-диагностических исследований пациенты были разделены на две группы: с типичными проявлениями клинической картины острого панкреатита и с рецидивирующим абдоминальным синдромом, протекающим под «маской» острого панкреатита. По причине возникновения болей выявлены «маски» острого панкреатита: кардиоваскулярная у 12%, гастроэзофагеальная у 34%; билиарная у 18%; интестинальная у 31%; урогенитальная у 5%. В связи с затруднением объективизации характера ургентной патологии брюшной полости был разработан диагностический алгоритм, в котором применялись дополнительные лабораторно-диагностические методы исследования. Во второй группе только 28,4% выписано с диагнозом острый панкреатит, который подтверждён клиническими и данными комплексного обследования, большая часть выписана с таким же диагнозом, где нет достаточного подтверждения. Проведённое исследование наводит на мысль, что пациенты, поступающие по неотложным показаниям с диагнозом острый панкреатит, и отпущенные из приёмного отделения после быстрого купирования приступа или после короткого пребывания в стационаре, требуют углубленного обследования на амбулаторном этапе. При атипичных формах течения острого панкреатита, рецидивирующем абдоминальном болевом синдроме, при сомнении в диагнозе необходимо в более ранние сроки после госпитализации пациента прибегать к расширенным клинико-лабораторным методам диагностики. К ним относятся видеогастродуоденоскопия с инверсионным осмотром, компьютерная томография, магнитно-резонансной томография с контрастом, УЗДГ с контрастом, колоноскопия.

Заключение: систематизированная программа Промед позволяет проанализировать обращаемость пациентов за специализированной медицинской помощью, выявить повторные обращения с рецидивирующим абдоминальным синдромом, протекающим под «маской» панкреатита. Разработан и внедрён в практическую работу диагностический алгоритм, который подтвердил диагноз острый панкреатит у 28,4% и выявить иную патологию желудочно-кишечного тракта у 71,6% и провести необходимое лечение.

Ключевые слова: острый панкреатит, рецидивирующий абдоминальный синдром, «маски» панкреатита

---

272. Опыт лечения рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы и особенности оперативного подхода у пациентов с укороченным пищеводом

Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Замолодчиков Р.Д., Вагапов А.И., Бадахова А.Б., Авдеева Д.Д., Хизриева Н.И.

Москва

ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А.В. Вишневского

Актуальность ГПОД по частоте встречаемости стали конкурировать с такими заболеваниями, как хронический холецистит, хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка и ДПК. В связи с повсеместным освоением лапароскопических методик при ГПОД отмечается неоправданное расширение показаний к выполнению этих операций. Как результат широкого применения оперативных вмешательств в клинической практике, к сожалению, отмечается тенденция роста неудовлетворительных результатов. По данным мировой литературы рецидивные случаи ГПОД после лапароскопических вмешательств составляет около 12% через 5 лет, это в основном рецидивные грыжи с выраженной симптоматикой и неэффективные антирефлюксные операции.

Материал и методы В хирургическом эндоскопическом отделении за последние 10 лет прооперировано 656 пациентов с ГПОД различного характера. Этим пациентам выполнены лапароскопические вмешательства на пищеводно-желудочном переходе и диафрагме. Из них первичные операции выполнены в 612 случаях, пластика диафрагмы с формированием фундопликационной манжеты по Ниссену у 581 пациента и по Тоупе у 31 пациента (5%). Из 612 первичных операций и/о был выявлен короткий пищевод и выполнена операция Коллиса-Ниссена у 26 пациентов (4,2%). Повторное вмешательство по поводу рецидивных ГПОД выполнено 44 пациентам (6,7%). Среди них рецидивные случаи после оперативного вмешательства в нашем центре отмечены у 7 пациентов (1,1%) (эти случаи зафиксированы до 2016 года). Из них у 2 пациентов при повторном вмешательстве выявлен короткий пищевод, а у оставшихся 5 при и/о ревизии выявлены признаки прорезывания швами правой ножки диафрагмы, что следует расценивать как неадекватность техники наложения швов при пластике диафрагмы – без использования сетчатых имплантов. У оставшихся 37 пациентов с рецидивными грыжами, прооперированных первично в других учреждениях короткий пищевод был выявлен у 7, а у остальных 30 и/о диагностирована неэффективная методика пластики диафрагмы – признаки прорезывания швов правой или левой ножки диафрагмы. Всем пациентам с 2011 года пластика диафрагмы выполнялась с использованием интраоперационно сформированных сетчатых имплантов, представляющих собой полипропиленовые прокладки.

Результаты Во всех 656 операциях технический успех был достигнут в 100%, среди них аксиальная грыжа (1 тип) отмечена в 545 случаях, параэзофагеальная (тип 2) у 54, смешанная (тип 3) у 57, короткий пищевод был выявлен у 35 пациентов явившийся причиной рецидива ГПОД. Основными причинами развития рецидивных ГПОД без признаков короткого пищевода (35 наблюдений) явились неадекватные методики пластики диафрагмы на фоне предрасположенности к образованию грыж, сопровождавшиеся миграцией манжеты в 14 случаях, смещением манжеты проксимально на пищевод в 11 случаях и несостоятельность пластики диафрагмы в 10 случаях. Осложнений после повторных операций по поводу рецидивных грыж не отмечено. Частота рецидива ГПОД через 5 лет после первичных операций в хирургическом эндоскопическом отделении – 5%. Стоит отметить, что достоверно диагноз короткого пищевода устанавливается только интраоперационно после полноценной медиастинальной мобилизации и измерения абдоминального отдела пищевода, когда основным критерием установления диагноза является его длина менее 2,5 см при сведенных ножках диафрагмы.

Выводы Лапароскопический подход к лечению пациентов с рецидивными ГПОД и коротком пищеводе является эффективной и безопасной методикой. Вместе с тем, следует отметить, что при выполнении данного вмешательства необходимо стремиться к своевременной и/о диагностике короткого пищевода и выполнению соответствующего оперативного вмешательства, а также выполнение пластики диафрагмы с использованием сетчатых имплантов.

Ключевые слова: Рецидивная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, короткий пищевод, фундопликация, пластика диафрагмы, операция Коллиса

---

273. Эндоскопическое лечение повреждений пищевода с применением вакуумной терапии

Гасанов М.А., Гасанов А.М., Рабаданов К.М., Ярцев П.А.

Москва

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

Актуальность: Разрыв пищевода является относительно редким, но крайне опасным неотложным состоянием, характеризующимся высоким риском развития осложнений и летального исхода. До настоящего времени показатели летальности при разрывах пищевода широко варьируют в пределах от 13,3 до 80%. В последние годы наблюдается широкое внедрение минимально-инвазивных технологий в лечении повреждений пищевода, такие как клипирование дефектов в пищеводе при помощи эндоскопических клипс, применение клеевых композитов, установка саморасширяющихся металлических стентов, торакоскопическая санация средостения и плевральных полостей. Одним из современных мини-инвазивных методов является эндоскопическая вакуумная терапия (ЭВТ). Первоначально метод использовался для лечения пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов, где показала свою эффективность. Однако в настоящее время эффективность применение метода при повреждениях пищевода представлена небольшими сериями наблюдений, без четких показаний и противопоказаний, а так же статистически значимого анализа.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с повреждениями пищевода путем применения ЭВТ.

Материал и методы исследования За период с 2019 по 2022 годы анализированы результаты лечения 40 пациента с механическими повреждениями пищевода, в том числе спонтанной (23), ятрогенной (13), гидравлической (2) этиологии; перфорации инородным телом (2). Мужчин было 16, женщин – 22 в возрасте от 31 до 91 года (в среднем 65 ± 4 года). Диагностика основывалась на мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным болюсным и пероральным контрастированием, эндоскопическом исследовании. При эзофагоскопии определяли локализацию и размеры дефекта, патологическую параэзофагеальную полость. Показаниями к применению ЭВТ были поздно диагностированные повреждения пищевода (более 24 ч с момента начала патологического процесса), тяжелое состояние пациента с высоким операционным и анестезиологическим риском, развитие несостоятельности в зоне швов пищевода. Противопоказанием к применению данного метода были разрыв рубцово-суженного пищевода, трахео-пищеводный свищ, перфорация злокачественной опухоли пищевода. Перед установкой системы для ЭВТ в целях нутритивной поддержки и исключения пищевода из акта пищеварения 40 пациентам выполнена чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ), одному – установлен назогастральный зонд. Замена системы для ЭВТ проводили каждые 3–5 дней. Эффективность ЭВТ оценивали на основании динамики клинических данных, результатов МСКТ, эндоскопии и лабораторных маркеров воспаления.

Результаты Разрыв шейного отдела пищевода диагностирован у 5 пациентов, средне-грудного у 8 и нижне-грудного отдела у 27 пациентов. Длина дефекта пищевода составила от 0,3 до 5 см (в среднем 2,1 ± 1,28 см). У всех пациентов разрыв пищевода сопровождался развитием медиастинита, в том числе у 16 – в сочетании с эмпиемой плевры, что явилось показанием для видеоторакоскопической санации плевральных полостей. Средняя продолжительность применения ЭВТ составила 22±3 дня (3–56 дней). Количество замен системы для ЭВТ было от 1 до 16 (в среднем 5). Осложнений во время эндоскопических вмешательств не отмечено. У 7 пациентов (19,5%) зарегистрированы осложнения. Согласно классификации Clavien-Dindo (2004) ранние осложнения, диагностированные у двух пациентов, отнесены ко II степени Поздние осложнения выявлены у 5 пациентов и отнесены к IIIa (4) и IIIb (2) степени. В ранние сроки лечения (до 30 дней) у 2 пациентов отмечено кровотечение, в одном наблюдении источником явился гастростомический канал, в другом- аррозия сосуда средостения, не потребовавшие хирургического вмешательства. В поздние сроки (1-3 месяца) после ЭВТ у 5 пациентов отмечены осложнения. У 2 пациентов в области рубца диагностировали свищи пищевода до 0,3 см в диаметре, выполнили эндоскопическую аргоно-плазменную абляцию свищевых ходов с клиническим эффектом. У 3 пациентов диагностировали рубцовую стриктуру в зоне разрыва пищевода, что потребовало реконструктивных вмешательств. В том числе у одного пациента диагностировали одновременно свищ и стеноз нижне-грудного отдела пищевода. У 36 (90%) из 40 пациента отмечена хорошая положительная динамика, закрытие дефекта пищевода. Умерло 10 пациентов (25%). Из их числа 3 пациентов умерло в результате осложнений присоединившейся коронавирусной инфекции (COVID19). Летальный исход у других пациентов был обусловлен генерализацией гнойного процесса – 4, отеком головного мозга – 2. У 5 умерших пациентов входе лечение явления медиастинита регрессировали, дефекты в пищевода эпителизировались. У остальных 4 пациентов при аутопсии отмечено ограничение параэзофагеальной полости, развития процессов репарации в тканях.

Заключение Эффективность применения ЭВТ в нашем исследовании составила 90%. ЭВТ может быть методом выбора в комплексном лечении пациентов с повреждениями пищевода, особенно у пациентов в тяжёлом состоянии, с поздно установленным диагнозом и пожилого возраста.

Ключевые слова: повреждения пищевода, перфорация пищевода, спонтанный разрыв пищевода, медиастинит, эндоскопическая вакуумная терапия.

274. Применение гидроксиэтилдиметилдигидроп иримидина в фармакотерапии сопровождения в реконструктивной хирургии молочных желез

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

Москва

1) Военно-медицинская организация, г. Москва
2) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова МО РФ
3) ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова»

Актуальность. Частым осложнением в послеоперационном периоде при выполнении реконструктивных операций на молочной железе (МЖ) с использованием силиконовых имплантатов по поводу рака молочной железы (РМЖ) является лимфорея с формированием парапротезной серомы. Попытки совершенствования хирургической техники при реконструкции МЖ не исключают обширное повреждение тканей и оставление в сформированных полостях инородных материалов, являющихся одними из основных факторов серомообразования. Оптимизация фармакотерапии сопровождения в послеоперационном периоде после реконструктивных операций с использованием силиконового имплантата позволяет уменьшить риски серомообразования и улучшить показатели качества жизни (КЖ) пациенток.

Материалы и методы. С 2020 по 2022 гг. проведен анализ результатов лечения 75 пациенток, перенесших реконструктивные операции в ходе лечения РМЖ. В I группе (n=34, 45,3%) гидроксиэтилдиметилдигидропиримидин назначался за сутки до оперативного пособия и с 1 до 8 суток после операции по 0,5 грамм 4 раза в сутки. Во II группе (n=41, 54,7%) прием препарата не назначался. Всем пациенткам резекционный этап выполнялся в объеме кожесохранной радикальной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса. Симметризирующие операции на контрлатеральной МЖ выполнены 44 пациенткам (58,7%). Из лабораторных показателей периферической крови за сутки до операции, а также на 3, 7 и 10 сутки после операции оценивался уровень лейкоцитов, лимфоцитов, процентное соотношение лимфоцитов и нейтрофилов (ЛФ/СН), фибриногена, С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (IL-6). Анализ показателей КЖ женщин с использованием опросника MOS SF-36 позволил объективизировать эффективность приема гидроксиэтилдиметилдигидропиримидина в послеоперационном периоде. Полученные результаты. При анализе количества лейкоцитов и лимфоцитов в периферической крови накануне операции, а также на 3, 7, 10 сутки после операции не выявлено существенных различий среди пациенток обеих групп. При анализе процентного соотношения ЛФ/СН на 5–7 сутки после операции среди пациенток I группы было отмечено более значимое снижение уровня лимфоцитов (с 36,5% до 26,9%) и повышение количества сегментоядерных нейтрофилов (с 49,3% до 58,2%) по сравнению с II группой, где уровень лимфоцитов (с 35,4% до 28,5%) и сегментоядерных нейтрофилов (с 51,9% до 59,6%) изменились в меньшей степени. При оценке динамики показателей СРБ и IL-6 после операции выявлена отчетливая тенденция в виде менее выраженной воспалительной реакции у пациенток I группы, несмотря на более значимое повышение уровня IL-6 на 3–5 сутки после операции. При анализе уровня фибриногена отмечено менее значимое увеличение его показателей в острую фазу воспалительного процесса на 3–5 сутки после операции (I группа – с 3,123 г/л до 4,808 г/л, II группа – с 2,867 г/л до 5,393 г/д). Сроки удаления улавливающего дренажа уменьшились с 5,4 дней (II группа) до 2,6 дней (I группа). У 16 пациенток (21,3%) II группы потребовалось пункционное ведение парапротезной серомы в течение 14–20 дней раннего послеоперационного периода. При оценке показателей КЖ развившиеся осложнения у пациенток II группы снизили показатели физического компонента здоровья. При сравнительном анализе показателей КЖ после операции отмечаются более высокие показатели в I группе, что подтверждает эффективность приема Ксимедона с целью минимизации количества осложнений и улучшения показателей КЖ.

Обсуждение. Использование гидроксиэтилдиметилдигидропиримидина позволяет значительно уменьшить выраженность воспалительной реакции в условиях обширной травматизации тканей.

Выводы и рекомендации. Применение гидроксиэтилдиметилдигидропиримидина в реконструктивной хирургии МЖ с использованием силиконовых имплантатов позволяет оптимизировать течение раневого процесса, уменьшить длительность лимфореи и сроки удаления улавливающих дренажей, минимизировать формирование парапротезной серомы, достичь значительно лучших показателей КЖ в периоде реабилитации.

Ключевые слова: гидроксиэтилдиметилдигидропиримидин, лимфорея, серома, качество жизни.

275. Оценка эффективности лапароскопических технологий при ушивании перфоративной язвы

Абдулжалилов М.К. (1,2), Хамидов М.А. (1), Иманалиев М.Р. (1,2), Магомедов М.А. (1), Саиддибиров Ш.М. (2)

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ
2) ГБУ РД «РКБСМП» МЗ РД»

Актуальность. Одним из ведущих причин роста послеоперационной летальности при хирургическом лечении пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвой считают развитие тяжелых послеоперационных осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств в условиях прогрессирующего перитонита.

Материал и методы. В работе представлен анализ послеоперационных осложнений хирургического лечения 90 пациентов с перфоративной язвой традиционным и лапароскопическим доступами. Пациенты были распределены на контрольную (55 пациентов) и основную (35 пациентов) группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, локализации и диаметру перфорации, а также по распространенности перитонита. В контрольной группе пациентов выполняли ушивание перфорации открытым доступом одно- или двухрядными швами разными способами: ушивание перфоративной язвы по Неймарку применили у 34 (69,4%) пациентов, по Островскому – 6(12,2%) и Опелю-Поликарпову – 9 (18,4%). При лапароскопическом ушивании перфоративной язвы применили: способ Неймарка – в 18 (52,9%) случаях и узловыми эндошвами без сальника или с использованием пряди большого сальника- 16 (47,1%). Для ушивания перфоративной язвы использовали атравматический шовный материал викрил 2/0 или 3/0 в зависимости от выраженности периульцерозного воспалительного инфильтрата. При госпитализации пациентам выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, обзорную рентгенографию органов брюшной полости на наличие «свободного газа», ультразвуковое исследование брюшной полости на наличие выпота, МРТ, пневмагастрографию и ФГДС. Оценку послеоперационных осложнений проводили по классификации Clavien-Dindo. В контрольной группе пациентов послеоперационные осложнения 1 степени наблюдались в 15 (27,3%) случаях, осложнения 2 степени – у 2 пациентов (3,6%), третьей степени – 5 (9,1%), 3а степени – осложнений не было, осложнения 3в степени – 5 (9,1%), осложнения 4 степени – 3(5,5%), летальных исходов было в 2 (3,6%) случаях. В основной группе пациентов осложнения 1 степени были отмечены в 7(20,6%), второй степени – 1(2,9%), третьей степени – 3(8,6%), 3а степени осложнений не было, 3в степени – 3(8,6%), 4 степени – 2 (5,7%), летальных исходов было 2 (5,7%).

Обсуждение. Применение лапароскопического доступа при ушивании перфоративной язвы позволило снизить частоту послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo по сравнению с открытым доступом на 7,8%: первой степени – на 6,7%, второй степени – на 0,7%, третьей степени – 0,5%, 3в степени – на 0,5%, 5 степени – в 1,6 раза.

Выводы. 1.Лапароскопический доступ при ушивании перфоративной язвы позволяет снизить показатель послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo на 7,8%, а послеоперационной летальности – в 1,6 раза. 2.Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой при использовании лапароскопического доступа позволяет рекомендовать расширить показания для их широкого применения в клинической практике. 3.Прогрессирование и высокая эффективность лапароскопических технологий в современной абдоминальной хирургии требует оснащение операционных всех уровней соответствующим оборудованием и подготовка хирургических кадров.

Ключевые слова: Ключевые слова. Перфоративная язва, хирургические доступы, способы ушивания, послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo.

---

276. Клинические аспекты хирургического лечения параректальных свищей

Пугачева Е.В., Рыбачков В.В., Пугачев А.Н.

Ярославль

ЯГМУ

Актуальность: Параректальные свищи занимают от 15 до 30% в структуре колопроктологических заболеваний. При наличие большого количества оперативных методик лечения свищевых форм хронического парапроктита, до сих пор нет единого подхода к этой проблеме, а риски рецидивов составляют от 9 до 50% в зависимости от сложности формы заболевания. Интрасфинктерные и транссфинктерные свищи, захватывающие подкожную порцию анального сфинктера в 92-97% процентах случаев дают хорошие результаты, тогда как при высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных свищах риски рецидивов составляют до 50%. Анализ ведения пациентов с параректальными свищами позволяет определить наиболее эффективные малоинвазивные хирургические методики лечения на амбулаторном этапе и в условиях «стационара одного дня».

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 100 пациентов с параректальными свищами различных форм сложности за период 2018-2022гг, которые получали лечении амбула-

торно. Из них мужчин 59, женщин 41. Пациенты от 18 до 35 лет – 12 человек, от 36 до 60 лет – 70 человек, от 61 до 75 лет – 18 человек. Трудоспособное население составляет 82%. По структуре свищей: интрасфинктерные – 24%, транссфинктерные – 53%, экстрасфинктерные – 4%, неполные – 19%. Наиболее частые жалобы пациентов – дискомфорт в области ануса, периодические боли при дефекации или физических нагрузках, наличие отделяемого из перианальной области, объемное образование. У 76% пациентов отмечается наличие парапроктита в анамнезе. Из них у 15 – самопроизвольное вскрытие. Поражение передней крипты выявлено в 56 случаях, задней в 39, боковой – в 5 случаях. Длительность наличия свища от 2 недель до 15 лет, в среднем около 1 года. На амбулаторном приеме всем пациентам выполняется обследование в объеме, согласно клиническим рекомендациям, сбор жалоб и анамнеза, осмотр перианальной области, исследование анального рефлекса, аноскопия, ректороманоскопия. В качестве предоперационного обследования пациентам с транссфинктераными и экстрасфинктерными свищами назначалось МРТ малого таза. Пациентам старше 50 лет, с отягощенным анамнезом, а также в качестве дифференциальной диагностики назначалась колоноскопия, что позволило выявить 3 злокачественные опухоли толстой кишки. Сопутствующие заболевания аноректальной области: геморрой, анальная трещина, полипы прямой кишки, выявлены в 30%. Оперированы в амбулаторных условиях 69 пациентов. Местная анестезия (м/а) применялась у 40 пациентов, комбинированная тотальная внутривенная анестезия в сочетании с м/а у 29 пациентов. Методы оперативного вмешательства в амбулаторных условиях: лазерная деструкция параректального свища (FiLaC) – 4 пациента, лазерная фистулотомия аппаратом Лахта-Милон длиной волны 1470нм с вапоризацией выстилки свищевого хода – 50 пациентов, лигатурный метод лечения высоких транссфинктерных свищей – 4 пациента, операция Габриэля – 11 пациентов. Рецидивы выявлены в 3 случаях. Ни в одном наблюдении не выявлено жалоб на нарушение функции держания. Средние сроки заживления составили 28-35 дней.

Результаты и их обсуждение: Наиболее часто передняя крипта является источником формирования свища прямой кишки (56%). Показания для лечения на амбулаторном этапе: интрасфинктерные и низкие транссфинктерные свищи. Местная анестезия как вариант обезболивания может использоваться в более чем 55% случаев при низких свищах прямой кишки. При наличии высоких транссфинктерных свищей – двухэтапное лечение с использованием дренирующей лигатуры с целью укорочения и выпрямления свищевого хода. Показания для лечения в условиях стационара: экстрасфинктерные свищи, что обусловлено особенностью анестезиологического пособия и послеоперационного наблюдения.

Выводы: Корректная сортировка параректальных свищей на амбулаторном этапе с выполнением обследований, согласно клиническим рекомендациям, позволяет проводить оперативное лечение амбулаторно или в условиях «стационара одного дня».

Ключевые слова: Параректальный свищ, рецидив, амбулаторное лечение свищей, операция Габриэля, фистулотомия.

---

277. Эндоскопическое лечение пациентов с механической желтухой при опухоли Клацкина.

А.В. Качмазова, Л.Р. Тигиев, П.А.

Москва

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

Введение. Наиболее частым осложнением заболеваний гепатопанкреатобилиарнои? зоны опухолевого генеза является механическая желтуха, встречающаяся в 70-80% случаев. При этом доля внутрипротоковой хилярной холангиокарциномы составляет 0,5-2%. Наиболее частая локализация – область конфлюенса печеночных протоков – опухоль Клацкина (ОК). В настоящее время для лечения желтухи у пациентов с нерезектабельной ОК используются антеградный и ретроградный методы дренирования желчных протоков. Согласно «Национальным клиническим рекомендациям» (2018 г.), при билиарной гипертензии и расположении препятствия проксимальнее конфлюенса, антеградный чрескожно-чреспеченочный доступ является методом выбора, однако, по нашему мнению, целесообразнее применять ретроградный метод дренирования. Так же появление эндоскопической радиочастотой абляции (ЭРЧА) позволяет реканализирорвать просвет желчных протоков перед эндопротезированием.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с механической желтухой при опухоли Клацкина посредством использования ЭРЧА и эндоскопического билиодуоденального стентирования.

Материалы и методы. За период с августа 2017 года по февраль 2023 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского билиодуоденальное стентирование выполнили 250 пациентам, из них 33 пришлись на долю пациентов с ОК, которые явились материалом данного исследования. Критерием включения в исследуемую группу явилось наличие у 33 пациентов рака желчных протоков (TisN1M1), не подлежащие радикальному лечению в связи с распространенной опухолевой инфильтрацией, которым были выполнены чреспросветные хирургические вмешательства. Для определения распространения опухолевой инвазии по печеночным протокам использовали анатомическую классификацию H. Bismuth – M.B. Corlett(B). Степень тяжести механической желтухи оце-

нивали по классификации В.Д. Федорова и соавт. (2000г), легкая степень – до 100 мкмоль/л, средняя – 101-200 мкмоль/л, тяжелая степень – более 201 мкмоль/л. Алгоритм диагностического исследования включал в себя следующие инструментальные методы: трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТА УЗИ), компьютерная томография органов брюшной полости (КТ), гепатобилиосцинтиграфия, эндоскопическая ультрасонография панкреатобилиарной зоны (ЭУС). С целью морфологической верификации диагноза применяли пероральную холангиоскопию (ПХ) с помощью системы SpyGlass с прицельной биопсией. Для декомпрессии желчных протоков выполняли эндоскопическую типичную папиллосфинктеротомию, бужирование опухолевой стриктуры, реканализацию желчных протоков посредством ЭРЧА и эндопротезирование желчных протоков пластиковыми и нитиноловыми саморасширяющимися непокрытыми стентами с дополнительными перфорациями или билатеральными нитиноловыми саморасширяющимися непокрытыми билиарными стентами «Benefit» по стандартной методике. Эффективность билиододенального стентирования оценивали по следующим критериям: наличие адекватного сброса контрастного вещества в просвет кишки, уменьшение билиарной гшипертензии при ТА УЗИ, снижение уровня билирубина в биохимическом анализе крови.

Результаты. У всех 33 (100%) пациентов в биохимическом анализе крови отмечалась гипербилирубинемия: у 10 (35,7%) – средней, у 23 (69,6%) – тяжелой степени тяжести. При ТА УЗИ у 19 (57,5%) больных были выявлены признаки дилатации желчных протоков, у 4 (12,1%) – прорастание опухоли в просвет желчевыводящих протоков, у 10 (30,3%) – общий желчный проток не лоцировался. При КТ органов брюшной полости у всех пациентов было выявлено округлое, низкоплотное образование с неровными контурами в области холедоха с переходом на конфлюенс, расширение внутрипеченочных желчных протоков, кальцинацию и отдаленные метастазы. При гепатобилиосцинтиграфии во всех (100%) случаях был выявлен частичный или полный “блок” желчевыведения. При ЭУС панкреатобилиарной зоны – у всех пациентов обнаружено наличие гипоэхогенного пристеночно расположенного солидного образования с нечеткими внешними контурами общего желчного протока в области сужения, утолщение стенки, билиарную гипертензию, а также увеличение регионарных лимфоузлов. ПХ выполняли 5 (15,1%) пациентам, при которой в области конфлюенса определялась опухолевая ткань, из которой прицельно бралась щипцовая биопсия. По результатам гистологического исследования у всех была выявлена протоковая аденокарцинома различной степени дифференцировки. В качестве предварительного этапа бужирование опухолевой стриктуры было выполнено 3 (9,0%) пациентам с В IV. При I и II типах 16 (48,4%) пациентам выполняли билиодуоденальное стентирование пластиковыми стентами с дополнительными перфорациями. При IIIA типе СРС стент у 3 (9,0%) был установлен в правый долевой проток, IIIB типе 4 (12,1%) пациентам – в левый долевой проток, 10 (30,3%) больным с IV типом ОК было выполнено билатеральное билиодуоденальное стентирование бифуркационными СРС, из них 5 (15,1%) больным с целью реканализации желчных протоков предварительно выполнили ЭРЧА желчных протоков в зоне сужения под рентгенологический контролем, при которой использовалась генераторная система VIVA Combo RF и катетер с длиной абляции 11-22мм., температурой воздействия 75-80 °С мощностью 7-10 ватт, экспозицией 2 минуты. После реканализации просвет протоков в зоне сужения увеличивался до 2-4 мм, после чего выполнялось эндопротезирование. У 20 (60,6%) больных эвакуация контрастного вещества из внутрипеченочных протоков была полная в течение пяти минут, у остальных 13 (39,4%) пациентов медленный сброс контрастного вещества по стентам. У 26 (78,7%) пациента по данным ТА УЗИ, выполненных через 24 часа после оперативного вмешательства, отмечалось снижение внутрипеченочной билиарной гипертензии (в этом числе пациенты с ЭРЧА), у 7 (21,3%) больных сохранялись признаки внутрипеченочной гипертензии. После дренирующих операций у 30 (90,9%) пациентов желтуха разрешилась на 3±5,7 сутки, билирубин был снижен более, чем на 110-200 мкмоль/л. Интраоперационных осложнений не выявлено. Осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 2 (6%) больных: у 1(3%) пациента на 2-е сутки после ретроградного вмешательства отмечалась клиника желудочно-кишечного кровотечения. В экстренном порядке была выполнена эзофагогастродуоденоскопия, при которой выявили состоявшееся кровотечение из зоны ЭПСТ, не потребовавшее хирургического вмешательства (1 тип по Clavien-Dindo (2009 г.)). Так же у 1(3%) пациента произошла дистальная дислокация пластикового билиодуоденального стента, что являлось показанием к билиодуоденальному рестентированию. В 4 (12,1%) случаях наблюдался летальный исход вследствие полиорганной недостаточности, несмотря на адекватную декомпрессию желчного дерева, а 29 (87,8%) пациентов были выписаны на 8±5 сутки после ретроградного вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Заключение. По нашему мнению, чреспросветные методы эндопротезирования в сочетании с ЭРЧА расширяют показания к эндоскопическому лечению механической желтухи у пациентов с ОК и показывают высокую эффективность (90,9%) при низких показателях интра- и послеоперационных осложнений (6%), и позволяют сохранить физиологичный путь эвакуации желчи. Так же ПХ с помощью системы «SpyGlass» позволяет эффективно и безопасно осуществлять прямую визуализацию желчевыводящих путей и осуществлять забор материала для морфологической верификации диагноза.

Ключевые слова: Опухоль Клацкина, саморасширяющийся стент, билатеральное стентирование, «SpyGlass», ЭРЧА

278. Преимущество эндоскопических методик в лечении пациентов с дивертикулом Ценкера

Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Бадахова А.Б.

Москва

ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А.В. Вишневского

Актуальность Дивертикул Ценкера, это патологическое мешковидное выпячивание задней стенки глоточного конца пищевода через треугольник Киллиана, которое считается потенциально слабой зоной. В последнее десятилетие с развитием современной оперативной эндоскопии подходы к лечению пациентов с дивертикулом Ценкера претерпели изменения в сторону использования минимально инвазивных эндоскопических методик.

Материал и методы В центре хирургии им. А.В. Вишневского в последнее время проходили обследование и лечение 143 пациентов с дивертикулом Ценкера. Всего выполнено 122 эндоскопических операций. Еще 21 пациент с дивертикулом Ценкера находятся под наблюдением в виду не выраженности клинической симптоматики или наличия конкурентных заболеваний. В 116 наблюдениях по поводу дивертикула Ценкера выполнена эндоскопическая крикофарингоэзофагомиотомия. Из них у 5 пациентов эндоскопическая миотомия выполнена в связи с рецидивом после хирургической дивертикулэктомии. Ранее (2011 – 2012 гг.), еще в 6 наблюдениях, использованы ригидные эндоскопические методы лечения – дивертикулоэзофагостомия с использованием дивертикулоскопа «Weerda» и сшивающего аппарата «EndoGIA 30». После крикофарингоэзофагомиотомии всем пациентам выполнялось закрытие подслизистого слоя при помощи клипс с целью профилактики возможных осложнений (успешно в 94,2% наблюдении), а у оставшихся 7 пациентов (5,8%) попытки клипирования не выполнялись в связи с невозможностью сведения краев слизистой из-за больших размеров дефекта. Полученные результаты Во всех 122 наблюдениях технический успех был достигнут в 100%, однако отмечены осложнения в 2 наблюдениях в виде послеоперационного кровотечения (1,6%), у пациентов находящихся на антикоагулянтной терапии. В 5 наблюдениях с рецидивными дивертикулами Ценкера после открытых операций во время вмешательства были отмечены стриктуры пищевода локализующиеся дистальнее дна дивертикула в области ранее наложенных скрепочных швов. Отдаленные результаты: резидуальные дивертикулы отмечены в 4 наблюдениях (3,2%), когда на начальном этапе не выполнялась полноценная крифарингоэзофагомиотомия, что потребовало повторных эндоскопических вмешательств в объеме полноценной миотомии крикофарингеальной мышцы до дна дивертикула с переходом на верхнюю треть пищевода с устранением его гипертонуса.

Обсуждение Не смотря на высокую частоту послеоперационных осложнений и рецидивных случаев все еще применяются открытые хирургические вмешательства при дивертикулах Ценкера. Раньше при крупных размерах дивертикула Ценкера методом выбора считались высокотравматичные хирургические вмешательства, однако с накоплением большого опыта эндоскопического лечения пациентов с глоточно-пищеводным дивертикулом в качестве альтернативы открытым хирургическим дивертикулэктомиям все чаще рассматриваются минимально инвазивные методы операций. Основным минимально инвазивным методом в лечении пациентов с дивертикулом Ценкера является эндоскопическая пероральная крифарингоэзофагомиотомия. Принцип этой методики заключается в выполнении миотомии включающей рассечение крикофарингеальной мышцы, мышечных слоев пищевода до дна дивертикула и дистальнее на 2 см с последующим закрытием подслизистого слоя с целью профилактики возможных осложнений. Невыполнение полноценной миотомии при открытых операциях является причиной рецидивов в 100% случаев.

Выводы и рекомендации Эндоскопический подход к лечению пациентов с глоточно-пищеводными дивертикулами является оптимальной, современной методикой и предпочтительной альтернативой хирургическим дивертикулэктомиям. Бесспорными преимуществами данной методики являются прекрасный функциональный результат, а также низкий уровень осложнений, короткий послеоперационный период с быстрым возвращением пациентов к привычному образу жизни без необходимости проведения длительной реабилитации. Вместе с тем, следует отметить, что выполнение данных вмешательств возможно только в специализированных центрах с высоким уровнем специалистов и наличием необходимого оборудования.

Ключевые слова: Дивертикул Ценкера, треугольник Киллиана, эндоскопическая крикофарингоэзофагомиотомия, рецидивный дивертикул Ценкера

---

279. Виды эндоскопических операций при различных типах аденом БСДК

Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д.

Москва

ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А.В. Вишневского

Актуальность Не смотря на доброкачественный характер аденом БСДК, высокая частота малигнизации – 7,7% по нашим данным определяет показания к их удалению. С развитием современной оперативной эндоскопии и накоплением колоссального опыта в лечении опухолей БСДК подходы к операциям претерпели изменения с

приоритетом использования минимально инвазивных внутрипросветных методов. Спектр внутрипросветных операций при аденомах БСДК представлен папиллэктомией, резекцией БСДК (при необходимости с резекцией слизистой ДПК), РЧА или высокочастотной электрохирургической абляцией.

Материал и методы В нашем центре за последние 10 лет проходили обследование и лечение 104 пациента с опухолями БСДК. Всего выполнено 89 эндоскопических операций. Из них в 8 случаях в ходе морфологического исследования удаленной опухоли выявлена аденокарцинома, в связи с чем, они были направлены на открытые операции. Еще 15 пациентов с аденомами низкой степени дисплазии находятся под наблюдением в виду наличия конкурентных заболеваний. У 48 пациентов аденомы находились в пределах БСДК, без распространения на стенки ДПК. В данных наблюдениях аденомы удалены методом резекции БСДК: 35–единым блоком, 13–пофрагментно. Еще в 22 наблюдениях отмечено латеральное распространение аденомы на стенки ДПК, в результате чего в данных случаях резекция БСДК была дополнена резекцией слизистой ДПК. В 11 наблюдениях выявлено внутрипротоковое распространение аденомы. Из них в 9 наблюдениях папиллэктомия дополнена высокочастотной электрохирургической абляцией. В 2 случаях применена методика внутрипротоковой РЧА. Всем пациентам выполнялась попытка стенирования ГПП с целью профилактики панкреатита (успешно в 91% наблюдении), а у оставшихся 8 пациентов (9%) попытки стентирования были приостановлены в связи с невозможностью визуализации устья ГПП при инструментальном его поиске и высоком риске перфорации стенки ДПК. Полученные результаты Во всех 81 наблюдениях технический успех был достигнут в 100%, однако отмечена частота осложнений в 12 наблюдениях (14,8%): панкреатит в 5 случаях (6,1%), панкреонекроз в 2 наблюдениях (2,4%), кровотечение в 3 случаях (3,7%) и в 2 случаях перфорация стенки ДПК (2,4%). В 15 (18,5%) наблюдениях вмешательство было завершено установкой пластиковых стентов в ОЖП с целью предотвращения развития стриктур. Отдаленные результаты: рецидивные аденоматозные разрастания отмечены в 12 наблюдениях (14,8%), что потребовало повторных эндоскопических вмешательств в объеме петлевой резекции резидуальных аденом и высокочастотной электрохирургической абляции. Из них у 10 пациентов в ходе динамического наблюдения в течение 2 – 7 лет рецидивных случаев не выявлено. На основании этого опыта нами разработано классификационное типирование опухолей БСДК, которое позволяет определять выбор оптимального способа лечения.

Обсуждение В настоящее время использование классификации новообразований БСДК, учитывающая размер, характер роста опухоли в пределах БСДК и за его пределами, степень распространения на стенки ДПК, ОЖП и ГПП, позволяет четко очертить показания к выбору того или иного вида эндоскопического, а также хирургического методов вмешательства. Таким образом, проблема выбора метода оперативного вмешательства при папиллярных аденомах была решена внедрением в клиническую практику эндоскопического типирования аденом. Использование такого подхода позволит сократить частоту осложнений и персонально в зависимости от типа опухоли определить характер и объем операции.

Выводы и рекомендации На основе современных методов диагностики и эндоскопического классификационного типирования новообразований БСДК, мы разработали алгоритм выбора характера и способа (способов) удаления аденом БСДК в зависимости от распространения опухоли на стенки БСДК, ОЖП и ГПП. Данный подход позволит специалистам четко определять тактику ведения пациентов с опухолями БСДК.

Ключевые слова: Аденома БСДК, эндоскопические операции, папиллэктомия, внутрипротоковая радиочастотная абляция, папиллярные опухоли

---

280. Развитие хирургии в Саратове в 60-е – 90-е годы XIX века

Завьялов А.И.

Москва

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Активная хирургическая деятельность врачей в Саратове началась в 1861 г. после открытия хирургического отделения в специально построенном здании губернской больницы. Сохранившиеся архивные материалы, протоколы заседаний Физико-медицинского общества и годовые отчеты хирургических отделений Саратовской губернской и городской больниц позволяют воссоздать научно-практическую и общественную деятельность хирургов в 60-е ? 90-е годы XIX века. В этот период в Саратове работали 8 хирургов. Одним из первых оперирующих хирургов в Саратове был старший врач Саратовской губернской больницы, доктор медицины Л.Я. Крассовский (1821–1898) – выпускник Медико-хирургической академии, по окончании которой служил врачом на корабле «Лефорт», где, помимо лечебной деятельности, занимался научно-исследовательской работой и выполнением докторской диссертации на тему: «Новый способ лечения рожистого воспаления». С 1862 по 1873 гг. он работал в Саратовской губернской больнице. За время работы в Саратове он выполнил более 100 операций по удалению катаракт и 375 камнесечений. Кроме того, он ввел в практику больницы вскрытие умерших пациентов. В 1874 г. Саратовскую губернскую земскую больницу возглавил опытный хирург и умелый организатор доктор медицины

Э. К. Розенталь (1834–1897) – выпускник медицинского факультета университета Св. Владимира (Киев), работавший до этого старшим врачом в Пензенской губернской больнице. Э.К. Розенталь являлся пионером по внедрению метода антисептики в хирургическую практику, а в дальнейшем асептики, что позволило ему выполнять широкий спектр полостных операций и снизить послеоперационную летальность. Более 20 лет Э.К. Розенталь являлся председателем Физико-медицинского общества Саратова, где выступал с 40 докладами по актуальным вопросам хирургии и онкологии. В.И. Лисянский (1860–1919) – выпускник медицинского факультета университета Св. Владимира, по окончании которого обучался в ординатуре в хирургической клинике известного проф. А.Х. Ринека. Под его руководством были сделаны 5 резекций кишки при грыжах, ставшие материалом для написания докторской диссертации на тему: «Резекция кишок при ущемленной грыже». В.И. Лисянский работал земским врачом в Петровском уезде Саратовской губернии, где активно занимается лечебной и научной работой. С 1894 по 1919 гг. В.И. Лисянский работал хирургом в губернской земской больнице Саратова. Им были опубликованы статьи, посвященные оперативному лечению эхинококка печени, непаразитарных кист, резекции нервов и болезней лимфатических желез шеи. Он предложил лоскутный разрез с перевязкой кивательных мышц, позволявший обеспечить широкий доступ хирургу к операционному полю. Весомый вклад в развитие хирургии в 80–90-е гг. XIX века внес А.М. Тринитатский (1851–1901) – старший хирург Саратовской городской больницы. Он успешно проводил следующие операции: резекция колена, высокое камнесечение, удаление новообразований. А.М. Тринитатский принимал активное участие в работе Физико-медицинского общества, где выступил с докладом «Отчет по хирургическому отделению городской больницы за 1884–1886 гг.», в котором обратил внимание на массовое распространение рожистого воспаления, а также продемонстрировал больного с аневризмой дуги аорты. В 90-е годы среди хирургов Саратова выделялся молодой, талантливый хирург городской больницы ? А.Н. Сахаров (1865–1936), находившийся в числе лучших учеников проф. Н.В. Склифосовского. А.Н. Сахаров являлся в числе первых хирургов Саратова кто начал производить операцию при стенозах привратника желудка. Таким образом, несмотря на небольшое количество хирургов, работавших в Саратове во второй половине XIX века, за короткий период своей деятельности они внесли большой вклад в развитие хирургии в регионе, оказание медицинской помощи населению и содействовали введению в повседневную практику хирургов антисептического, а затем асептического методов лечения ран.

Ключевые слова: история хирургии, хирургия в Саратове, хирургия XIX в.

---

281. Хирургическое лечение хронического парапроктита в амбулаторных условиях

Речкалов А.А., Шнейдер В.Э., Соколова В.В., Махнёв А.В., Янин Е.Л., Низамов Ф.Х.

Тюмень

ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России

Актуальность. Хронический парапроктит, является одним из распространенных заболеваний в колопроктологии, где после хирургического лечения нередко возникают рецидивы заболевания (требующие повторных операций). Также необходим длительный прием анальгетиков в послеоперационном периоде и пребывании на листке нетрудоспособности.

Цель работы. Проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с хроническим парапроктитом в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Был проведен анализ амбулаторных карт 13 пациентов с диагнозом – хронический парапроктит прооперированных в амбулаторных условиях (дневного стационара) Университетской многопрофильной клиники ТюмГМУ в 2019, 2021, 2022 и 2023 годах. Полученные результаты. Среди 13 пациентов было 8 лиц мужского пола и 5 женского. Возраст мужчин был от 30 до 68 лет, средний возраст 46 лет. У женщин возраст был от 39 до 63 лет, средний составил 47 лет. Анамнез заболевания у мужчин составил от 1 до 3 месяцев, средний период 1.9 месяца. У женщин анамнез колебался от 1 до 6 месяцев, в среднем 3.1 месяца. Среди мужчин у 7 было самостоятельное вскрытие свища. У одного было дренирование в стационаре. Среди женщин у 2 было самостоятельное вскрытие свища, у 3 дренирование в стационаре. Свищевой ход шел у лиц мужского пола в 3 случаях интрасфинктерно, в 5 транссфинктерно. У женщин в 3 – интрасфинктерно, в 2 – транссфинтерно. Протяженность свищевого хода у мужчин была от 1.5 см. до 4.5см., средняя составила 2.0 см. У женщин протяженность была от 1.0см. до 4.5 см., в среднем 2.0 см. Локализация наружного отверстия свищевого хода, в 6 случаях была на 6 часах, в 2 на 5 часах, в 2 на 7 часах, по 1 случаю на 2, 4, 12 часах. Операция (иссечение свищевого хода, с дозированной сфинктеротомией при транссфинктерных свищах) выполнялась под местной анестезией (0.5% раствор лидокаина или 0,2% раствор ропивокаина) в амбулаторных условиях. Раневой дефект не ушивался, заживление шло вторичным натяжением. Проводились перевязки с мазью левомеколь или с метилурациловой мазью до заживления ран. Пациенты (в период заживления ран) приходили раз в 7 дней на осмотр оперирующего доктора. В послеоперационном периоде потребовалось назначение анальгетиков у мужчин от 1 до 2 дней в 6 случаях, у женщин от 1 до 5 дней в 4 случаях. У 3 пациентов назначение анальгетиков не потребовалось. Выдача листка нетрудоспособности была у 5 пациентов

(сроки нетрудоспособности были от 7 до 20 дней). Заживление ран у мужчин было от 35 до 60 дней, в среднем 46 дней. У женщин заживление было от 30 до 65 дней, в среднем 45 дней. Рецидив заболевания был отмечен в 1 случае у мужчины.

Обсуждение. Таким образом, после иссечения свищевого хода при интра- и трансфинктерных свищах и ведении послеоперационных ран открытым способом, не у всех пациентов требует назначения анальгетиков или требуется их кратковременное назначение. Лишь у 30% пациентов есть необходимость в выдаче листка нетрудоспособности, но также на кратковременный период, в среднем 14 дней. Процент рецидива после иссечения свища составил 7%.

Выводы и рекомендации. Хирургическое лечение пациентов с хроническим парапроктитом (интра- и трансфинктерными свищами) можно рекомендовать в амбулаторных условиях под местной анестезией при протяженности свищевого хода от 1.0 до 4.5 см. Заживление послеоперационных ран вторичным натяжением способствует снижению риска рецидива заболевания, не требует длительного приема анальгетиков и длительного пребывания на листке нетрудоспособности.

Ключевые слова: Амбулаторное лечение. Хронический парапроктит. Местная анестезия.

---

282. Применение цианоакрилатного клея для фиксации сетчатого эндопротеза при герниопластиках методом IPOM: краткосрочные результаты

Потапов П.А. (1), Белоусов А.М. (2), Чудных С.М. (1), Армашов В.П. (3)

Москва

1) ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ
2) ФГБОУ ВО «СПбГУ»
3) ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Цель исследования. Провести предварительную оценку результатов применения цианоакрилатного хирургического клея для фиксации сетчатого эндопротеза при лапароскопических герниопластиках методом IPOM.

Материалы и методы. В исследование включены 20 человек с первичными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Возраст составил 60,2±10,2 года, ИМТ – 30,9±4,3 кг/м2, площадь грыжевых ворот – 15,8±10,1 см2. Все оперативные вмешательства выполняли лапароскопическим способом по методике IPOM+ с установкой эндопротеза Реперен. В исследуемой группе (10 человек) фиксацию импланта производили с помощью хирургического клея Glubran 2 с дополнительной степлерной фиксацией. В группе сравнения (10 человек) сетчатый эндопротез фиксировали только герниостеплером. Во время нахождения в стационаре ежедневно оценивали выраженность болевого синдрома по шкале NRS и длительность госпитализации, через 1 месяц – выраженность болевого синдрома, количество рецидивов и осложнений, наличие спаек и других изменений в зоне установки импланта по данным УЗИ.

Результаты. Между показателями в исследуемой и контрольной группах выявлены отличия в выраженности боли с максимальной разницей по медиане на 2 сутки (4,0 [4,0 – 4,0] против 6,0 [5,25 – 6,75], p=0,002), 4 сутки (3,0 [2,25 – 3,0] против 5,0 [3,25 – 5,75], p=0,022) и через месяц после операции (0,0 [0 – 0] против 1,5 [1,0 – 2,0], p<0,001), а также по количеству использованных степлерных фиксаторов (6,6±1,0 против 22,0±3,0, p <0,001), сроку пребывания в стационаре (3,0 [3,0 – 4,0] против 5,0 [4,2 – 5,8], p=0,002). Нами была выявлена прямая связь между количеством использованных фиксаторов и выраженностью болевого синдрома (p=0,009). Рецидивов, клинически значимых реакций и осложнений при наблюдении в течение 1 месяца не отмечено. При УЗИ через 1 месяц спаек или других изменений, требующих наблюдения и лечения, не выявлено.

Заключение. Краткосрочные результаты показали, что клеевая фиксация эндопротеза при IPOM пластиках является эффективной и безопасной, уменьшает выраженность болевого синдрома и позволяет сократить длительность госпитализации пациента.

Ключевые слова: Лапароскопическая герниопластика IPOM Методы фиксации Клеевой метод фиксации Хирургический клей Цианоакрилатный клей

---

283. Опыт профилактики стернальных осложнений и методы их лечения

Шевченко А.А. (1,2.4), Топалов К.П. (1,4), Кобзев Е.Е. (3), Кашкаров Е.А. (1), Россейкин Е.В. (2,3), Воронов А.В. (4), Жила Н.Г (5).

Хабаровск,
2. Санкт-Петербург

1) КГБУЗ «Краевая клиническая больница №1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ Хабаровского края,
2) ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России,
3) ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ РФ,
4) КГБОУ ДПО ИПКСЗ,
5)ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Актуальность: За период с 2005 по 2022гг. в отделении торакальной хирургии Краевой клинической больницы №1 им. проф. С.И. Сергеева МЗ Хабаровского края пролечено 196 человек с воспалительными осложнениями трансстернального доступа, включающие поверхностную инфекцию, послеоперационный остеомиелит грудины и стерномедиастинит. С 2010г. в связи с открытием Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии в Хабаровске (ФЦССХ) количество больных увеличилось, что привело поиску и разработке систематизированного метода лечения инфекционных осложнений трансстернального доступа. С 2019г. в ФЦССХ внедрена система профилактики осложнений, основанная на методике элиминации стернальной инфекции, способствующая снижению количества больных с послеоперационными осложнениями.

Цель исследования: Проанализировать эффективность внедренной системы профилактики осложнений, основанной на методике элиминации стернальных осложнений. Изучить сопутствующую соматическую патологию у пациентов с воспалительными осложнениями.

Материалы и методы: Ведущими факторами в профилактике развития послеоперационных осложнений явились: исключение йодсодержащих растворов, сохранение связи мечевидного отростка с окружающими тканями, исключение воска для гемостаза, проведение скелетизации внутренней грудной артерии при формировании шунта, ушивание грудины Z-образными швами из монопроволоки USP7, ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде. Проведен анализ патологии пациентов с воспалительными осложнениями в отделении торакальной хирургии ККБ №1 двух четырехлетних периодов, до применения профилактики стернальных осложнений при кардиохирургических операциях (2015-2018 года) и после начала применения методики (2019-2022 года). Проанализирована соматическая патология пациентов, поступивших в отделение торакальной хирургии. Полученные результаты: В первый период времени в ФЦССХ выполнено 3335 операций трансстернальным доступом, с 2019 по 2022год проведено 3494 операций. Соотношение соматической патологии на одного пациента с инфекционным осложнением в первый период составило 1,5 во втором периоде 2,2. Частота сахарного диабета у пациентов, влияющего на метаболизм в тканях по периодам имел тенденцию к снижению с 0,46±0,114 до 0,36±0,104 ($t=1,69$, $p>0,05$). При анализе группы патологий, приводящих к гипоксии тканей (хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая почечная недостаточность, ожирение, фибрилляция предсердий) также отмечена тенденция к снижению частоты с 2,28±0,26 до 1,80±0,23 ($t=1,39$, $p>0,05$). Анализируя процент осложнений в целом отмечается достоверное снижение с 2,04±0,24 до 1,03±0,17 ($t=3,38$, $p<0,001$).

Выводы: Пациент, подвергающиеся кардиохирургическим вмешательствам имеют серьезный коморбидный фон сопутствующей патологии, что значительно ухудшает течение послеоперационного периода и заживление раны грудной клетки. Использование системы профилактики стернальных осложнений при выполнении операций на сердце трансстернальным доступом позволяет снизить вероятность воспалительных осложнений с 2,04±0,24 до 1,03±0,17 ($t=3,38$, $p<0,001$).

Ключевые слова: Кардиохирургические операции, послеоперационные осложнения, стерномедиастинит, остеомиелит грудины, профилактика

---

284. О целесообразности антибактериальной терапии при асептическом панкреонекрозе

Рыбачков В.В., Шульгина М.А., Гужков О.Н., Дубровина Д.Е.

Ярославль

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшегообразования «Ярославский государственный медицинский университет» МинздраваРоссии

Актуальность: Частота острого панкреатита неуклонно возрастает. Летальность от инфицированных форм панкреонекроза в позднюю фазу заболевания остаётся довольно высокой и имеет тенденцию к увеличению. Вопрос упреждающего лечения с целью профилактики инфицирования остается открытым.

Материалы и методы: Проведен анализ 274 больных с деструктивным панкреатитом за 6 лет (с 2017 по 2022 год). Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке. Среди обследованных мужчин было 167 (61%), женщин – 107 (39%). Средний возраст составил

54,5 лет (от 23 до 94 лет). Чаще встречались лица трудоспособного возраста – 178 (65%) человек. В зависимости от поставленных задач все пациенты были разделены на 2 периода. В первом периоде наблюдалось 195 больных, во втором 79. Диагноз панкреонекроза ставился на основании клинических данных, данных ультразвукового исследования, лапароскопии. В первом периоде наблюдений антибактериальная терапия практически не применялась. Во втором периоде антибактериальная терапия применялась с момента поступления в отделение интенсивной терапии. В основном применялись антибиотики резерва: Имипенем, Меропенем, Ванкомицин, Тиенам в соответствующих дозах, начиная с 1-3 дня пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии. При ретроспективном исследовании течение септического панкреонекроза в дальнейшем привело к развитию парапанкреатического инфильтрата в 126 (65%) случаях, гнойного оментобурсита в 20 (10%), гнойно-некротического панкреатита в 49 (25%) случаях. Летальность составила 47 (24%) человек. Во 2 периоде наблюдений после применения антибактериальной терапии частота вариантов течения асептического панкреонекроза была следующей: количество парапанкреатических инфильтратов составило 57 (72%) случаев или увеличилось на 11% по сравнению с 1 периодом наблюдений. В тоже время частота гнойного оментобурсита и гнойно-некротического панкреатита уменьшилась и наблюдалась соответственно в 6 (8%) и в 16 (20%) случаев или уменьшилась в 1,25 раза по сравнению с аналогичными показателями первого периода наблюдений. На основании спектра проведенных исследований в первые трое суток с момента развития асептического панкреонекроза клиническими критериями для назначения упреждающей антибактериальной терапии явились: оценка тяжести больных по шкале SAPSII, объем экссудата при лапароскопической санации, уровень лейкоцитарного индекса интоксикации, а также концентрация в плазме крови токсических соединений промежуточного метаболизма (альдегиды, этанол, ацетон, метилизоцианид, триметиламин). Для уточнения вариантов клинического течения асептического панкреонекроза за последнее время было использовано генетическое тестирование с использованием генов: ADH1B, CYP2C19*2, CYP2C19*3. Полученные результаты и обсуждение:

Результаты проведенных исследований дают основание считать, что использованные клинические критерии могут являться критериями для прогнозирования течения асептического панкреонекроза. В случае возможного развития гнойного оментобурсита и гнойно-некротического панкреатита антибактериальная терапия в ранние сроки с момента развития панкреонекроза (1-3 сутки) должная быть обязательной. Предпочтение следует отдавать антибиотикам резерва. В дальнейшем это позволяет уменьшить частоту осложненных деструктивных форм инфицированного панкреонекроза и улучшить результаты лечения.

Выводы и рекомендации: Клинические и метаболические критерии позволяют прогнозировать варианты течения асептического панкреонекроза. Применение антибактериальной терапии способствует снижению частоты гнойно-некротических вариантов течения заболевания.

Ключевые слова: Панкреонекроз, течение, антибиотикопрофилактика.

---

285. Новые тенденции в лечении ахалазии кардии: стандартная лапароскопическая кардиомиотомия по геллеру в сочетании с гидропрепаровкой тканей пищевода

Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2), Овчинникова У.Р. (2), Галлямов Э.А. (1,2)

Москва

1) МНОЦ МГУ,
2)ПМГМУ

Актуальность. Согласно данным мировой литературы на 2022 г., ежегодная частота заболеваемости ахалазией кардии составляет в среднем 1 – 2 на 100000 человек. Хирургическое лечение остается единственным эффективным методом, демонстрируя высокий потенциал коррекции функциональных нарушений. В качестве наиболее грозных осложнений традиционной методики рассматривается рассечение слизистой оболочки пищевода с развитием гнойно-септических реакций. Современные подходы к лечению позволили оптимизировать хирургическую технику. К одним из наиболее эффективных способов – выполнение гидропрепаровки подслизистого слоя пищевода с целью создания водной «подушки», для безопасного выполнения эзофагокардиомиотомического разреза, что позволяет минимизировать риск повреждения слизистой оболочки пищевода и контаминации брюшной полости содержимым просвета пищевода.

Цель. Сравнение интраоперационных, ранних и отдалённых послеоперационных результатов лапароскопической эзофагокардиомиотомии в модификации Геллера с передней фундопликацией в модификации Дора и задней парциальной фундопликацией с задней круророфией с аналогичной методикой, дополненной выполнением гидропрепаровки тканей пищевода, в лечении пациентов с первичными формами ахалазии кардии.

Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 69 с диагнозом «ахалазия кардии», находившихся на лечении с 2018 по 2022 год в ГБУЗ ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ. В контрольную группу со стандартной методикой вошло 58 пациентов, в группу сравнения с использованием гидропрепаровки вошло 11 пациентов.

Соотношение мужчин и женщин составило 16(27,59%) и 42(72,41%) в контрольной группе, в группе сравнения – 5(45,45%) и 6(54,55%)(p=0,182/0,169), средний возраст-45,55vs44,18лет (p=0,13), средний ИМТ составил 22,7vs25,2кг/м2(p=0,175), средний индекс ASA (American Society of Anesthesiologists), составил 1,86vs2,36(p=0,11). Средние значение по степеням составила 2,45 в контрольной группе, в группе сравнения средняя степень составила 3,18(p=0,038). Стадия заболевания определялась на основании рентгенографии пищевода с контрастированием и эзофагогастроскопии. При оценке клинической выраженности симптомов ахалазии кардии в дооперационном и послеоперационном периоде использовали шкалу Eckardt Score. Послеоперационные проявления ГЭРБ были оценены по шкале GERD-Q. Средний балл по шкале Eckardt до операции составил 8,81vs8,18 баллов соотвественно(p=0,117).

Результаты. Среднее время операции в контрольной группе составило 106,6мин., в группе сравнения-127,-3мин.(p=0,27), кровопотеря составила 19,7vs20,4мл. (p=0,127), послеоперационный койко-день составил 4,91vs4,09(p=0,020). Интраоперационные осложнения были выявлены у 11(18,97%) пациентов в виде ранении слизистой пищевода и у 1(1,72%) в виде вскрытия плевры, формирования карбокситоракса в контрольной группе, в группе сравнения интраоперационные осложнения отсутствовали(p<0,05). Дефект слизистой ушивался интраоперационно. Ранение медиастинальной плевры было ушито, газ из плевральной полости эвакуирован. Послеоперационное осложнене по Clavien-Dindo>IIIb присутствовало у 1-го пациентов контрольной группы, пациенту была выполнена релапароскопия. При контрольном осмотре признаков дисфагии в послеоперационном периоде не было выявлено в обеих группах. Средний балл по Eckardt после выписки составил 1,9vs1,45(p=0,157), при опросе через 3 месяца – 0,98vs0,36 соответственно(p=0,142). Учитывая данные анкетирования GERD-Q в послеоперационном периоде, средний балл после операции 2,0vs.0,82 соответственно(p=0,109).

Выводы. Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору с гидропрепаровкой позволяет достичь наименьшее количество интраоперационных осложнений в виде перфорации слизистой пищевода при выполнении эзофагокардиомиотомии. Данная методика показала статистически достоверные результаты сокращения послеоперационного к/д, а также отсутствием интраоперационных осложнений.

Ключевые слова: ахалазия кардии, нижний пищеводный сфинктер, кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору, гидропрепаровка тканей

---

286. Вариация повторных антирефлюксных операций при рецидивах грыж пищеводного отверстия диафрагмы в зависимости от вида рецидива

Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2), Овчинникова У.Р. (2), Галлямов Э.А. (1,2)

Москва

МНОЦ МГУ (1),
ПМГМУ (2)

Введение. Основанием для выполнения повторной операции могут выступать следующие причины: рецидив грыжи (сопровождающийся клиническим рецидивом ГЭРБ или появлением новой клинической симптоматики), феномен «телескопа», миграция или несостоятельность фундопликационной манжеты, сдавление пищевода в области гастроэзофагеального перехода извне, а также клинический рецидив ГЭРБ.

Цель исследования – анализ причин повторных антирефлюксных вмешательств и, в зависимости от выявленной причины, результатов оперативного лечения в зависимости от оперативной техники при повторной операции.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2021 года в ЦКБ ГА, ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого», МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова большим коллективом хирургов было выполнено 156 повторных антирефлюксных вмешательств. В период с 2008-2022г. большим коллективом хирургов было выполнено 156 повторных антирефлюксных вмешательств. В исследование были включены пациенты, проходившие лечение в объеме лапароскопической рефундопликации. Средний балл опросника GERD-HRQL составил 28±5.67. Документально, в качестве первичной антирефлюксной операции в 118(75.64%) случаях выступала фундопликация по Ниссену, в 29(18.59%) – Тупе и в 9(5.77%) случаях – по Черноусову.

Результаты и обсуждения. У 75(48%) пациентов поводом для выполнения рефундопликаций являлся рецидив грыжи, у 33(21%) – феномен «телескопа», у 28(18%) – несостоятельность манжеты, у 9(6%) – сдавление пищевода в области гастроэзофагеального перехода извне (за счёт гиперфункции манжеты или использования сетчатого протеза), у 11(7%) – клинический рецидив симптомов ГЭРБ без установленной анатомической причины. При рецидиве грыжи ход операции включал восстановление абдоминальной позиции пищевода, заднюю крурорафию у 63(84%) пациентов, сочетанная передняя крурорафия у 12(16%) пациентов. Разобрана старая и сформирована новая манжета по short-floppy-Nissen у 66(88%) пациентов, по Nissen-Rossetti – 5 (%), по Тупе – 4(6%). При феномене «телескопа» выполнена ревизия первоначальной манжеты, ее «демонтаж», формирование новой манжеты: по short-floppy-Nissen у 28(85%) пациентов, по Тупе у 5(15%). Операция дополнялась

задней крурорафией у 9(27%) пациентов. При несостоятельности манжеты во всех случаях выполнялась ревизия имеющейся деформированной манжеты и перевод ее в short-floppy-Nissen. При необходимости выполняли заднюю крурорафию у 7 (25%) пациентов. При сдавлении пищевода в области гастроэзофагельного перехода сетчатым имплантом или при гиперфункции манжетки во время операции был выявлен спаечный процесс в верхних отделах брюшной полости с рубцовым перипроцессом в области сформированной манжеты. Пациентам выполняли ревизию манжеты, формирование новой по Ниссену, снятие сетки при наличии. У пациентов с рецидивом ГЭРБ без видимых изменений первоначальной манжеты интраоперационно было отмечено, что фундопликационная манжета наложена неверно (провальная фундопликация), т.е. сформирована из стенки тела желудка, а не из стенки дна желудка. Выполнен разбор старой и формирование новой по short-floppy-Nissen. Среднее время операции составило 109.76 мин., средняя кровопотеря – 113.54 мл. Интраоперационные осложнения наблюдались у 24(15%) пациентов. Отдаленные результаты (12 месяцев) удалось отследить у 120 (67%) пациентов. Среди них 105 (88%) пациентов не предъявляли жалоб в позднем послеоперационном периоде. При этом все эти пациенты отметили улучшение после повторной операции. Средний балл опросника GERD-HRQL через 12 месяцев после операции составлял 3±0.9.

Вывод. Повторные антирефлюксные операции представляют значительную трудность для оперативного лечения, что обусловлено рядом факторов. Критически необходима выработка стандартизированного подхода к ведению пациентов с первичной ГПОД, так как последующие антирефлюксные вмешательства требуют чрезвычайно высокого уровня подготовки операционной бригады и несут значительно большие риски для пациента.

Ключевые слова: лапароскопическая рефундопликация, рецидив ГПОД, провальная фундопликация

---

287. Технические особенности и результаты антирефлюксных операций при сохранении аберрантной левой печеночной артерии

Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2), Бурмистров А.И. (3), Галлямов Э.А. (1,2)

Москва

МНОЦ МГУ, ПМГМУ, НМИЦХ

Введение. Согласно литературным данным, аберрантная левая печеночная артерия (ЛПА) обнаруживается у 3–34% пациентов. Наличие аберрантной артерии создает дополнительные трудности в хирургической технике при операциях по поводу ГПОД, ограничивая и без того узкое пространство зоны пищеводного отверстия диафрагмы и кардиоэзофагельного перехода. При подготовке пациента в стандартный объём исследований не входит оценка печёночного кровотока, но интраоперационная картина в 15% случаях показывает большой диаметр этой артерии, схожий с диаметром левой желудочной, что может быть значимым в артериальном кровотоке печени. На наш взгляд имеет смысл сохранения данного сосуда для профилактики нарушений артериального печёночного кровотока. В свою очередь, оценкой значимости печёночного кровотока через эту артерию – является вектором будущих исследований. В стандартную технику фундопликации не входит сохранение данного сосуда, что, по нашему мнению, является малоизученным.

Материалы и методы. В период с 2017-2022 год авторами было выполнено 557 фундопликаций по поводу ГПОД. В исследование был включен 61 пациент, проходивший лечение в объеме лапароскопической фундопликации по Ниссену с крурорафией, у которых наблюдалась аберрантная ЛПА интраоперационно. В качестве антирефлюксного механизма всем пациентам выполнялась модифицированная фундопликация по «short floppy» Nissen.

Результаты. Первым этапом операции является частичное пересечение малого сальника с обязательным сохранением аберрантной артерии. Далее выполняется выделение оснований ножек ПОД, абдоминизация пищевода, визуализация блуждающих нервов (при этом ЛПА приподнимается дополнительным инструментом кверху для обеспечения достаточной визуализации). Пищевод низводится в брюшную полость. Важным моментом в ходе операции является техническое оснащение. Лапароскоп с 30 градусной оптикой позволяет формировать взгляд сбоку и частично снизу для подхода к задней стенке желудка. В бессосудистой зоне позади пищевода, при тракции аберрантной артерии вверх, осуществляется доступ к задней стенке дна желудка, диафрагмально-фундальная связка частично пересекается. Выполняется задняя крурорафия Z-образными швами. Технически прошивание выполняется из доступа ниже артерии, а завязывание узла выполняется через окно в малом сальнике выше артерии. Формируется фундопликационная манжета типа «short floppy» Nissen, с фиксацией узловыми швами к пищеводу. Всем пациентам удалось сохранить аберрантную артерию.

Вывод. Сохранение аберрантной ЛПА при выполнении лапароскопической фундопликации обуславливает ряд технических трудностей на всех этапах операции. Это связано с ограничением маневренности движений хирурга в зоне оперативного вмешательства, в частности выполнения диссекции в области ножек ПОД в условиях анатомически узкого пространства, а также повышает риск интраоперационного кровотечения в случае поврежде-

ния добавочной артерии. Несмотря на это, соблюдение технических особенностей и сохранение данной артерии обуславливает ряд преимуществ, таких как снижение риска ишемии левой доли печени, а также сохранение иннервации за счёт сохранения печёноной ветви блуждающего нерва, а также возможность сохранения функционального кровоснабжения левой доли печени, что является прогностически благоприятным фактором для сохранения ткани печени в качестве аллографта для трансплантации печени. Помимо этого, по данным Балахнина П.В. и соавт. (2004) выделение и сохранение аберрантной ЛПА снижает потенциальную опасность развития желчного перитонита, обусловленного ишемическим некрозом желчных протоков, которые кровоснабжаются исключительно из артериального русла. Результаты настоящего исследования демонстрируют отсутствие негативного влияния сохранения артерии на непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов выборки, что свидетельствует в пользу сохранения данной артерии в случае ее интраоперационного обнаружения.

Ключевые слова: аберрантная артерия левой доли печения, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая фундопликация по Ниссену.

---

288. Современная антирефлюксная хирургия: стандартный лапароскопический или робот-ассистированный доступ?

Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2), Овчинникова У.Р. (2), Галлямов Э.А. (1,2)

Москва

МНОЦ МГУ (1),
ПМГМУ (2)

Введение. На сегодняшний день широкая эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), развивающейся на фоне изменения нормальной анатомии зоны кардиоэзофагеального перехода в виде грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), определяет несомненную актуальность хирургического лечения пациентов данной группы. Лапароскопическая фундопликация остается «золотым стандартом» малоинвазивной антирефлюксной хирургии, однако активная интеграция роботизированных хирургических комплексов позволяет рассматривать методику робот-ассистированной фундопликации в качестве оптимального подхода к выполнению антирефлюксных вмешательств.

Цель исследования. Сравнение интраоперационных и послеоперационных результатов применения вышеуказанных технологий в лечении больных с ГПОД и рефлюкс-эзофагитом с учетом динамики показателей, определяющих качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В период с октября 2016 по август 2022 гг. на базе ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого» прооперировано 642 больных с верифицированной ГЭРБ на фоне ГПОД. В ходе исследования группой авторов была проведена ретроспективная сравнительная оценка интраоперационных и послеоперационных результатов хирургического лечения пациентов двух групп: основная группа – больные, которым была выполнена робот-ассистированная фундопликация (РАЛФН) на платформе DaVinci Si (Intuitive Surgical Inc., США) – (180 пациентов, 28%) и контрольная группа – лечение посредством традиционной лапароскопической фундопликации (ЛФН) – (462 пациентов, 72%). Всем пациентам выполнялась фундопликация по Ниссену с формированием манжеты по типу «short floppy».

Результаты. Робот-ассистированная фундопликация по Ниссену выполнена 180 пациентам (28%), лапароскопическая фундопликация по Ниссену – 462 пациентам (72%). Интраоперационные осложнения выявлены у 9 (1,4%) пациентов основной и 35 (5,4%) пациентов контрольной группы. Средняя длительность операции составила 137,5 мин при выполнении РАЛФН и 112,7 мин при выполнении ЛФН. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 120,5 мл и 140,0 мл соответственно. Интраоперационных конверсий доступа и летальных исходов не было. Количество послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo ?3 составило 6 (0,93%) пациентов. Средний срок стационарного лечения составил 3 суток в обеих группах. Анализ качества жизни пациентов с помощью опросников GERD-Q и GSRS показал убедительно положительную динамику показателей. По данным на 2022 г., зафиксировано 11 рецидивов в основной группе и 17 рецидивов в группе контроля, обеспечив общее число рецидивов 4,36%.

Выводы. Пациенты с диагнозом ГПОД при наличии клинической симптоматики ГЭРБ выступают целевой группой для выполнения оперативного вмешательства в целях коррекции дефекта анатомических структур зоны кардиоэзофагеального перехода. На современном этапе развития антирефлюксной хирургии использование лапароскопического и робот-ассистированного подходов обеспечивает оптимальные результаты лечения, демонстрируя сопоставимость методик по основным клиническим характеристикам, низкий процент послеоперационных осложнений и рецидивов.

Ключевые слова: робот-ассистированная фундопликация, лапароскопическая фундопликация, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь

---

289. Преимущества экстраперитонеальной пластики (eTEP) паховых грыжв условиях СКП по хирургии

Мударисов Р.Р., Мудаев Ц.М., Мноян А.Х., Мазманян Д.Ж., Вторенко В.И., Мещеряков В.Л.

Москва

Городская Клиническая Больница №52

Актуальность и цели: Разнообразие оперативных методов лечения паховых грыж является темой многочисленных дискуссий хирургического сообщества на предмет определения показаний к тому или иному способу в каждом конкретном случае. На данный момент в медицинской литературе имеется достаточное количество сообщений с мета-анализами, сравнительными характеристиками всех основных современных способов хирургического лечения паховых грыж. Обсуждаются данные о преимуществах и недостатках каждого метода пластики при паховых грыжах, причины и процент рецидивов, осложнения. Самые ранние сравнительные публикации основных методов хирургического лечения паховых грыж (Пластика по Лихтенштейн, TAPP, eTEP) датируются 2001г. С тех пор, изменились не только технологии, но и некоторые подходы к выбору способа хирургического лечения. кроме того, за это время для пациентов стали важными не только надежность хирургического метода, но и сроки реабилитации и косметический эффект. Все вышесказанное во многом повлияло на выбор методов хирургического лечения паховых грыж в СКП.

Цель работы: определить возможности и преимущества пластики eTEP у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией в условиях СКП.

Материалы и методы: Анализ лечения 312 пациентов с паховыми грыжами в ГКБ №52 г.Москвы за 2022 год. Из них в условиях СКП по хирургии выполнено 262 и в круглосуточном стационаре 50 операций. Все пациенты с паховыми грыжами по способу выполнения оперативных вмешательств были разделены на три группы: 1. Пластика TAPP – 214 (68,6%) 2. Пластика eTEP – 74 (23,8%) 3. Пластика по методике Лихтенштейн 24 (7,6%). Из них: а) под местной анестезией – 2 (8,3%), б) под спинальной анестезией – 5 (20,8%), с) под общим наркозом (контрольная группа) – 17 (70,9%). В каждой группе проведен анализ показаний к выбору методики операции, изучены особенности раннего послеоперационного периода и сравнение результатов. В контрольной группе метод Лихтенштейн, был выбран только по причине противопоказаний к выполнению операции с пневмоперитонеумом (ИБС, ХОБЛ, бронхиальная астма, перитонеальный диализ и т.д.). С 2022 года, с освоением новых методов, пациенты с противопоказаниями к выполнению операции под пневмоперитонеумом оперированы по методике eTEP (основная группа) -12 пациентов.

Результаты: У пациентов основной группы отмечены все преимущества выполнения малоинвазивных вмешательств (ранняя активизация, уменьшение болевого синдрома, косметический эффект). Использование методики eTEP позволило проводить хирургическое лечение пациентам основной группы в рамках СКП (1 к-день), в то время как в контрольной группе операция потребовала у 95% пациентов продолжения стационарного лечение со средним к-днем 2,5.

Выводы: 1. Пластика паховых грыж по методу eTEP является эффективным способом лечения пациентов в условиях СКП. 2. Пластика eTEP может быть рекомендована как метод выбора малоинвазивной операции для пациентов с противопоказаниями к пневмоперитонеуму, в том числе пациентов с ХБП, находящихся на перитонеальном диализе, и позволяет сократить сроки пребывания в стационаре в данной группе до 1 койко-дня.

Ключевые слова: паховая грыжа, экстраперитонеальная пластика передней брюшной стенки (eTEP); пластика пахового канала по Лихтенштейну

---

290. Выбор метода хирургического лечения грыж у пациентов с трансплантированной почкой и перитонеальным диализом в многопрофильном стационаре

Мударисов Р.Р., Мазманян Д.Ж., Мноян А.Х., Мудаев Ц.М., Вторенко В.И., Мещеряков В.Л.

Москва

Городская Клиническая Больница №52

Актуальность: На фоне увеличения средней продолжительности жизни, развития герниологии и увеличения количества коморбидных пациентов, в том числе нефрологического профиля, остро встает вопрос выбора способов хирургического лечения той или иной хирургической патологии у данной группы пациентов. В многопрофильном стационаре при наличии нефрологического направления часто встречаются пациенты, находящиеся на программном гемо- или перитонеальном диализе и после трансплантации почек. С учетом увеличения количества пациентов и сроков их выживаемости после трансплантации, растет и количество выявленных грыж различной локализации у данной группы пациентов. В связи с увеличением хирургической активности при данной патологии, стал актуален вопрос выбора методов хирургического лечения грыж.

Цель данной работы: Выбор метода герниопластики у тяжелых нефрологических пациентов, находящихся на программном гемодиализе, перитонеальном диализе и после трансплантации почки.

Материалы и методы: Проведен анализ методов хирургического лечения паховых грыж у 37 хронических нефрологических больных. Выделены три группы пациентов: 1. Пациенты с паховой грыжей и программным гемодиализом – 21 пациент. Из них пластика Лихтенштейн выполнена у 3 (14,2%), TAPP – 16 (76,1%) и eTEP -2 (9,5%) больных. 2. Пациенты с паховой грыжей и перитонеальным диализом – 4 пациента. Из них пластика Лихтенштейн выполнена у 2 (50%) и eTEP -2 (50%) больных. При перитонеальном диализе TAPP не выполняли по соображениям безопасности. 3. Пациенты с паховой грыжей после трансплантации почки – 12 пациентов. Из них пластика Лихтенштейн выполнена у 2 (16,6%) и TAPP – 10 (83,3%). После трансплантации почки eTEP не выполняли по причинам безопасности.

Результаты: Применяемая в клинике тактика позволила дифференцировано подходить к выбору метода операции в зависимости от характера сопутствующей нефрологической патологии, отказаться от традиционной открытой пластики по методу Лихтенщтейн у 50% больных с перитонеальным диализом без противопоказаний к ИВЛ в пользу малоинвазивных методик (eTEP) и сократить сроки пребывания в стационаре во всех группах. В 23 случаях пациенты находились в СКП по профилю хирургия, 14 пациентов пролечены в круглосуточном стационаре. Послеоперационных осложнений в исследуемых группах со стороны оперативного вмешательства не отмечено. Нарушений функции трансплантата, сбоя программного диализа не наблюдалось. Все пациенты продолжили получать плановую терапию под контролем нефролога.

Выводы: 1. Малоинвазивные методики eTEP и TAPP, наравне с традиционным методом Лихтенштейн являются эффективными способами хирургического лечения паховых грыж у диализных и трансплантированных нефрологических пациентов. 2. Применяемый в клинике дифференцированный подход к выбору способа операции позволил минимизировать количество осложнений у тяжелых нефрологических больных, сократить сроки пребывания в хирургическом стационаре и продолжать плановое программное лечение гемо- или перитонеальным диализом.

Ключевые слова: грыжи брюшной стенки, стационар кратковременного пребывания, трансплантированная почка, лапароскопическая пластика.

---

291. Хирургические вмешательства в ранней фазе острого панкреатита

Сталева К.В., Новиков С.В., Киселев В.В., Ярцев П.А., Рогаль М.Л, Благовестнов Д.А., Агаханова К.Т.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Острый панкреатит – одно из лидирующих заболеваний в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости. Летальность связана с развитием острого тяжелого панкреатита, который встречается в 20% наблюдений. В раннюю фазу летальность доходит до 20%, при инфицировании- до 78%. Основной лечения в ранней фазе заболевания является консервативное ведение больных. Однако имеются пациенты, которым выполняются хирургические вмешательства в ранней фазе заболевания. ЦЕЛЬ Проанализировать результаты лечения пациентов с панкреонекрозом, оперированных в ранней фазе заболевания МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за 2017-2022 года пролечено 583 пациента с панкреонекрозом. Средний возраст пациентов, которые были оперированы в первой фазе заболевания, составил 42 года. Среди хирургических вмешательств были такие как видеолапароскопия, чрескожное дренирование под контролем ультразвука (УЗ) по поводу ферментативного перитонита и острых жидкостных скоплений, эндоскопическое стентирование панкреатического протока. Видеолапароскопия выполнена 12 пациентам (2,1%). Показанием для операции было наличие перитонеальной симптоматики и проведение дифференциального диагноза с другой острой хирургической патологией. Согласно классификации Российского общества хирургов (2020), средняя степень тяжести заболевания была у 11 пациентов (91,7%), тяжелая – у одного (8,3%). У всех пациентов интраоперационно был верифицирован острый панкреатит и исключена другая хирургическая патология. Операция завершилась дренированием брюшной полости. Средний срок госпитализации составил 27 дней. Был 1 летальный исход, который наступил на 9 сутки заболевания. Бактериологические посевы из брюшной полости были стерильны. Чрескожное дренирование брюшной полости под контролем УЗ выполнено 30 больным (5,1%). Бактериологические посевы выпота из брюшной полости были стерильны. После дренирования отмечено снижение внутрибрюшного давления после дренирования под контролем УЗ. Не было получено статистически значимой разницы у пациентов после дренирования брюшной полости под контролем УЗ и видеолапароскопической санации, дренирования брюшной полости. Дренирование острых жидкостных скоплений забрюшинно выполнено 24 больным (4,1%) в ранней фазе. В последующем инфицирование парапанкреатита было в 16 наблюдениях (66,7%). ВЫВОДЫ 1. Дренирование под контролем УЗИ является простым и доступным

хирургическим вмешательством при ферментативном перитоните и острых жидкостных скоплениях 2. Видеолапароскопия целесообразна при проведении дифференциальной диагностики с другой острой хирургической патологией органов брюшной полости

Ключевые слова: острый тяжелый панкреатит, панкреонекроз

---

292. Медиакальциноз менкеберга и результаты реваскуляризирующих операций при синдроме диабетической стопы

Ларин И.В. (1,3), Толстокоров А.С. (1), Щаницын И.Н. (2), Балацкий О.А. (3)

Саратов

1. ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2. НИИТОН ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3. ГУЗ ОКБ

Цель работы: изучить непосредственные результаты эндоваскулярного лечения у пациентов с синдромом диабетической стопы и кальцинозом Менкеберга

Материал и методы За период 2020-2021 года были пролечены 54 пациента с нейроишемической и ишемической формами синдрома диабетической стопы (СДС) на одной из клинических баз СГМУ им. В.И. Разумовского. Все пациенты ретроспективно были поделены на две группы: с кальцинозом Менкеберга- 24 пациента (группа 1) и без кальциноза – 30 (группа 2). Рентгенологическим признаком медиакальциноза являлось наличие рентгеноконтрастных тяжей по ходу артерии, с непрерывной протяженностью более 5 сантиметров по данным МСКТ с контрастированием или рентгеноконтрастной ангиографии. Всем пациентам был проведен стандартный набор лабораторно-инструментальных методов диагностики в рамках обследования СДС. Лечение в группах заключалось в хирургической обработке язвенно-некротических дефектов и выполнении эндоваскулярной реваскуляризации артериального русла, а этапность зависела от степени вовлечения местных тканей в раневой процесс и наличия признаков воспаления. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программного обеспечения SPSS 26.0. Учитывая ненормальное распределение большей части параметров, для сравнения количественных и качественных данных использовали U-критерий Манна-Уитни и ?? Пирсона.

Результаты исследования В исследовании приняли участие больные преимущественно пожилого возраста и женского пола (p=0,285). Статически значимых различий между группами по индексу массы тела, стандартным лабораторным показателям и давности трофических изменений на стопе выявлено не было (p=0,121; p=0,847; p=0,589). В обеих группах преимущественно были пациенты с трофическими нарушениями по Wagner 2-3 степени (p=0,978). В группе 1 ЛПИ до выполнения вмешательства на артериальном русле был равен 0,6, что связано с большей частотой встречаемости окклюзий артерий голени (p=0,03). Также, отсутствовала достоверная послеоперационная динамика прироста значений. В группе 2 ЛПИ до реваскуляризации составлял 0,4 при достоверной положительной динамике значений после успешной интервенции. Выполнение целевой реваскуляризации было достигнуто в 70% случаев в группе 1 и в 58% случаев в группе 2 (p=0,212). Имплантация стента в бедренно-подколенной позиции потребовалась 10 пациентам (42%) в группе 1 и 3 пациентам (10%) в группе 2 (p=0,008), ввиду более частого использования субинтимальной техники реканализации. В обеих группах статистически значимых отличий в исходах лечения, а также в частоте выполненных ампутаций в пределах стопы и на бедре не было обнаружено (p=0,109; p=0,779). Ограничением данного исследования является ретроспективный анализ небольшой популяционной выборки.

Заключение Кальциноз Менкеберга приводит к морфофункциональным изменениям атеросклеротической бляшки и артерии в целом, что затрудняет использование ЛПИ в функциональной оценке эффективности реваскуляризации и осложняет выполнение интервенции.

Ключевые слова: склероз Менкеберга, синдром диабетической стопы, реваскуляризация, эндоваскулярное лечение

---

293. Особенности хирургического лечения «вазелинового» фиброза мягких тканей

Копыльцов А.А., Султанова Н.О., Толбоева Е.Р., Мамаев М.Г.

Москва

ФГБУ «НМИЦ ХИРУРГИИ ИМ. А. В. ВИШНЕВСКОГО» МИНЗДРАВА РОССИИ

Введение: В последние годы появилась категория больных, которым с целью коррекции объема и формы органов в мягкие ткани вводилось вазелиновое масло в немалых количествах.

Цель: Цель исследования: оценка возможностей хирургической коррекции последствий введения вазелинового масла в мягкие ткани в эстетических целях. Метериалы

и методы: Представлен опыт хирургического лечения 17 больных, обратившихся по поводу последствий введения вазелинового масла в молочные железы, ягодицы и голени на различных сроках после введения. Вазелиновое масло с целью коррекции введено в одну зону 12 пациенткам (70,5%), в две зоны – 4 (23,5%), в три зоны – 1 (5,8%). Миграцию вазелинового масла в соседние анатомические области наблюдали у 14 из 17 пациенток.

Результаты: Хирургическое лечение проводили многоэтапно (от 1 до 8), помимо хирургической обработки и иссечения, пораженных фиброзом и олеогранулемами тканей, оно также включало реконструктивные операции по восстановлению объема и контуров органа. В общей сложности выполнено 53 операций, после которых наблюдали 9 осложнений (16,9%): расхождение краев раны (2), краевая ишемия кожного лоскута (2), краевой некроз кожного лоскута (2), инфицирование подкожной клетчатки (над перемещенным мышечным лоскутом), серомы (2). Лечение с хорошими результатами закончено у 5 пациенток, с удовлетворительными результатами у 12 пациенток.

Обсуждение: Сложности и многоэтапность хирургического лечения у больных после введения вазелинового масла в мягкие ткани были связаны с большим объемом поражения тканей в нескольких анатомических зонах, с нарушением их трофики с необратимым поражением кожи, миграцией вазелинового масла в соседние области, невозможностью ликвидации очага поражения и одномоментной реконструкции.

Ключевые слова: «вазелиновый» фиброз, вазелиновое масло, олеогранулемы.

---

294. Современный подход к хирургическому лечению грыж в сочетании с контурными, рубцовыми деформациями передней брюшной стенки и кожно-жировым фартуком

Султанова Н.О., Копыльцов А.А., Толбоева Е.Р., Мамаев М.Г.

Москва

ФГБУ «НМИЦ ХИРУРГИИ ИМ. А. В. ВИШНЕВСКОГО» МИНЗДРАВА РОССИИ

Актуальность. Вопросы хирургической коррекции деформаций передней брюшной стенки находятся на стыке общей и пластической хирургии, поскольку при обращении к хирургу пациенты помимо общехирургических проблем стремятся улучшить еще и эстетические дефекты. Как правило, контурные деформации усугубляются наличием различной степени выраженности послеоперационными рубцовыми деформациями (кесарево сечение, аппендэктомия и др.), послеродовым растяжением тканей брюшной стенки с наличием диастаза прямых мышц живота и грыжи (пупочной, белой линии живота). Комплекс этих проблем важно решить в одно оперативное вмешательство через единый хирургический доступ.

Цель. Улучшить результаты хирургических вмешательств на передней брюшной стенке.

Материалы и методы. Представлен опыт хирургического лечения 30 пациентов с 2020 по 2023 г, из которых – мужчин-3(10%) женщин -27(90%), в возрасте от 29 до 65 лет (средний возраст- 38 лет), с грыжами и выраженными контурными деформациями передней брюшной стенки. Оперированные пациенты были разделены на следующие группы: 1 группа – пациенты с грыжей передней брюшной стенки, диастазом прямых мышц живота, кожно-жировым фартуком (не оперированные ранее) 2 группа – пациенты с грыжей передней брюшной стенки, диастазом прямых мышц живота, рубцовой деформацией передней брюшной стенки (аппеннэктомия, кесарево сечение) 3 группа пациенты с грыжей передней брюшной стенки, диастазом прямых мышц живота, рубцовой деформацией передней брюшной стенки (аппеннэктомия, кесарево сечение) и кожно-жировой фартуком Всем пациентам была выполнена абдоминопластика в сочетании с грыжесечением через единый поперечный гипогастральный доступ с формированием неопупка по модифицированной методике, что улучшило эстетические результаты хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. Для оценки результатов нами учитывалась степень птоза, толщина кожно-жирового лоскута, ИМТ для применения этого способа сочетанной абдоиинопластики с грыжесечением. Хорошие результаты получены в наблюдениях (%), удовлетворительные в -- наблюдениях и связаны с избыточным отложением подкожно-жировой клетчатки в мобилизованном лоскуте, что потребовало дополнительной коррекции в объеме липосакции, а также сглаженность « неопупка» в отдаленные сроки. В 2-х случах наблюдали осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в виде краевой ишемии в центральной части мобилизованного кожно-жирового лоскута, что потребовало более длительного лечения с последующей коррекцией послеоперационного рубца, что в конечном счёте никак не отразилось на эстетическом результате.

Выводы. Таким образом, предлагаемая нами методика грыжесечения в сочетании с абдоминопластикой и формированием пупка по собственной методике имеет ряд преимуществ в сравнении с традиционным подходом, так как используется доступ оптимальный для достижения косметического результата и позволяющий одномоментно устранить несколько хирургических проблем в одно оперативное вмешательство.

Ключевые слова: контурная деформация, абдоминопластика, грыжесечение, кожно-жировой фартук

295. Сравнение практической значимости модифицированной классификации Hinchey и классификации ГНЦК при острых осложнениях дивертикулярной болезни толстой кишки

Парфенов И.П. (1), Бобылев А.А. (1), Шефер А.В. (1), Климова А.В. (2)

Москва

1) ГКБ имени В.В. Вересаева
2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Актуальность. Дивертикулярная болезнь (ДБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и выявляется у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3 старше 80 лет. В хирургической практике наиболее значимыми являются острые осложнения. Острый дивертикулит встречается в 10-25% случаев ДБ, 25% из них требуется экстренное оперативное вмешательство. Наиболее распространенными классификациями острых осложнений ДБ являются модифицированная классификация Hinchey и принятая в 2014 году классификация Государственного Научного Центра Колопроктологии (ГНЦК).

Материал и методы.

Целью данной работы явилось сравнение результатов применения модифицированной шкалы Hinchey и классификации ГНЦК в диагностике и лечении больных с острыми осложнениями ДБ. Проведен ретроспективный анализ лечения 195 пациентов, поступивших в ГКБ имени В.В. Вересаева за период с 01.01.2020 года по 25.03.2023 года. Среди пациентов было 129 женщин (66%) и 66 мужчин (34%), распределение по возрасту составило от 31 до 90 лет. 193 пациента имели левый («западный») тип ДБ, 2 – правый («восточный»). 186 пациентов имели воспалительные осложнения ДБ: острый дивертикулит, параколический инфильтрат, перфорация дивертикула с развитием параколической флегмоны, абсцессов различной локализации, гнойного и калового перитонита. Диагноз острых воспалительных осложнений ставился на основании УЗИ или КТ органов брюшной полости с болюсным контрастированием (КТ была выполнена 122 пациентам). 9 пациентов поступили с клиникой состоявшегося гемодинамически незначимого дивертикулярного кровотечения, из них у 7 также были выявлены воспалительные изменения в области дивертикулов (по данным колоноскопии и при отсутствии другого источника кровотечения из ЖКТ).

Результаты. 8 пациентам выполнено дренирование абсцессов различных локализаций под УЗ-наведением (III.2 по ГНЦК, II по Hinchey), 38 – проведено оперативное вмешательство в объеме: обструктивная резекция сигмовидной кишки, из них 7 – лапароскопически; сигмостомия; левосторонняя гемиколэктомия (III.3-III.4 ГНЦК/Hinchey III-IV, у 1 пациента III.2/Hinchey II был диагностирован забрюшинный абсцесс и наружный кишечный свищ в левой подвздошной области, был оперирован в объеме обструктивной резекции сигмовидной кишки, дренирования абсцесса); 6 пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия в целях дифференциальной диагностики с другой патологией либо лапароскопическое дренирование абсцесса (I, II, III.1, III.2 ГНЦК/Hinchey Ia, Ib, II, у 1 пациента с местным гнойным перитонитом и плотным инфильтратом в левой подвздошной области без подтекания кишечного содержимого (III.3 ГНЦК/Hinchey III) вмешательство ограничилось санацией и дренированием брюшной полости. Пациент был выписан через 6 суток). 143 пациента лечились консервативно (I, II, III.1 ГНЦК/Ia, Ib Hinchey). За время лечения умерли 8 пациентов (4%) III.3, III,4 ГНЦК/III, IV Hinchey от нарастания полиорганной недостаточности.

Обсуждение. Распределение пациентов по стадиям I, II, III.1 в классификации ГНЦК (Ia по Hinchey) не имеет большого клинического значения, поскольку все пациенты данных стадий были пролечены консервативно. Классификация Hinchey не учитывает дивертикулярные кровотечения, однако за время наблюдения все дивертикулярные кровотечения были незначительными и лечились консервативно. Классификация ГНЦК не учитывает размер абсцесса брюшной полости, что важно в клинической практике. Пациенты со стадией Ib по Hinchey были пролечены консервативно, в то время как осложнения стадии II по Hinchey требовали дренирования абсцесса.

Выводы: модифицированная классификация Hinchey имеет большее практическое значение в определении показаний к дренированию абсцесса брюшной полости по сравнению с классификацией ГНЦК.

Рекомендации: для определения показаний к миниинвазивному вмешательству у больных с острыми осложнениями ДБ предпочтительнее использовать модифицированную классификацию Hinchey.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, классификация ГНЦК, классификация Hinchey, дивертикулит, параколический абсцесс.

296. Железистая метаплазия пищевода, как осложнение ГЭРБ: варианты клинического течения и лечебно-диагностической тактики.

Шидий-Закруа А.В. (1), Шаповальянц С.Г. (1,2), Михалева Л.М. (1,3), Масленкина К.С. (1,3), Федоров Е.Д. (1,2)

Москва

1.Городская клиническая больница № 31 Департамента здравоохранения города Москвы 2.Российский национальный исследовательский медицинский университет. 3Научно-исследовательский институт морфологии человека.

Актуальность: Железистая метаплазия (ЖМ) пищевода – грозное осложнение ГЭРБ, ведущее к развитию аденокарциномы пищевода у пациентов с ЖМ без дисплазии в 0,12-0,33% и с дисплазией низкой степени от 1,83 до 9,1% в год.

Материалы и методы: Обследован 131 пациент – 69 (52,7%) мужчин и 62 (47,3%) женщины – в возрасте от 18 до 84 лет (средний 55,8±16,7), которые находились в клинике с I.2017 по IX.2019г. с ГЭРБ, осложнённой развитием ЖМ пищевода. Бессимптомное течение наблюдалось у 47/131 (35,9%) пациентов, клинические проявления – у 84/131 (64,1%), причём у 41 (48,8%) из 84 экстрапищеводные проявления сочетались с классическими. Всем пациентам была проведена эндоскопическая диагностика высокого разрешения с гистологической верификацией. С целью выявления ранней неоплазии пищевода использовали классификации BING, PREDICT и Сиэтлский протокол. Исследование биоптатов проводили 3 морфолога. ЖМ была диагностирована до поступления в клинику у 46/131 (35,1%) пациентов. Впервые ЖМ была выявлена у 85/131 (64,9%) пациентов, в т.ч. у 51/131 (38,9%) – при плановой ЭГДС. Ещё у 34/131 (26,0%) ЖМ была заподозрена/выявлена при экстренной ЭГДС, выполненной у пациентов, поступивших в стационар с картиной ЖКК. Воспалительные поражения слизистой оболочки пищевода в сочетании с ЖМ были обнаружены у 72/131 (55,0%) пациентов, в том числе у 14/131 (10,7%) – язвы пищевода. Все они получали противовоспалительную терапию на протяжении 6-8 недель. После курса терапии проводилось повторное углублённое эндоскопическое исследование с щипцовой биопсией. Сам факт наличия ЖМ пищевода, а также её протяжённость были убедительно подтверждены именно при углублённом исследовании. УК сегмент ЖМ (М менее 1 см) был достоверно дифференцирован с высокоамплитудной Z-линией у 26/131 (19,8%) пациентов; короткий сегмент ЖМ (М от 1 до 3 см) был диагностирован у 47/131 (35,9%) пациентов; длинный сегмент (М более 3 см) – у 58/131 (44.3%).

Результаты: Неравномерный характер ямочного и микрососудистого рисунка в зоне ЖМ по BING статистически значимо чаще определялся у пациентов с длинным сегментом ЖМ (p=0.0118 и p=0.007). Аналогичные отличия в характере ямочного рисунка определялись и по PREDICT (p=0.0116). Ускоренная локальная утрата ацетобеления была выявлена у 23 (39,7%) пациентов с длинным сегментом; реже она выявлялась у пациентов с коротким – 9 (19,2%) и ультракоротким сегментом – 4 (15,4%) ЖМ (p=0.005). Неоплазия в сегменте ЖМ пищевода была выявлена по результатам морфологического исследования у 36/131 (27,5%) пациентов, в том числе аденокарцинома пищевода у 4 из них. Классификации BING и PREDICT продемонстрировали более высокую степень надежности (точность – 94,3%, чувствительность – 84,2% и специфичность – 96,1%) в диагностике легкой и высокой степени дисплазии, по сравнению с Сиэтлским протоколом, общая точность диагностики которого не превышала 54,5%, чувствительность – 76,8%, специфичность – 31,2%. По результатам эндо-морфологической диагностики, хирургическое лечение – радикальная робот-ассистированная операция Льюиса была выполнена у 1/131 (0,8%) пациента. Эндоскопическая резекция была предпринята у 8/131 (6,1%) пациентов, в т.ч. у 3/131 (2,3%) больных с ранней формой аденокарциномы пищевода и у 5/131 (3,8%) с аденомой пищевода с тяжёлой дисплазией. В последующем всем 8 пациентам была проведена радиочастотная абляция (РЧА) оставшейся части метаплазированной слизистой оболочки. Абляция всего сегмента ЖМ без предварительной резекции слизистой оболочки была выполнена ещё у 16/131 (12,2%) пациентов. Консервативную терапию получали 108/131 (82,4%) пациентов с ЖМ без диспластических изменений, проходивших своевременный эндоскопический и морфологический контроль в течение 2х лет.

Выводы: Ранняя и достоверная верификация очагов ЖМ с применением BING и PREDICT позволяет определить участки ранней неоплазии, тем самым обеспечивая своевременный выбор адекватной лечебной тактики у различных групп пациентов с осложнённым течением ГЭРБ.

Ключевые слова: ГЭРБ, железистая метаплазия,BING, PREDICT, тяжелая дисплазия, аденокарцинома.

297. Анализ сагиттального среза оболочек толстой кишки, как основа обеспечения радикальности холодной петлевой резекции новообразований

Агейкина Н.В., Федоров Е.Д., Дегтярева М.Ю., Буллих А.В.

1) Москва
2) Красногорск

1) Клинико-диагностический центр «МЕДСИ на Красной Пресне»
2) Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
3)Клиническая больница №1 в Отрадном АО ГК Медси

Актуальность. Причиной интервального колоректального рака (и-КРР) в 8,8-50,0% является неполная резекция эпителиальных новообразований (ЭН) толстой кишки. Широкое распространение в эндоскопической практике приобретает метод холодной петлевой резекции (ХПР), но его эффективность в полноте удаления ЭН изучена недостаточно.

Цель. Оценить полноценность ХПР путём анализа строения раневого дефекта стенки толстой кишки “in vivo”.

Материалы и методы. При колоноскопии у 191 пациента, м-62, ж-129, в возрасте 25-82 лет (52±12,3) методом ХПР удалено 233 ЭН. После отсечения каждого из образований был применен эндоскопический метод инфильтрации подслизистого слоя пострезекционного дефекта с возможностью сагиттальной оценки краев дефекта и его дна на наличие остаточной ткани образования. Осмотр проводился в белом свете, в узкоспектральном режиме, с увеличением х70 в режиме двойного фокуса, под тонким слоем воды. При подозрении на наличие остаточной ткани в дне/краях дефекта, выполнялась биопсия. Удаленные ЭН также подвергались тщательному патологоанатомическому анализу.

Результаты. ЭН выявлены преимущественно в правой половине толстой кишки в 172/233 (73,8%), плоско-возвышенного типа 0-IIa – 190/233 (81,5%), размером до 3мм – 5/233 (2,2%), 4-9мм – 193/233 (82,8%), 10-15мм – 35/233 (15,0%). Преимущественное большинство ЭН – зубчатого типа гистологического строения: гиперпластический полип – 141/233 (60,5%), зубчатое образование на широком основании (ЗОШО) – 79/233 (33,9%), ЗОШО с дисплазией – 10/233 (4,3%), традиционная зубчатая аденома – 2/233 (0,9%); незубчатого типа – тубулярная аденома 1/233 (0,4%). Эндоскопическими критериями полноценно выполненной ХПР считали: параллельные крипты и округлую структуру кишечных ямок I типа (по классификации Kudo) по всей окружности дефекта, наличие подслизистого слоя в дне и отсутствие остаточной ткани образования в дне и краях дефекта. Полноценно резецированными признаны 197/233 (84,5%) ЭН. Признаки наличия остаточной ткани по краям – нарушение параллельности крипт в сагиттальной плоскости, их расширение и изменение, различная длина и разнородность – обнаружены в 36/233 (15,5%) случаях; подозрительные участки были удалены биопсийными щипцами. Дополнительно проанализированы 11/11 случаев с пострезекционной «протрузией» в дне дефекта в виде столбика плотной белой блестящей ткани. «Протрузия» затрудняла инфильтрацию подслизистого слоя пострезекционного дефекта, но это становилось возможным после ее удаления. По морфологии протрузия представляла собой: мышечную пластинку слизистой оболочки в 7/11 (63,6%), в т.ч. в 2 случаях с подлежащей подслизистой основой; подслизистую основу в 1/11 (9,1%); слизистую оболочку без тканей опухоли в 2/11 (18,2%). При исследовании 10/11 (90,9%) препаратов, удаленных с формированием «протрузии», резекция признана полной (R0). Крипты полипа в дне дефекта обнаружены в 1/11 (9,1%) случае; в препарате подтвержден положительный край резекции (R1). Наличие «протрузии» служит достоверным признаком удаления ЭН без мышечной пластинки слизистой оболочки в 63,6%, наличие которой в препарате важно при патологоанатомическом исследовании; необходимо дальнейшее изучение данного вопроса.

Выводы. Метод холодной петлевой резекции обеспечил удаление 84,5% эпителиальных образований толстой кишки в пределах неизменённых тканей, а оптическая оценка полноты проведенного вмешательства на микроскопическом уровне по выделенным критериям инспекции пострезекционного дефекта во время колоноскопии позволили в 15,5% выявить остаточную ткань образований и ее дополнительным удалением предотвратить развитие рецидива ЭН и в перспективе интервального колоректального рака.

Ключевые слова: Холодная петлевая резекция, толстая кишка, пострезекционный дефект, протрузия, мышечная пластинка слизистой оболочки.

298. Исторический путь эндоскопической хирургии новообразований желудочно-кишечного тракта

Балалыкин А.С., (1) Вербовский А.Н., (1). Рузибоев С.А. (2)

1) Москва
2)Самарканд

(1) МОНИКИ им. Владимирского,
(2) СамГМУ

Введение. Создание гибких эндоскопов открыло широкие перспективы диагностики и лечения различных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Особое место они заняли в онкологии, благодаря обнаружению новообразований, а в сочетании с прицельной биопсией стала решаться проблема ранних форм рака. Недостатки прицельной биопсии общеизвестны, их лишена операция удаления новообразования петлёй и морфологические исследования всего или большей части опухоли. Эндоскопическая хирурги новообразований. Впервые эндоскопическое удаление полиповидного новообразования желудка выполнено в 1970 году K. Tsuneoka и T. Uchida, а в России – в 1972 г. Балалыкин А.С. в клинике В.С. Савельева с помощью петли, а последующие операции при полипах без ножки с помощью электрического тока. Операция «полипэктомия» диатермической петлей была воспринята клиницистами всего мира, впервые открыла перспективы широго применения морфологических методов исследо-вания всего удалённого новообразования, стала широко использоваться в практическом здра-воохранении и, даже, методом лечения ранних форм рака желудочно-кишечного тракта. Наши тезисы о возможности её применения при раке на съезд онкологов в 1974 году к сожалению не были поддержаны..Операция петельная электроэксцизия ограничивалась размерами и формой новообразований. Разработка новых инструментов и главное изменение менталитета врачей привели к созданию новых разнообразных методик удаления новообразований различной морфологического характера и локализации в стенке органа. Наиболее распространённые – резекция слизистой оболочки (EMR), резекции слизистой оболочки диссекцией в подслизистом слое (ESD). Эти методики показаны при новообразованиях, локализующихся в пределах слизистой оболочки и поддающихся лифтингу. Для эпителиальных образований с ограничением лифтинга и субэпителиальных опухолей предложены разные методики, даже с лапароскопическим участием, а вершиной эндохирургии стала методика полно-стенной резекции стенки полого органа с последующим закрытием дефекта внутрипросветно. Методом эндоскопической подслизистой диссекции нами пролечено 92 больных с новообразованиями толстой кишки. Средний возраст больных 65.2 лет, размер новообразований и время операции составили 33.2 мм и 106.91 мин, соответственно. En-block и RO резекция достигнута в 96.74% и 89.13%. Рецидивов не отмечено. При гистологическом исследовании рак in situ обнаружен в 5.43%. Частота перфораций составила 8.7%. Все перфоративные отверстия толстой кишки были закрыты эндоскопическими клипсами, но в двух случаях потребовалось проведение хирургического вмешательства по причине несостоятельности клипс в слепой кишке. В желудке выполнено 29 эндоскопических подслизистых диссекций по поводу различных поверхностных новообразований. Средний возраст больных составил 64.6 года, размер новообразований и время операции составили 29.2 мм и 91.8 мин соответственно. En-block и RO резекция достигнуты в 100% и 96.55%, частота перфораций – 6.9%., рецидив в 6.9% у двух больных с гиперпластическими полипами желудка. Морфологически ранний рак желудка выявлен в 31% (9/29) случаев. В пищеводе выполнено 12 эндоскопических полностенных резекций, из них: эндоскопическая подслизистая экскавация (2); полностенная резекция с вторичным закрытием дефекта (4); тоннельный метод полностенной резекции (6). Во всех случаях достигнута R0-резекция. Осложнений и рецидивов не было отмечено. При морфологическом исследовании выявлены в том числе лейомиома (3), воспалительный фиброзный полип (2), ГИСО (2), кальцифицирующая фиброматозная псевдоопухоль желудка (1), злокачественная шваннома (1),

Заключение. Внедрение в клиническую практику операции петельной резекции новообразований органов желудочно-кишечного и возможность применения широкого спектра морфологических исследований исключили диагностические ошибки исследования малых фрагментов новообразований, сформировалось учение о ранних формах рака и лечебная тактика. Эндоскопическое лечение новообразований явилось настоящей революцией в мировой хирургии. Однако, различные методы петлевой электроэксцизии не могут обеспечить резекцию всех видов новообразований, что послужило поводом к разработке различных методик, включая диссекцию и полностенную резекцию. Они обеспечивают радикальность, но техническая сложность и дороговизна оборудования ограничиваютпри э их клиническое применение. Эндоскопический внутрипросветный шов открывает перспективы лечения перфораций органов при операциях и закрытие дефектов при резекциях при новообразованиях.

Ключевые слова: эндоскопия, новообразование, ранний рак

299. Статистика фатальных исходов больших ампутаций нижних конечностей

Степанов Н.Г. (1,2)

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 5

Актуальность. Высокая летальность при высокой ампутации на протяжении десятилетий остается высокой. Чем выше ампутация, тем вероятнее неблагоприятный исход. На большом клиническом материале проведен анализ летальных исходов при большой ампутации, намечены пути улучшения результатов.

Материал. В отделении гнойной хирургии ГКБ № 5 за 28 лет (1992-2019гг) пролечено 1193 больных с необратимой ишемией нижних конечностей. Из них после ампутации скончалось 223, 18.7%. Летальность после ампутации голени составила 10.5% (34 больных скончались из 325), после ампутации бедра – 21.8% (189 скончалось из 868). Наибольшей летальностью сопровождаются экзартикуляция в тазобедренном суставе(из 26 больных 13 скончалось). У 105 больных выполнены реампутации, летальность в этой клинической группе составила 34.3%. Из 223 скончавшихся мужчин было 127, средний возраст – 66л, женщин 96, средний возраст 74г. В целом средний возраст скончавшихся больных составил 69л. Высоким ампутациям предшествовали следующие операции: реконструктивные операции (шунтирующие операции, тромбэктомии, балонная дилатация, стентирование) выполнены у 29% больных; малые хирургические вмешательства (ампутации пальцев, некрэктомии стопы, секвестрэктомии) у 22% больных. Как правило больные имели тяжелую сопутствующую патологию: ИБС, ПИКС, аритмия, кардиомиопатия – у 72% больных; гипертоническая болезнь – у 27% больных; последствия ОНМК – у 16% больных и др. Условно нами выделено пять главных причин неблагоприятного исхода больших ампутаций. Наблюдается определенная динамика фатальных осложнений за первое десятилетие (1992-2001гг – 58 больных) и последнее десятилетие – 2010 – 2019гг – 103 летальных исхода). Главной причиной летального исхода остается острая сердечно-сосудистая недостаточность – 41% в первом десятилетии и 49% во втором. В первом десятилетии у 10% больных причиной смерти был сепсис, в последнем десятилетии – 18%. ОНМК, как причина фатального исхода, в первом десятилетии наблюдалась у 9% больных. В последнем десятилетии тромбозы аорты и ее ветвей, как фатальное осложнение, имело место у 13% больных. Пневмония как причина смерти в перврм десятилетии имела место у 9% больных, в последнем десятилетии – у 3% больных. Острая почечная недостаточность как причина смерти наблюдалась в 9% клинических случаев. В последнее десятилетие язвенное кровотечение, приведшее к летальному исходу имело место у 3% больных. Другие причины, сочетание вышеизложенных случаев, в последнее десятилетие наблюдались у 19% больных в первом десятилетии и у 14% больных в последнем десятилетии. Анализ 223 фатальных исходов после ампутации голени, бедра, экзартикуляции в тазобедренном суставе позволил наметить мероприятия по снижению летальности: 1.Необходимо выполнять операции на сердце по улучшению коронарного кровотока в предампутационном периоде или в ближайшем послеоперационном периоде. По нашим данным в этом нуждались 5-8% скончавшихся. 2.Необходимы фундаментальные исследования с целью разработки способов защиты эндокарда. Отправной точкой в этих исследованиях может быть концепция терминального отражения в организме. 3 Совершенствование профилактики и лечения гнойных осложнений и сепсиса. 4.Разработка концепции антикоагулянтной терапии. 5.До ампутации необходима ФГДС с целью обнаружения язвенной болезни. 6.Одной из причин высокой летальности при ампутации является отсутствие новых технологий в ампутационной хирургии, с одной стороны, с другой – отсутствие «новой концепции» методологии в подходе к данной категории больных службы анестезиологии и реанимации

Ключевые слова: Высокая ампутация, фатальные осложнения, острая сердечная недостаточность, тромбоз аорты, гнойно-септические осложнения, язвенные кровотечения.

---

300. Лапароскопическая герниопластика при ущемленных паховых грыжах

Губанов В.В., Овцынова Л.Г., Айвазян А.К., Мирзаханов К.К.

Грязи

ГУЗ «Грязинская ЦРБ»

Несмотря на широкое внедрение плановой лапароскопической пластики передней брюшной стенки, при ущемленных грыжах эндохирургические операции мало используются.

Цель исследования: Оценить возможности лапароскопии в диагностике и лечении больных с ущемленными паховыми грыжами.

Материалом исследования послужили результаты диагностики и лечения 25 пациента с ущемленными паховыми грыжами, которые были оперированы в ГУЗ «Грязинская ЦРБ» за период с 2016 по 2022 годы включительно. Мужчин 21 (84%); женщин – 4 (16%). Преобладали пациенты трудоспособного возраста. Время от момента ущемления грыжи до поступления в стационар составило 2,5 ± 2 час. Позже 2 часов с момента ущемления оперировано 5 пациентов (23,80%). Всем пациентам

операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом. После этапа грыжесечения использовалась: Трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP). Использовали имплантат «Premilena Mesh» размером 10 х 15см и эндогерниостеплер «ППП» 5 мм. Во время наркоза, за счет расслабления и растяжения мышц передней брюшной стенки при формировании пневмоперитонеума, происходило самостоятельное вправление грыжевого выпячивания у 19 больных (76%). Рассечение ущемляющего кольца не потребовалось ни в одном из случаев. Применение малоинвазивных методов позволило полностью исключить необходимость в применении наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, за счет меньшей травмы тканей передней брюшной стенки. Была отмечена более ранняя активизация больных оперированных лапароскопическим методом. Осложнения в послеоперационном периоде не было. Таким образом имеется ряд неоспоримых преимуществ лапароскопической пластики передней брюшной стенки, при ущемленных паховых грыжах, перед традиционной техникой: отсутствие большого кожного разреза; отсутствие выраженного болевого синдрома и, как следствие его, минимальный послеоперационный дискомфорт и ранняя реабилитация больных; высокий косметический эффект; малая вероятность повреждения семявыносящего протока и развития ишемического орхоэпидидимита; возможность своевременной диагностики и лечение контрлатеральной грыжи без дополнительных кожных разрезов; возможность диагностики других заболеваний органов брюшной полости и проведения симультанных операций при минимальной травматизации передней брюшной стенки; существенное снижение риска развития рецидива грыжи и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: Лапароскопическая герниопластика при ущемленных паховых грыжах

---

301. Ургентная хирургия рака желудка осложненного кровотечением

Можаровский В.В. (1), Мутных А.Г. (1), Лоенко В.Б. (2), Можаровский К.В. (2).

1) Дмитров,
2) Москва

1) ГБУЗ МО «Дмитровская областная больница.
2) ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина.
3) ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

Желудочное кровотечение является грозным осложнение рака желудка, а его ургентный характер диктует необходимость оказания экстренной хирургической помощи. Мы проанализировали результаты лечения 17 пациентов с раком желудка осложненным острым желудочным кровотечением, перенесших хирургическое лечение, в период с 2021 по 2022 годы. Основную группу составили 7 пациентов перенесших различные виды гастрэктомий. Контрольную – 10 пациентов перенесших паллиативные хирургические вмешательства. В качестве критериев эффективности и безопасности использовали: эффективность гемостаза, летальность, послеоперационные осложнения, длительность операции, длительность госпитализации. В контрольной группе гастротомия и прошивание кровоточащего сосуда выполнено 3 пациентам, еще 2 пациентам выполнена операция Вайтмана, 3 пациентам после прошивания, дополнительно наложен гастро-энтероанастомоз, и в 2 случаях выполнено иссечение кровоточащей опухоли. В основной группе всем пациентам выполнены различные варианты гастрэктомий. Субтотальная расширенная резекция желудка выполнена 1 пациенту, тотальная расширенная гастрэктомия выполнена 2 пациентам, тотальная комбинированная гастрэктомия выполнена 4 пациентам. Во всех случаях выполнялась лимфодиссекция в объеме D2 (патоморфологическому исследования подвергнуты от 16 – до 22 лимфоузлов). Всем больным выполнена попытка комбинированного эндогемостаза. У 5 пациентов эндогемостаз был невозможен, в связи с продолжающимся кровотечением эти больные оперированы в экстренном порядке. Из 12 пациентов с успешным первичным эндогемостазом, рецидив кровотечения возник у 7 пациентов, которые были оперированы так же в экстренном порядке, у 5 пациентов первичный эндогемостаз, оказался эффективным, позволив провести адекватную предоперационную подготовку, снизив операционно-анестезиологические риски и провести операцию в срочном порядке. У 4 из этих 5 пациентов, эндоскопический гемостаз был дополнен эндоваскулярной эмболизацией. Таким образом эффективность первичного эндогемостаза у пациентов с раком желудка осложненным кровотечением крайне низка и составила в нашем исследовании 42%, что диктует необходимость

применения более надежных способов остановки кровотечений, как с использованием хирургических способов, так и комбинации эндоскопических технологий с эндоваскулярными. У пациентов контрольной группы, паллиативные операции оказались эффективными у 4 пациентов. У 6 пациентов в раннем послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения, потребовавший повторных и неоднократных вмешательств. Все 6 пациентов умерли. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено у 2 пациентов. Таким образом эффективность хирургического гемостаза в этой группе составила 40%, послеоперационная летальность составила 60%, послеоперационные осложнения выявлены у 20%пациетов. Длительность операции в контрольной группе составила 56 минут, сроки госпитализации 21 койко-день. В основной группе рецидив кровотечения возник у 1 пациента после субтотальной резекции желудка. Послеоперационные осложнения возникли у 2 пациентов. Умер – 1 пациент. Таким образом эффективность хирургического гемостаза у пациентов основной группы составила 86%, послеоперационная летальность составила 14,3%, послеоперационные осложнения выявлены у 28,6%пациетов. Длительность операции составила 178 минут, сроки госпитализации 14 койко-дней. Таким образом полученные данные свидетельствуют о том, что расширенные и комбинированные способы хирургического лечения пациентов с раком желудка не менее безопасны чем гастротомия и простое прошивание кровоточащего сосуда, не приводят к увеличению послеоперационных осложнений и госпитальной летальности, а уменьшение длительности нахождения на койке, позволяет снизить нагрузку на стационар. Роль и место рентгенэндоваскулярных способов гемостаза у пациентов с раком желудка осложненным кровотечением требует дальнейшего накопление клинического опыта.

Ключевые слова: рак желудка, желудочное кровотечение, эндогемостаз

---

302. Первый опыт лечения пациентов с неосложненным хроническим калькулезным холециститом и первичными грыжами живота в стационаре кратковременного пребывания

Благовестнов Д.А.1,2, Агаханова К.Т. 1, Левитский В.Д. 1, Озова З.М. 1, Саргсян Г.А. 2

Москва

1. ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва
2. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. За последнии 5-10 лет в многих многопрофильных больницах стали открываться стационары кратковременного пребывания (СКП). Не исключением, стал и НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Цель Оценка эффективности лечения пациентов с неосложненным хроническим калькулезным холециститом и первичными грыжами живота в условиях СКП.

Материал и методы. Со времени открытия стационара кратковременного пребывания в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (март 2022 года) пролечено 1952 пациента различного хирургического профиля. Из них, с неосложненным хроническим калькулезным холециститом и первичными грыжами живота 148 (7,6%) пациентов. С неосложненный хронический калькулезный холецистит были оперированы 87 (22,3%). Средний возраст составил 46-55 лет. Соотношение мужчин и женщин составило – мужчин 25 (28,8%), женщин 62 (71,2%). С первичными грыжами передней брюшной стенки были оперированы – 61 (15,6%) пациент (15,6%). Средний возраст составил 46-55 лет. Соотношение мужчин и женщин составило – мужчин 50 (81,9%), женщин 11 (18,1%). Из них паховая грыжа была у 30 (49,2%) пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило – мужчин 29 (96,6%), женщин 1 (3,4%). Пупочная грыжа – у 31 (50,8%) пациента. Соотношение мужчин и женщин составило – мужчин 21 (67,7%), женщин 10 (32,3%). Пациенты поступали полностью обследованные в амбулаторных условиях с заключениями: ультразвукового исследования брюшной полости, вен нижних конечностей, рентгенографией грудной клетки, ЭКГ с расшифровкой, эзофагогастродуоденоскопией. Проводилась консультация анестезиологом и хирургом клинико-диагностического отделения (КДО). Больные госпитализировались утром, в день операции. Лечение пациентов проводилось согласно оптимизированному протоколу ускоренного восстановления (ERAS). Включающего на этапе предоперационной подготовки – отказ от подготовки кишечника; стандартная профилактика ТЭ осложнений – согласно шкале риска ВТЭО Caprini 2005; антибиотикопрофилактика – однократно перед операцией; предоперационная инфузия в объеме 600-800 мл.; отказ от премедикации. На интраоперационном этапе – Хирургические вмешательства у всех пациентов выполнялись под эндотрахеальным наркозом

по единой методике с использованием дормикума (при индукции анестезии), седуксена, фентанила, антидеполяризующих миорелаксантов, закиси азота. Препараты вводились с учетом анамнеза, переносимости и предоперационного общесоматического состояния пациента в весовой дозировке и с учетом возраста. За 30 минут до предполагаемого окончания оперативного вмешательства прекращали введение наркотических анальгетиков и нейролептиков. Экстубировали при самостоятельном адекватном дыхании. Видеолапароскопическую холецистэктомию выполняли с помощью эндоскопических инструментов стандартного диаметра 5 мм, лапароскопа 10 мм по принятой методике из 4-х доступов: 2х10 мм и 2х5мм, «Karl Storz», Германия по принятой в клинике методике. При паховой грыже проводили лапароскопическую герниопластику по методике TAPP. При пупочной грыже и грыже белой линии живота использовали лапароскопическую пластику по методике IPOM и IPOM+. По завершению холецистэктомии, дренирование брюшной полости выполнялось не рутинно, а только при наличии сомнений в удовлетворительном гемостазе, на усмотрение оперирующего хирурга – 15% наблюдений. При герниопластике дренирование брюшной полости не проводилось. В конце операции обязательно проводилась предбрюшинная видеоассистированная блокада мест троакарных доступов с использованием местных анестетиков (ровипикаин) по оригинальной методике, разработанной в клинике. Всем больным проводилась ранняя активизация – через 2-4 часа после операции. Раннее начало энтерального питания – прием жидкой пищи осуществлялся через 3 часа после операции, прием твердой пищи на следующие сутки. Послеоперационное обезболивание – было строго регламентированым, мультимодальным, с применением препаратов 2-х групп и осуществлялось по схеме – с применением кетанала 2,0 в/м через 4 часа после операции и 18-20 часов вечера, перед выпиской. Далее пероральный прием в течении первых суток по 50 мг х 2-3 раза в сутки после еды. В случае установки дренажа в брюшной полость, последний удалялся после контрольного УЗИ вечером за 2 часа перед выпиской. Швы снимались амбулаторно на 3-4 сутки после операции

Результаты и обсуждение. При анализе результатов лечения больных в СКП интра и послеоперационных осложнений не наблюдали ни одного пациента. Наркотические препараты не вводились не одного больного. Время пребывания больных в СКП составило 10±2,5 часа

Заключение: Первый опыт применение протокола ускоренного восстановления у пациентов с неосложненным хроническим калькулезным холециститом и первичными не осложненными грыжами живота в условиях стационара кратковременного пребывания демонстрирует свою эффективность и безопасность, что в свою очередь, отражается на ранней активизации и скорейшем восстановлении пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: стационар кратковременного пребывания, хронический калькулезный холецистит, грыжи передней брюшной стенки

---

303. О некоторых проблемах лечения желчекаменной болезни и путях их решения

Балалыкин А.С., (1) Вербовский А.Н.. (1)
Рузибоев С.А. (2), Жандаров К.А (1)

1) Москвва
2)Самарканд

1) МОНИКИ им. Владимирского
2)СамГМУ

Актуальность. Прошедшее 50-летие характеризуется разработкой и внедрением в клинику эффективных эндоскопических диагностических и оперативных методик, изменивших принципы лечения желчекаменной болезни (ЖКБ) и её осложнений. Тем не менее, стало больше спорных вопросов одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии.

Материал и обсуждение. Многолетняя хирургическая деятельность, внедренные в 1970 г. эндоскопия и в 1991 г. операция ЛХЭ и накопленный опыт не одной тысячи операций позволяют высказаться по некоторым спорным вопросам лечения ЖКБ и её осложнений.. 1.О тактике лечения сочетанных поражений желчного пузыря и желчных протоков. Тяжесть состояния больных и высокая эффективность чреспапиллярных операций (ЧПО) определили с 70-х годов двухэтапную тактику лечения: на первом – ЧПО, на втором – ХЭ разными доступами. Предварительные ЧПО приближают хирургов к адекватным операциям при ЖКБ. Однако, у 15-25% больных даже у опытных специалистов ЧПО оказываются неудачными и методом лечения холангиолитиаза (ХЛ) остается традиционная холедохолитотомия (ХЛТ), лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически. Кроме этого, несомненно повышение суммарной частоты осложнений при ЧПО до 5-8% с летальностью 0,5-1.5% и при операции ЛХЭ – соответственно, 8-15% и 0,6-2,5%. Одноэтапная тактика лечения ЖКБ, включающая лапароскопическую ХЭ, ХЛТ и дренирование желчных протоков (ЖП), не нашла применения в клинической практике.. Такая тактика применима у пациентов с установленным диагнозом и обследованным БДС для исключения новообразований БДС с невысокой степенью операционного риска при наличии оборудования для ревизии гепатикохоледоха (холедохоскоп, рентгенаппарат) и владении хирургом интракорпоральным швом. Редкие публикации и небольшой (31 операция) собственный опыт с осложнениями в 3,5% свидетельствуют о перспективности одноэтапной тактики лечения ЖКБ. 2. Интраоперационный период. При-

чинами тактических ошибок являются: 1) исключение ревизии желчных протоков; 2) некачественная их ревизия (применение неэффективных методик, одиночные рентгенограммы, тугое заполнение протоков контрастом высокой концентрации, зондирование); 3) игнорирование наружным дренированием ЖП. Хирургические операции не всегда решают проблему холангиолитиаза, о чём говорит большое (до 25%) число «ПХЭС».

Результатом плохой интраоперационной диагностики являются тактические ошибки. Неустранённый холангиолитиаз изучен, а «стеноз» ТОХ – недостаточно. Без специальных исследований диагноз «стеноз» ставится неоправданно чаще, а за стеноз принимается индивидуально узкий ТОХ. Эндоскописты при ЭРХГ, а хирурги во время операции «стеноз» диагностируют часто (до 30-50%), а коррегирующие его операции выполняются в 2-3 раза меньше. 3.Наружное дренирование желчных протоков. Хирурги, ограниченные технически и во времени, вполне обоснованно прибегают к наружному дренированию ЖП (НДЖП). За многолетнюю историю предложены разные способы НДЖП и усовершенствования дренажных трубок, но лишить метод недостатков не удалось. Из 1659 ЛХЭ у 8 (2,5%) завершилась НДЖП: у 6 (75%) – через культю пузырного протока (КПП) и у 2 – Т-образным дренажом. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) – из 195 больных у 27 (13,9%) завершилась НДЖП: у 12 (32,4%) – через КПП и у 15 (67,6%) – Т-образным дренажом. Итак, в эндоскопической хирургии частота операций НДЖП реже (2.5% против 13.9%), чем в традиционной, и используется чаще дренирование через КПП. Проанализированы 37 больных с НДЖП, у 35 из них отмечено 52 ошибки. Анализ показал, что проблемами НДЖП являются: 1-недостаточная объективность и обоснованность проведения операций НДЖП; 2-ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3-методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4-нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5-осложнения НДЖП и тактика их лечения. Особенно часты ошибки названия, выбора и обработки дренажей. Из 23 Т-образных дренажей, названных Kehr, только 9 (39%) были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами – J.Deaver (несрезанная полуокружность). Дренаж по А. В. Вишневскому чаще называют дренаж именем A.Lane, ибо не используется принцип «сифон-манометр» в послеоперационном периоде. Дренаж W. Halsted (трубка в ЖП через КПП) хирурги называют дренажом Д.Л. Пиковского, предложившего дренажную трубку диаметром 1мм и доказавшего текучесть желчи через неё. Серьёзными ошибками собственно операции НДЖП являются использование недостаточно обработанных дренажных трубок, неудачи выбора места установки дренажа; применение нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа, дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки и др. Ошибки ведения послеоперационного периода: длительное дренирование и потеря желчи по дренажу; пассивное ведение дренажа в послеоперационном периоде; неправильное расположение желчеприемника; преждевременное и позднее удаление дренажа; удаление дренажа без контрольной холангиографии; длительное пребывание больных в стационаре. 4. Осложнения НДЖП и их коррекция. У 87 больных после операций ХЭ (44 – после традиционной и 43 – после ЛХЭ) диагностированы: 7 – повреждения желчных протоков (ТХЭ-1, ЛХЭ-6); 4 – желчеистечения из-за негерметичности НДЖП после ТХЭ; 17- несостоятельность культи пузырного протока (3 и 14); 1-желчный свищ (ТХЭ)); 7 – стриктуры ЖП (6 и 1); 27-забытые камни (23 и 4); 1- неполная ЛХЭ. Итак, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП и неустраненных холедохолитиаза и новообразований БДС (ПХЭС). Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшая методом лечения 66 из 87 в т.ч. при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость помимо НДЖП (11 из 14) и НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы ре- и лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холангиолитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при обширных травмах (3 из 6) и стриктурах желчных протоков (4 из 7). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом и Т-образным дренажом от печеночной недостаточности. 5. «ПХЭС»., Недиагностированные камни во время ЧПО; неадекватная папиллотомия; оставшиеся мелкие камни и фрагменты после литотрипсии при протяженном интрамуральном и панкреатическом сегментах; миграция камней из желчного пузыря в ГХ после его санации (игнорирование операцией ХЭ в ближайший период после ЧПО – неполный перечень причин резидуального (не рецидивного) холангиолитиаза и неустраненных новообразований БДС. Из 57 больных у 17 (29.8%) для коррекции холангиолитиаза выполнена традиционная холангиолитотомия и 40 (70.2%) больным – ЧПО. Итак, ЧПО являются эффективным методом лечения заболеваний, составляющих «пхэс».6. Алгоритм лечения холангиолитиаза зависит от характеристик камней (количество, форма, размер), анатомических особенностей ТОХ (диаметра и протяженности «узкой» анатомической части до и после ЭПТ), наличия оборудования. Если «узкая» часть ТОХ приходится на папиллярный и короткий интрамуральный отдел, а диаметр камня не превышает их диаметр, то перспективны ЭПТ и МЭК Если после ЭПТ остается узкий ТОХ, то эффективность лечения определяют литотрипсия и дрентрование протоков.

Выводы. 1.Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой и ДПК и БДС. 2.Перспективной в лечении сочетанных поражений желчного пузыря и протоков является одноэтапная тактика лечения – лапароскопическая холецистохолангиолитотомия (при необходимости с анте- и ретроградной эндоскопией). 3. Проблемы операций НДЖП обусловлены недостаточной информационной и технической подготовленностью хирургов, игнорированием совре-

менных методов интраоперационного обследования, плохой оснащенностью. 4. Внутрипросветная эндоскопическая чреспапиллярная хирургия перспективна при касательных повреждениях ЖП, НКПП, дефектах НДЖП, холедохолитиазе и новообразованиях БДС. 5. Рецидивный холангиолитиаз – редкое явление после ХЭ и обусловлен заболеваниями ТОХ и ДПК.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холангиолитиаз, холангиолитотомия, ЭПТ, ЛХЭ

---

304. Парапапиллярные дуоденальные дивертикулы в выборе хирургической тактики у больных рецидивным холедохолитиазом и обтурационной желтухой

Васильев А.А., Сартан Д.И., Буйнов К.И., Яфарова Р.Т.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

Актуальность. Истинная распространенность парапапиллярных дивертикулов (ППД) неизвестна, поскольку ППД диагностируют у 10-35% больных обтурационной желтухой при эндоскопической оценке большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) или при ЭРХПГ. Их относят к врожденным образованиям, которые с возрастом больного увеличиваются в размерах. Частота распространения ППД по данным аутопсий не превышает 20%. Общепризнано, что ППД тесно связаны с развитием холедохолитиаза за счет нарушения функции сфинктерного аппарата Одди. Этиологическим фактором в формировании ППД ряд авторов признают теорию хронического воздействия на периампуллярную область ?-глюкоронидазой, выделяемой бактериями, колонизированными в общем желчном протоке. Практически все публикации последних 25 лет, касаемо ППД, посвящены техническим аспектам эндоскопической канюляции БС ДПК, ЭПСТ и методам периоперационной профилактики острого панкреатита после эндоскопического вмешательства. Общепризнано, что ППД играет определенную роль и в рецидиве холедохолитиаза после успешного его эндоскопического разрешения.

Материал и методы. Использовали классификацию ППД, предложенную J.Boix в 2006 году, согласно которой выделяли три основных типа ППД. I тип: устье БС находится в дне ППД (юкстапапиллярный дивертикул); II тип – устье БС находится в крае ППД; Ш тип – устье БС ДПК находится вне ППД. Анатомическую особенность расположения БС ДПК между двух или трех ППД мы отнесли ко второму типу. При обследовании и лечении 153 больных с рецидивным холедохолитиазом у 119 (78%) пациентов мы подтвердили или впервые обнаружили ППД.

Результаты и обсуждение. Пациенты с рецидивным холедохолитиазом были госпитализированы с обтурационной желтухой или с острым холангитом. Все оперированы в сроки от 27 лет до 1 месяца до повторной госпитализации. Перенесенными операциями были лапароскопические холецистэктомии (первым или вторым этапом) и ЭПСТ с механической литоэкстракцией. Этапность операций зависела от степени воспаления в стенке желчного пузыря, от тяжести обтурационной желтухи и холангита. У 142 пациентов рецидивный холедохолиаз был разрешен эндоскопически. 11 пациентов оперированы путем лапаротомии. Стеноза или заращения папиллотомной раны у всех больных, перенесших ЭПСТ не наблюдали. Показаниями к лапаротомии были невозможность выполнения эндоскопических вмешательств (глубокий ППД) и крупные конкременты гепатикохоледоха (свыше 3 см в диаметре). В 7 случаях операции были завершены наложением холедоходуоденоанастомоза (ХДА), в 4 случаях был выполнен холедохоеюноанастомоз на выделенной по Ру петле тощей кишки. Рецидивный холедохолитиаз после радикальных операций сочетался в большинстве случаев (75,5%) с I и II типом ППД. Мы наблюдаем в клинике 5 пациенток с синдромом Леммеля. У каждой имеется глубокий ППД I типа диаметром свыше 3 см. Все в прошлом перенесли ЛХЭ, ЭПСТ с МЛЭ. Спустя 0,5 и 2 года после перенесенных операций пациентки обращаются с рецидивным холедохолитиазом и холангитом регулярно, каждые 8-10 месяцев. Выполняемые у них эндоскопическая холедохолитоэкстракция, санация ППД приводят лишь к временному улучшению здоровья. Регулярный прием препаратов дезоксихолевой кислоты не эффективен. Три пациента с синдромом Леммеля оперированы. В трех случаях выполнен ХДА путем лапаротомии. В последние два года за хирургической помощью эти три пациента не обращались. Пациенты после перенесенных операций с билиодигестивным анастомозом повторно в центр по лечению больных с обтурационной желтухой не обращались.

Выводы: 1. ППД I и II типа у больных с рецидивным холедохолитиазом после перенесенной ЭПСТ с литоэкстракцией следует рассматривать, как патогенетический фактор его развития. 2. ЭПСТ с литоэкстракцией у больных с ППД I и II типов не устраняют всех факторов, способствующих камнеобразованию в общем желчном протоке. 3. Больным обтурационной желтухой на почве холедохолитиаза с ППД I и II типов хирургические вмешательства следует дополнять формированием билиодигестивного анастомоза (традиционным или лапароскопическим способом).

Ключевые слова: Обтурационная желтуха, холедохолитиаз, парапапиллярный дивертикул, синдром Леммеля

---

305. Применение рентгенэндоваскулярных технологий при повреждении сосудов

Шабаев Р.М., Иванов А.В., Иванов В.А., Староконь П.М., Алияров Р.А., Максанов С.Д.

Красногорск

1) ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России
2) Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ

Актуальность. В последние десятилетия, частота повреждений сосудов возросла. Это связано с военными конфликтами, техногенными катастрофами, возросшей частотой дорожных происшествий. Открытая хирургия остается предпочтительным методом лечения сосудистых травм в мирное и в военное время. Тем не менее альтернативой открытой хирургии в некоторых случаях является чрескожное эндоваскулярное вмешательство, которое сводит к минимуму послеоперационные риски, объем вмешательства и продолжительность пребывания в стационаре.

Цель исследования: обобщить результаты эндоваскулярной эмболизации при травматических повреждениях сосудов, а также непосредственные и среднеотдалённые результаты имплантации стент-графтов в повреждённые артерии.

Материал и методы. В «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ использованы рентгенэндоваскулярные технологии при лечении поврежденых сосудов у 57 пациентов за период 2022-23 гг. Средний возраст пациентов составил 33 года. По характеру травматических повреждений у 19 пострадавших выявлены артериовенозные фистулы (АВФ), у 20 пострадавших диагностированы псевдоаневризмы, комбинированные повреждения (АВФ+псевдоаневризма или пульсирующая гематома) установлены в 12 случаях, кровотечения – в 6 случаях. Повреждения сосудов имели различную локализацию. 49 пациентов имели сочетанные повреждения.

Результаты. Положительный эффект достигнут в 56 случаях. У этих пациентов эндоваскулярно выполнено восстановление просвета сосуда стент-графтом или эмболизация сосудов эмболизирующими агентами. У одного пациента с псевдоаневризмой подмышечной артерии после установки стент-графта – дефект артерии устранили. Тем не менее, установлено что псевдоаневризма получала питание из коллатеральных артерий. Сосудистыми хирургами наложен венозный шунт в обход тромбированного стент-графта с перевязкой ветвей питающих псевдоаневризму. Всем пациентам, которым была оказана высокотехнологичная помощь, проводился контроль в среднеотдалённом периоде. После установки эмболизирующих агентов, контроль эмболизации выполняли в сроки от 3-х месяцев до 1 года. Визуализация проводилась методом УЗ-исследования или КТ-ангиографии. Рецидива не выявлено. После установки эндопротеза в поврежденный сосуд, контроль функционирования стент-графта проводился через 3, 6, 12 месяцев. Непосредственные и среднеотдаленные результаты имплантации стент-графтов в повреждённые артерии в подавляющем большинстве случаев (81%) были успешными. У 6 пациентов из 31, которым был установлен стент-графт произошел тромбоз в области его имплантации. У пациентов с окклюзированными эндопротезами артерий голени, клиники ишемии нижней конечности не было, в связи с наличием хорошего коллатерального кровотока. Только в 19% случаев, эндопротезы окклюзировались, скорее всего это связано с отсутствием приверженности к терапии антиагрегантами (клопидогрел) самих пациентов, а также отсутствием преемственности врачей, которые отменяют или заменяют клопидогрел (тикагрелол) на другие виды антиагрегантов или дезагрегантов.

Выводы: Рентгеноэндоваскулярные методики могут быть успешно применены в лечении больных с травматическими повреждениями сосудов, так как являются единственным инструментом для диагностики и лечения одновременно. Установка стент-графта является альтернативой открытой операции на поврежденном сосуде. Больным с сочетанными и комбинированными ранениями органов, рентгенэндоваскулярные методы лечения позволяют улучшить прогноз выживаемости больных, так как малотравматичны, бескровны, радикальны, имеют оптимальный доступ, операция проводится без повреждения окружающих тканей и органов в области травмы, имеют меньше ятрогенных повреждений и низкий уровень инфекционных осложнений. Для сохранения функционирования эндопротеза важно строгое соблюдение преемственности врачей в лечении таких больных и приверженность пациентов к длительному приему клопидогреля.

Ключевые слова: стент-графт, эндопротез, эмболизация, травма сосуда, повреждение сосуда, артериовенозная фистула (АВФ), псевдоаневризма

306. Характеристика трехуровневой системы лечебно-диагностической помощи больным острым панкреатитом

Эктов В.Н., Коротких Н.Н., Куркин А.В., Селиванов Д.М.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н.Бурденко

Актуальность. В настоящее время отмечается рост распространенности заболеваемости острым панкреатитом (ОП), увеличение удельного веса тяжелых форм заболевания и сохранение высоких показателей послеоперационной летальности (РФ 2021 год -19.1%). Наряду с активным внедрением мини-инвазивных технологий хирургических вмешательств организация этапной модели лечения тяжелых форм ОП способствует значительному улучшению результатов лечения этого заболевания – госпитальная летальность при тяжелых формах ОП в Японии снизилась до 5,7%.

Материал и методы исследования. Методологической основой для формирования основных параметров этапной лечебно-диагностической помощи больным служат материалы отечественных и международных клинических рекомендаций по диагностике и оценке тяжести течения ОП, выбору оптимальных вариантов интенсивной терапии и инвазивных методов лечения. Структура нозологических форм ОП соответствует возможностям национальной трехуровневой модели организации лечебно-диагностической помощи больным, так как большинство пациентов с легким панкреатитом и благоприятным прогнозом могут получить адекватное консервативное лечение в хирургических стационарах первого уровня и лишь около 20% больным с некротизирующим ОП потребуется своевременный перевод на специализированные этапы оказания медицинской помощи второго и третьего уровня для выполнения диагностической визуализации, интенсивной терапии и инвазивных вариантов лечения.

Результаты. К основным задачам первого уровня оказания лечебно-диагностической помощи больным ОП относятся первичная диагностика ОП, определение этиологии и степени тяжести заболевания, лечение пациентов с легким ОП, перевод в течение первых суток больных с тяжелым ОП на третий уровень оказания лечебно-диагностической помощи, перевод в течение первой недели больных с умеренно тяжелым ОП на второй уровень оказания лечебно-диагностической помощи. Основными задачами второго уровня оказания лечебно-диагностической помощи больным ОП являются комплексное использование методов лучевой диагностики (КТ с контрастным усилением, МРТ) для выявления некротизирующих форм ОП, дифференциальная диагностика стерильных и инфицированных форм некротизирующего ОП, лечение легкого и умеренно тяжелого ОП, выполнение дренирующих операций под контролем УЗИ по поводу нераспространенных инфицированных жидкостных скоплений после их отграничения (спустя 4 недели от начала заболевания), перевод в течение первых суток больных с тяжелым ОП на третий уровень оказания лечебно-диагностической помощи. Основная роль в предлагаемой модели этапной помощи больным ОП возлагается на третий уровень оказания лечебно-диагностической помощи – организацию специализированных центров по лечению тяжелых форм панкреатита на базе областных (краевых, республиканских) больниц. Основные задачи регионарного центра: разработка «Порядка этапного оказания лечебно-диагностической помощи больным ОП в регионе», обеспечение круглосуточной дистанционной консультативной помощи больным ОП для хирургических стационаров региона, внедрение мультидисциплинарных протоколов лечения ОП, совершенствование мини-инвазивных технологий хирургической обработки инфицированных форм некротизирующего ОП, лечение ранних и поздних осложнений ОП, анализ результатов лечения ОП в регионе и аудит.

Выводы. Внедрение трехуровневой модели этапного лечения больных и организация региональных специализированных центров на базе крупных многопрофильных больниц создаст оптимальные условия для более широкого внедрения мини-инвазивных технологий лечения инфицированных форм некротизирующего панкреатита, что, несомненно, будет способствовать оптимизации ближайших и отдаленных результатов лечения этого заболевания.

Ключевые слова: Острый панкреатит, этапное лечение

---

307. Роботическая бариатрическая хирургия: опыт выполнения роботических продольных резекций желудка

Выборный М.И., Колыгин А.В., Петров Д.И.

Москва

АО «Ильинская больница»

Актуальность. В последние годы роботическая хирургия стала все более популярной, особенно в области бариатрической хирургии. Эта технология позволяет выполнять сложные операции с высокой точностью и меньшим риском для пациента. Кроме того, роботическая бариатрическая хирургия позволяет сократить время восстановления и уменьшить боль после операции.

Материалы и методы. В нашей работе представлен опыт выполнения роботических продольных резекций

желудка. Мы провели 14 роботизированных рукавных гастрэктомий без значительных операционных осложнений в период с 2020 по 2023 гг. Среди пациентов были как мужчины, так и женщины в возрасте от 26 до 65 лет. Все операции были выполнены при помощи робота Da Vinci Si.

Результаты. Среднее общее время операции составило 195 минут, при этом медиана докинга составила 35 минут (время от чек-листа до начала манипуляций роботическим инструментом). Продолжительность пребывания в больнице составила три койко-дня, а через шесть месяцев наблюдения медиана потери избыточного веса (EWL) у пациентов составила 27,4%. Один пациент был повторно госпитализирован в клинику, принимая пероральные антикоагулянты по поводу тромбоза воротной вены.

Обсуждение. Исследования показали, что использование роботизированного комплекса Da Vinci в бариатрической хирургии – рукавная резекция желудка – приводит к меньшему количеству осложнений и лучшим результатам по сравнению с традиционной лапароскопической хирургией. Способность системы выполнять сложные маневры в ограниченном пространстве и ее повышенная гибкость делают ее идеальным инструментом для бариатрической хирургии. Таким образом, использование роботизированного комплекса Da Vinci в бариатрической хирургии (рукавная резекция желудка) – является безопасной и эффективной альтернативой традиционной лапароскопической хирургии. Основные преимущества включают снижение кровопотери, более короткое пребывание в больнице, быстрое время восстановления. Однако, дальнейшие исследования необходимы для полного понимания преимуществ и ограничений роботической бариатрической хирургии. Несмотря на положительные результаты нашего исследования, необходимо провести более широкомасштабные исследования с участием большего количества пациентов, чтобы оценить долгосрочные результаты и эффективность данной методики на протяжении длительного времени.

Заключение. Первый опыт выполнения роботических продольных резекций желудка показал хорошие результаты, но требует дальнейших исследований для подтверждения их эффективности и безопасности. Роботическая бариатрическая хирургия может стать одним из самых эффективных методов лечения ожирения, однако необходимо проведение дополнительных исследований для уточнения ее преимуществ и ограничений. Это поможет понять, какие пациенты могут наиболее выгодно воспользоваться этой методикой и какие возможные осложнения могут возникнуть.

Ключевые слова: Роботическая хирургия, бариатрическая хирургия, рукавная резекция желудка

---

308. Хирургические операции в урологической практике

Черепанова Т.В. (1,2), Дунаевская С.С. (1,2), А.Г. Бережной А.Г. (1,2).

Красноярск

1ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, РоссияЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Красноярск, Россия

ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ Симультанные операции являются оптимальным вариантом лечения пациентов с сочетанной патологией. Нарушения мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки в сочетании с болезнями мочевыводящей системы в частности гиперплазия предстательной железы встречаются от 14 до 25%.

Цель исследования: изучить эффективность симультанных вмешательств у урологических пациентов с сочетанной патологией. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ За период с 2020-2021 гг. в клинике ЧУЗ КБ «РЖД» «МЕДИЦИНА» 223 пациентам проведено оперативное лечение. Мужчины были разделены на 2 группы. В первую группу составили 201 (90,13%) пациент, которым был выполнен ТУР аденомы простаты. Во вторую группу – 22 (9,87%) пациента, с симультантными операциями: ТУР аденомы простаты и герниопластика с применением сетчатого эндопротеза. Возраст пациентов в I и II группах составил 51-86 лет, пациенты были сопоставимы по возрасту в группах. Всем больным выполняли трансабдоминальную ультразвуковую сонографию предстательной железы. Согласно шкале ВАШ, больным назначались анальгетические препараты. В исследуемых группах была проведена оценка послеоперационных осложнений в послеоперационном периоде. РЕЗУЛЬТАТЫ Объем простаты превышающий 100 см3 в I клинической группе был диагностирован у 72 человек, что составило 28,68%. Размер простаты более 100 см3 во II группе был у 9 пациентов и составило 40,90%. Даже при небольшой выборке пациентов во II клинической группе можем предположить влияние объема предстательной железы на формирование нарушений мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки и в частности грыж области передней брюшной стенки. Время хирургического лечения в I группе составило 69,93 мин, во II – 80,42 мин. Время операции во II группе превышала на 5,74%. Анализ шкалы ВАШ показал, умеренная боль – 4 балла испытывали пациенты I группы – 68,2%, во II- 76,6%. Сильную боль – 6 баллов в I группе – 20,4%, во II группе – 31,8%. Таким образом болевой синдром не зависит от симультанной операции. Длительность прием анальгетиков в послеоперационном периоде во II группе не превышала 2,5 суток. В развитии послеоперационных осложнений превалировали ИМПП: в I группе данное осложнение у пациентов составило 6,95%, во II – 9,09%. Явления воспаления можно объяснить длительностью

заболевания и временем оперативного лечения. Срок пребывания в стационаре после операции: в I группе составлял 5,5 суток, во II группе – 5,8 суток. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Выявлены преимущества симультанных операций перед двух этапными вмешательствами урологического и хирургического профиля: по продолжительности; объему интраоперационной кровопотери; длительности приема анальгезирующих препаратов; частоте развития инфекционно-воспалительных осложнение со стороны мочеполовой системы в раннем послеоперационном периоде. Длительность пациента пребывания в стационаре после симультанной операции не превышает количества койко-дней в сравнении с соответствующими оценками для изолированных операциях.

Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость и целесообразность более широкого использования симультанных операций при плановом хирургическом лечении заболеваний у пациентов урологического профиля.

Ключевые слова: симультанные операции; хирургия, грыжа; урология; гиперплазия простаты

---

309. Дифференцированная активно-индивидуализированная хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите с коморбидностью с ишемической болезни сердца

Усмонов У.Д., Бурхонов Ф.Д.

Андижан

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Коморбидные больные острым калькулезным холециститом (ОКХ) с ишемической болезни сердца (ИБС) относится к категории высокого операционного и анестезиологического риска, а хирургическая тактика у этих пациентов остается дискутабельной: от выжидательной до активной, которая не всегда приводит к положительным результатам.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных ОКХ коморбидностью с ИБС путём применения разработки дифференцированного активно-индивидуализированного подхода к терапии и хирургической тактике.

Материал и методы. С целью выработки рационального подхода к выбору способа операции и хирургической тактики больных ОКХ с ИБС нами проанализированы результаты лечения 122 больных, лечившихся в 2017-2022 годах. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в экстренном порядке. Основную группу составили 67 (54,9%) больных. В этой группе использовали дифференцированная активно-индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к предоперационной подготовке, выбору операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом характера течения основной и сопутствующих патологий. Контрольную группу составили 55 (45,1%) пациентов, у которых изучали результаты традиционной хирургической тактики. Средний возраст пациентов составил 59,2 ± 9,3 лет. По результатам УЗИ в основной группе у 62 (92,5%) больных диагностировали острый калькулезный холецистит, в контрольной – у 53 (96,3%). Всем больным при поступлении в стационар и в ходе предоперационного периода наряду общеклинических обследований выполняли тропониновый тест. Для оценки степени тяжести состояния и прогнозирования результатов хирургического лечения пользовались интегральной шкалой оценки физиологических расстройств и тяжести операции – POSSUM. Полученные данные при суммировании баллов оценивались по степеням риска оперативного вмешательства (низкий, средний, высокий и очень высокий), от чего и зависел выбор метода и объема операции.

Результаты и их обсуждение. У 68% больных в основной и контрольной группах отмечалась гиперкоагуляция, что свидетельствовало о высоком риске возникновения тромбозов и требовало введения антикоагулянтов. При повышении уровня тропонина-I у двоих пациентов, возрастал риск некроза миокарда. При проведении ЭКГ у этих пациентов был выявлен подъём сегмента ST, элевация ST в двух смежных отведениях V2-V3. При ЭхоКГ выявили расширение полости сердца, нарушение локальной сократимости миокарда в двух сегментах. Нами разработан диагностический и лечебный алгоритм больных ОКХ коморбидностью с ИБС. Данный алгоритм диагностики у этой категории пациентов, позволил в основной группе оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. На основании предложенного нами алгоритма лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) выполняли у 40 (59,7%) больных с низким и средним риском, при остром флегмонозном и гангренозном холецистите в первые трое суток от начала болевого приступа. Минилапаротомная холецистэктомия (МЛХЭ) применяли у 25 (37,3%) больных с высоким оперативным риском, которым пневмоперитонеум был противопоказан. В контрольной группе ЛХЭ выполнена у 36 (65,4%) больных, МЛХЭ произведена у 14 (25,5%) и лапаротомная ХЭ у 5 (9,1%) больных, как вынужденный метод в сложных клинических случаях, а также при осложнениях ЖКБ выполнена лапаротомия. В этой группе умерло 6 (11%) больных от ТЭЛА и ОСН в послеоперационном периоде.

Выводы. Применения разработанного алгоритма и дифференцированной активно-индивидуализированной хирургической тактики, а также при проведении комплексной сердечно-сосудистой терапии в до- и послеопе-

рационном периодах, позволяет снизить число соматических и хирургических осложнений при ЛХЭ и МЛХЭ на 11,7% и на 29,7% соответственно, а летальность – с 11,0% до 3,0%.

Ключевые слова: Острый холецистит, коморбидность, ишемическая болезнь сердца, хирургическая тактика.

---

310. Коррекция эндотоксикоза и дисфункции печени при остром калькулёзном холецистите

Усмонов У.Д., Ниязов М.Ш.

Андижан

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие патологических реакций печени возможно даже при малотравматичных лапароскопических вмешательствах. Так же не стоит забывать о токсическом действие печёночных метаболитов и снижении сердечно-сосудистой деятельности в виду снижения чувствительности к вазоактивным веществам. При этом в механизмах развития неблагоприятных исходов, ведущая роль отводится формированию эндогенной интоксикации (ЭИ) и снижению антиоксидантной защиты организма с гипоксией и апоптозом гепатоцитов, реактивной дисфункции печени и других систем организма. Причем поражение печени может быть настолько выраженным, что негативным образом отразится на результатах лечения.

Цель исследования. Оценка и коррекция эндотоксикоза и функциональных нарушений печени при остром калькулёзном холецистите (ОКХ).

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 78 больных с ОКХ. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии АндГосМИ за период с 2020 по 2022 гг. Возраст обследованных больных варьировал от 31 до 77 лет, составляя в среднем 53,7±5,2 года. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. Из них 24 (72,7%) женщин и 9 (27,3%) мужчин. Средний возраст больных в данной группе составил 66,4±3,3 года. В этой в комплекс лечебных мероприятий включали энтеросорбцию (ЭС) с антиоксидантной терапией (АОТ). Состояние больных, биохимические показатели, показатели ЭИ и липопероксидации, результаты лечения сравнивали с контрольной группой, состоящей из 45 (57,7%) больных, у которых в пред- и в послеоперационном периоде их лечение выполнялось согласно клиническим рекомендациям Минздрава РУз. В контрольной группе женщин составили 34 (75,5%) а мужчин – 11 (24,5%) пациентов. Средний возраст составил 64,8±3,4 года. Нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование больных с включением специальных методов определения маркеров ЭИ.

Результаты и их обсуждение. Нормализация уровня общего билирубина в основной группе была достигнута на 3 сутки после операции, когда содержание общего билирубина в крови снизилось до 17,7±2,1 мкмоль/л, что в 1,7 раза ниже, чем при общепринятом лечении. В основной группе уже на 1-2 сутки после операции отмечалось снижение щелочной фосфатазы на 21,6%, тогда как в контрольной группе ее уровень снизился лишь на 11,9%. Под влиянием применение ЭС в сочетании АОТ на фоне комплексного лечения уже на 2 сутки после операции отмечено достоверное снижение уровня АЛТ на 39,9% от исходных данных. В основной группе уровень креатинина достоверно снизился на 4 сутки после операции (на 37,2%) и практически достиг нормальных значений. Достоверное снижение уровня мочевины в основной группе наблюдалось на 2 сутки после операции, когда уровень мочевины снизился до 7,4±0,2 мкмоль/л, что на 15,9% меньше, чем при поступлении. Уровень лейкоцитоза на 2 сутки снизился на 26,9% относительно исходных данных. Индекс эндогенной интоксикации у всех больных был снижен в среднем в 2,2 раза относительно показателя здоровых лиц. Достоверное повышение этого показателя в основной группе относительно исходных данных отмечено уже на 4 сутки после операции, когда ИЭИ практически достиг нормальных значений – 9,86±0,48 у.е. Полученные данные свидетельствуют о том, что сочетание ЭС и АОТ является рациональным и существенно дополняет друг друга, что подтверждается высокой эффективностью такого лечения после оперативного вмешательства, ранним устранением синдрома эндогенной интоксикации организма.

Выводы. Применение метода ЭС с АОТ способствует эффективной коррекции функциональных нарушений печени реактивного характера, биохимических нарушений и купированию синдрома эндотоксикоза, тем самым компенсирует общее состояние больных и уменьшает риск оперативного вмешательства, а также создает предпосылки для активных восстановительных процессов послеоперационного периода.

Ключевые слова: Острый холецистит, печень, эндотоксикоз, энтеросорбция, антиоксидантная терапия.

---

311. Оценка возможности симультанных вмешательств при желчнокаменной болезни и патологии органов малого таза в ургентной хирургии

Усмонов У.Д., Косимов Ш.Х.

Андижан

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) может быть произведена у гинекологических больных с неосложненной ЖКБ и является эффективным, малотравматичным, безопасным, функциональным методом лечения. Однако, до настоящего времени вопросы их обоснования, принятия тактических решений относительно объема и этапности оперативного вмешательств при сочетании экстренных хирургических и гинекологических заболеваний, требующих экстренных симультанных оперативных вмешательств, изучены недостаточно.

Цель исследования. Оценить возможности применения лапароскопических оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни и патологии органов малого таза в ургентной хирургии.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского государственного медицинского института за период 2020-2023 гг. Нами были проанализированы результаты лечения 172 больных (из которых 132 с патологией желчного пузыря и гинекологическими заболеваниями – были оперированы симультанно), лечившихся в 2016-2022 годах в экстренном порядке. Больные по методу оперативного вмешательства и по характеру операционного доступа разделены на 3 группы: Первую группу составили 72 (41,9%) пациентки с ОКХ, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) в сочетании с лапароскопическим гинекологическим вмешательством; Вторую группу – 60 (34,9%) пациентки с острым гинекологическим заболеванием, перенесшие лапароскопические гинекологические операции в сочетании с ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита (ХКХ); Третью группу составили 40 (23,2%) пациентки с ОКХ, перенесшие холецистэктомию (ХЭ) минилапаротомным доступом по методу клиники.

Результаты и их обсуждение. В первой группе (72 больных с ОКХ) ЛХЭ проводилась в сочетании с лапароскопическим гинекологическим вмешательством. Лапароскопические симультанные операции при ОКХ и заболеваниями органов малого таза нами удалось произвести у 59 (81,9%) больных. У 13 (18,1%) больных лапароскопическая операция продолжали с лапаротомным доступом. Во второй группе проводилась (у 60 больных с острым гинекологическим заболеваниям), лапароскопические гинекологические операции в сочетании с ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита. 28 (46,7%) больным выполнена лапароскопическая цистэктомия по поводу перекрута и разрыва кист яичника. Лапароскопические операции на придатках матки, проведенные симультанно с ЛХЭ: тубоварэктомия с аппендэктомией у 11 (18,3%) пациентки и без аппендэктомией у 8 (13,3%) больных. Лапароскопическая аппендэктомия с ЛХЭ выполнялись у 9 (15%) больных по поводу абсцесса Дугласова пространства со вторичным аппендицитом. У 4 пациенток удалили ВМС и проводили ЛХЭ. Для оценки течения раннего послеоперационного периода были проанализированы количество и характер послеоперационных осложнений в трех группах. В первой группе больных с ОКХ и гинекологическим патологиям, где ЛХЭ проводилась симультанно с лапароскопическим и открытым способом, отмечено 7 (9,7%) осложнений. Во второй группе, где первым этапом проводилась лапароскопическая гинекологическая вмешательства, а вторым – ЛХЭ, отмечено 1 (1,7%) осложнений. В третьей группе, где проводилась изолированная ХЭ минилапаротомным доступом, тоже отмечено 3 (7,5%) осложнения: у двух пациенток отмечен инфильтрат и у одной нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов в наших исследованиях не отмечалось. Послеоперационный койко-день во 2 группе составил в среднем – 6,2±1,2; в 1-ой и 3-ей группах фактически одинаков – 8,7±1,3 и 8,3±1,0 соответственно.

Выводы. Применение в ургентной хирургии эндохирургических технологий у больных ЖКБ и ее осложнениях в сочетании с гинекологической патологией органов малого таза позволяет выполнять требующих оперативных вмешательств симультанно у 81,9% больных ОКХ с доброкачественными и у всех больных ХКХ с острым гинекологическим заболеваниям.

Ключевые слова: Желчнокаменная болезнь, гинекологические заболевании, симультанные операции, хирургическая тактика.

---

312. Об историческом значении операции лапароскопической холецистэктомии (размышления к 30-летнему юбилею)

Балалыкин А.С.

Москва

МКНЦ им. А.С.Логинова,

В истории любой науки были особые события, которые коренным образом меняли ее суть. Революционным в истории развития хирургии стала разработка нового эндоскопического обрудования и внедрение в клиниче-

скую практику операции лапароскопической холецистэктомии. Активными пропагандистами ее клинического применения были зарубежные хирурги E. Muge (1985), E. Mouret (1987), F. Dubois (1988), J. Perrissat (1989), а в России – Ю.И.Галлингер и А.С.Балалыкин(1991 Первый опыт немецкого хирурга E. Muge не был признан хирургической общественностью, а француз E. Mouret был недоволен из-за трудностей первой операции и высказал мысль, что она будет и последней. Трудно переоценить значение этой операции, совершившей переворот в мышлении хирургов и ставшей базисной операцией при обучении врачей эндоскопической хирургии. Фирма «Шторц» поставила лапароскопическое оборудование в клинику Б.В.Петровского (Ю.И.Галлингеру) в конце 1990 года, а второй комплект предполагался В.С.Савельеву (А.С.Балалыкину). Ими был накоплен наибольший в России опыт лапароскопических вмешательств. Шеф новый подход к оперированию не принял и долго не соглашался принять этот уникальный и дорогой подарок бесплатно стоимостью под 100 тысяч долларов. В исторический день 15 марта презентация лапароскопической холецистэктомии в ВНЦХ, зал заполнен хирургами. Б.В.Петровский представил операторов – австрийца профессора Фашинга, его доцента и двух медсестер – мужчин. Впервые я, пятидесятилетний хирург, несмотря на 20-летний опыт различных лапароскопических вмешательств, видел настоящее чудо из операционной – на большом телеэкране инструментальное удаление желчного пузыря. На следующий день операцию выполнил Ю.И. Галлингер, а через день после перевоза оборудования в нашу клинику должен оперировать я без подготовки и незнании оборудования. Обеспокоенный я зашел к Галлингеру и узнал, что в январе он уже выполнил несколько операций и, более того, дважды учился в Австрии. Он презентовал мне кассету с записью своей операции, её просмотр и был моим обучением. Через день отдыха два операционных дня в нашей клинике и две первые мои операции В конце первой за моей спиной раздался голос шефа: «Это наша операция !». К сожалению шеф не разрешил проводить другие операции: «Аппендэктомия? Только не в моей клинике» – сказал он. Так в России начались лапароскопические операции и открылось новое направление в хирургии – лапароскопическая хирургия. Ее рождение зафиксировано в материалах симпозиума «Новые методы эндоскопической диагностики и лечения» в Курске в мае 1991 г. Состояние лапароскопической хирургии обсуждалось в 1993 году в РНЦХ и в августе на Международной конференции врачей Дальнего Востока и Сибири в Южно-Сахалинске, в тезисах которых освещены вопросы операции ЛХЭ, первый опыт операций аппендэктомий, резкций толстой кишки и ваготомий. Ведущие хирурги России Б.В. Петровский, пропагандист эндохирургии, В.Д. Федоров и В.С. Савельев, бывшие инициаторами создания Общества эндоскопических хирургов РФ, и Г.И. Воробьев, организовавший эксперименты на свиньях в институте колопроктологии, стимулировали развитие нового направления в хирургии. Операция ЛХЭ открыла перспективы выполнения лапароскопического доступа практически при всех заболеваниях и стала альтернативой традиционной хирургии. В последущие годы внедрены: 1992 – герниопластика (В.С. Седов и соавт.), кардиомиотомия – (А.С. Балалыкин); 1993 – резекция желудка (О. Э. Луцевич), торакоскопическая и другие виды ваготомий (А.С. Балалыкин, О.Э. Луцевич), резекция толстой кишки (В.П. Сажин) и другие. Становление эндоскопической хирургии обозначено публикациями: 1996 – «Эндоскопическая абдоминальная хирургия» под редакцией А.С. Балалыкина; «Лапароскопическая хирургия» В.П.Сажина и А.В. фёдорова; 1998 – «Малоинвазивная медицина» А.С Бронштейна и В.Л. Ривкина. Эндоскопическое направление приобретает все большее значение, что повышает требования к знаниям и мастерству хирургов. Особые успехи достигнуты в неотложной хирургии острых хирургических заболеваний и перитоните. Российская лапароскопическая хирургия за этот период достигла мирового уровня, а ведь эндоскопическое оборудование поступало к нам значительно позже, чем к зарубежным коллегам. Начало клинического распространения операции ЛХЭ не обошлось без серьезных ошибок: ее стали применять врачи нехирургической специальности, сумевшие приобрести оборудование, и получили тяжелые осложнения, дискредитировали новый хирургический доступ на этапе освоения и клинического внедрения и дали повод многим ведущим хирургам России воспринять ее негативно. Опытные и молодые энтузиасты того времени составили эндохирургическую элиту, которая определила дальнейшее развитие эндохирургии Адекватность лапароскопической хирургии доказана в онкологии, которую широко пропагандировал В.Б. Александров. Развились новые направления лапароскопической хирургии: панкреатодуоденальная резекция, мануально-ассистированныеоперации, единый лапароскопический доступ, операции на эндокринной системе и др. Однако, «… вмешательства … большого объема эндоскопическим доступом выполняется немногими и …возможности метода многими ставятся под сомнение и предвзято оцениваются» (Галлямов Э.А.). В лапароскопической хирургии получили развитие негативно воспринимаемые в хирургической среде транслюминальные (NOTES) операции, «Зачем это надо? Кому ее применять?» и т. д. Не вступая в дискуссию, не могу не отметить, новые направления свидетельствуют о расширении возможностей эндоскопии, мысли о которых в XX веке у большинства хирургов не возникали, а сообщения о них кажутся фантастическими. Не могу не отметить негативные факторы: недостаточно развита «резекционная» эндохирургия; отсутствуют стимулирующие факторы развития новых направлений и методик, имеется недооценка значения эндоскопии в клинической практике.

Заключение. Конец 20-го века ознаменовался историческим событием – в клиническую практику был внедрен новый лапароскопический доступ для проведений опе-

раций, адекватных традиционным хирургическим. Первой операцией была холецистэктомия, вслед за которой хирурги-энтузиасты стали выполнять практически все виды операций на органах брюшной полости и других систем. Так сформировалось новое направление в хирургии – лапароскопическая хирургия.

Ключевые слова: лапароскопия, холецистэктомия

---

313. Криоанальгезия с применением аппликатора из пористого никелида титана при торакотомии

Шнейдер В.Э. (1,2), Кобелев М.В. (1,2), Валеев Р.И. (1,2), Обухова Т.Л. (2), Самойлов А.В. (2), Янин Е.Л. (1,2), Авдеев Д.Е. (2), Шведский М.С. (1), Дубошинский Р.И. (1)

Тюмень

1) ТюмГМУ,
2) ГБУЗ ТО ОКБ1

Болевой синдром после операций на грудной клетке существенно выше абдоминальных операций, вмешательств на конечностях или головном мозге. Способов обезболивания в торакальной хирургии не мало, но все имеют те или иные недостатки. По данным литературы каждый второй пациент, перенесший торакотомию, в течении полугода испытывает боли в области доступа (Macrae W, 2008) и у 20% пациентов сохраняются явления постторакотомного синдрома до 6-7 лет после операции (Marshall K. et al, 2020). Одним из способов, направленных на продолжительную блокаду межреберного нерва является воздействие сверхнизкими температурами – криоанальгезия. Автономные криоаппликаторы с аккумулятором из пористого никелида-титана разработаны в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы Сибирского физико-технического института при Томском государственном университете (Гюнтер В.Э. с соавтр., 1990), позволяют добиться необходимой мощности и продолжительности криовоздействия, они обладают большой теплоемкостью, малой теплопроводностью и не требуют нагревания, так как не прилипают к тканям. Для криоанальгезии у пациентов с торакотомией они не использовались.

Материал и методы. Исследование выполнено в торакальном центре ГБУЗ ТО ОКБ №1. Критерии включения: переднебоковая торакотомия и резекция лёгких. Критерии исключения: 3-4 стадия рака легкого, хронический болевой синдром в анамнезе и постоянный прием анальгетиков. Пациенты получали стандартное обезболивание во время операции и в отделении реанимации, после перевода в профильное отделение использовались опиаты по требованию при оценке боли более 4 по ВАШ. В группе исследования выполнялась криоанальгезия в конце операции, перед закрытием торакотомной раны. Методика заключалась в замораживании межреберного нерва в области заднего угла торакотомной раны криоаппликатором, охлажденным жидким азотом путем погружения в емкость с хладагентом. Пористо проницаемый аккумулятор аппликатора заполнялся жидким азотом и сохранял температуру -196 градусов в течение необходимого времени воздействия (до 90 секунд). Диаметр рабочей поверхности криоаппликатора 1 см, замораживание выполнялось однократно в течение 60 секунд, оттаивание спонтанное. В качестве контроля была сопоставимая группа пациентов по возрасту, полу, нозологии, объему оперативного лечения и методам обезболивания, за исключением криоанальгезии. Оценку боли проводили первые 5 суток после операции, в день выписки, а также через 12 и 24 месяца. Болевой синдром оценивали по ВАШ: 0–1 (легкая боль), 2–3 (умеренная) и 4–10 (тяжелая). Учитывали количество опиатов, потребовавшихся в послеоперационном периоде. Полученные результаты: С февраля по март 2021 года криоанальгезия выполнена 6 пациентам. Использованная методика показала хороший анальгетический эффект в раннем послеоперационном периоде, статистически значимо ниже, чем в контрольной группой ($p<0,05$). В группе с криоанальгезией выраженный болей синдром отмечен в первые двое суток у 2 пациентов, умеренные боли у 3 пациентов до 5 суток, при выписке легкая боль отмечена только двумя пациентами, у остальных болей не было. Употребление опиатов снизилось в группе с криоанальгезией, как по количеству инъекций промедола (2,5±0,8), так и по продолжительности (2,1±0,9 дня). В одном случае отмечен реактивный плеврит, других осложнений, связанных с криоанальгезией не отмечено. Плеврит возник на 3 сутки у первой пациентки, которой замораживание межреберного нерва выполнялось через плевру. В последующем межреберный нерв выделяли и криовоздействие осуществляли прецизионно. Через год после операции сохранялись боли при движении или кашле 1-2 балла по ВАШ у 2 пациентов (33,3%). Через 2 года только один пациент (16,7%) отметил легкий болевой синдром в области торакотомной раны при движении. Таким образом, криоанальгезия с применением криоапликатора из пористого никелида титана обладает хорошим обезболивающим эффектом, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленном периоде.

Ключевые слова: криоанальгезия, аппликатор из никелида титана, жидкий азот, торакотомия

---

314. Результаты лечения рубцовых стенозов трахеи

Кобелев М.В. (1,2), Шнейдер В.Э. (1,2), Бродер И.А. (1), Попов И.Б. (2,3), Кобелева А.С. (4), Абгарян А.С. (1), Машкина Н.А. (1), Лагутов А.Н. (1)

Тюмень

1) ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»,
2) ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет,
3) АО МСЧ «Нефтяник»,
4) ГБУЗ ТО «Областной клинический фтизиопульмонологический центр»

Актуальность. Рубцовый стеноз трахеи – заболевание характеризующееся сужением трахеи с дыхательными расстройствами, приводящими к длительной потери трудоспособности и нередко к инвалидизации. Чаще всего данное серьёзное заболевание развивается, как осложнение интубации трахеи и трахеостомии, с целью проведения искусственной вентиляции лёгких. Проблема лечения рубцового стеноза трахеи актуальна для врачей различных специальностей – хирургов, оториноларингологов, эндоскопистов, торакальных хирургов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения больных с 2009г по 2022г в отделении торакальной хирургии ГБУЗ ТО «ОКБ№1». За данный период было пролечено 215 пациентов. Возраст больных составлял от 2 лет до 81 года. Мужчин – 58,6%, женщин – 41,4%. Наиболее часто (в 82,8% случаев) встречались посттрахеостомические стенозы, реже постинтубационные (17,2%). В 65% случаев стеноз был локализован в шейном отделе и в 35% случаев в грудном отделе трахеи.

Результаты. Выбор метода лечения определялся на основании локализации, степени и протяженности стеноза трахеи, наличия и степени компенсации сопутствующей патологии. Эндоскопические способы реканализации трахеи применялись в основном с целью предоперационной подготовки пациентов. Как самостоятельный метод лечения был эффективен у 6 пациентов. В основном это были пациенты с высокими стенозами. 81 пациенту была выполнена циркулярная резекция трахеи с формированием межтрахеальных и ларинготрахеальных анастомозов. Осложнения отмечены у 17 пациентов. В одном случае развился парез гортани, что потребовало выполнения трахеостомии. В шести случаях диагностированы поздние осложнения в виде стеноза анастомоза. В двух случаях была выполнена перезекция трахеи, в одном случае был установлен эндотрахеальный стент, в трёх случаях выполнен протезирование трахеи Т-образным стентом. Все случаи стеноза анастомоза были пролечены с удовлетворительным результатом. При лечении 143 пациентов применялись этапные реконструктивно-пластические операции (ЭРПО). Первым этапом выполнялось протезирование трахеи Т-образным стентом с последующей пластикой трахеи. Пластику трахеи выполняли не ранее 6 месяцев после стентирования трахеи. У 4 пациентов, в связи с тяжестью сопутствующей патологии и функциональной неоперабельностью была выполнена трахеостомия. Результаты хирургического лечения оценивали по степени компенсации дыхательной недостаточности. Хороших и удовлетворительных результатов удалось добиться у 143 больных. В настоящее время продолжают наблюдение 28 пациентов после протезирования трахеи Т-образным стентом, в разные сроки после выполнения операции. У части из них имеет место длительное канюленосительство, в связи с невозможностью выполнения пластики трахеи. Однако они не имеют ограничений по качеству жизни. 41 человек ушли из под наблюдения по разным причинам. Госпитальная летальность составила 3 человека: 1 пациент умер от прогрессирования сердечной недостаточности до начала лечения, 1 пациент от арозивного кровотечения после протезирования трахеи Т-образным стентом. И 1 пациент после циркулярной резекции трахеи умер от Covid-19 ассоциированной пневмонии.

Выводы. Выбор метода лечения рубцового стеноза трахеи зависит от большого количества факторов, в том числе и от уровня подготовки хирурга и технической оснащенности клиники. Наилучшие результаты получены у пациентов, которым была выполнена циркулярная резекция трахеи. Однако данная операция не всегда выполнима по ряду объективных причин, не связанных с техническими аспектами, и имеет более серьёзные осложнения, требующие подготовки для их купирования. Для пациентов, у которых циркулярная резекция не может быть выполнена, методом выбора являются ЭРПО, которые даже при формировании хронического канюленосительства, после протезирования трахеи Т-образным стентом, улучшают качество жизни у тяжелых пациентов.

Ключевые слова: Рубцовый стеноз трахеи

---

315. Влияние организации хирургической помощи на госпитальную летальность в хирургических отделениях

Нуждихин А.В.

Тула

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»

Актуальность. На сегодняшний день в Тульской области функционирует 965 коек в 31 хирургическом отделении. Годами и десятилетиями складывалась ситуация, когда из-за социально-экономических причин изменялись условия существования отделений. В мелких, сель-

ских районах отделения уменьшились, в том числе из-за миграции населения в сторону крупных агломераций с градообразующими предприятиями, снижалось так же и количество врачей-хирургов, их профессиональная компетенция. Принимались НКР, которые заставляли проводить обследование и лечение пациентов на более высоком уровне и с использованием более современного оборудования и принципов лечения. Все это постепенно привело к выраженным различиям в работе отделений, когда часть из них уже не может оказывать хирургическую помощь на современном уровне.

Материалы и методы. У нас имеется 8 отделений первого уровня, 11 отделений второго, 4 отделения третьего уровня. Принцип деления отделений на уровни, заключается в материально-техническом обеспечении и кадровом потенциале. Анализирована летальность в хирургических отделениях.

Результаты и их обсуждения. – Госпитальная летальность в 2019г. составила – 4,3%; в 2020г. – 5,1%; в 2021г. – 5,5%. – Послеоперационная летальность в 2019г. составила – 4%; в 2020г. – 4,2%; в 2021г. – 4,2%. Летальность в хирургических отделениях I уровня: ГУЗ «ГБ №7 г. Тулы» – 15 коек, 950 пролечено, 3 умерло (летальность 0,3) ГУЗ «Белевская ЦРБ» – 20 коек, 545 пролечено, 6 умерло (летальность 1,1) ГУЗ «Ясногорская РБ» – 10 коек, 381 пролечено, 7 умерло (летальность 1,8) ГУЗ «Чернская ЦРБ» – 10 коек, 218 пролечено, 0 умерло (летальность 0) ГУЗ «Воловская РБ» – 15 коек, 318 пролечено, 1 умерло (летальность 0,3) Летальность в хирургических отделениях II уровня: ГУЗ «ГБ №11 г. Тулы» – 40 коек, 1039 пролечено, 63 умерло (летальность 6,06) ГУЗ «Узловская РБ» – 50 коек, 1389 пролечено, 58 умерло (летальность 4,1) ГУЗ «Алексинская РБ №1 им. профессора В.Ф. Снегирева» – 55 коек, 1446 пролечено, 97 умерло (летальность 6,7) ГУЗ «Донская ГБ №1» – 10 коек, 1443 пролечено, 73 умерло (летальность 5,0) ГУЗ «Ефремовская РБ им. А.И. Козлова» – 55 коек, 1326 пролечено, 64 умерло (летальность 4,8) Летальность в хирургических отделениях III уровня: ГУЗ «Новомосковская ГКБ» – 75 коек, 2484 пролечено, 174 умерло (летальность 7,0) ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина» – 100 коек, 3491 пролечено, 366 умерло (летальность 10,5) ГУЗ «ТОКБ» – 60 коек, 2131 пролечено, 67 умерло (летальность 3,5) Основную летальность дают отделения 2го и даже больше, 3го уровня. В 1 уровне летальность минимальна, что может говорить о верно выстроенной маршрутизации пациентов. Давайте посмотрим структуру летальности по уровням: Летальность от острой хирургической патологии в хирургических отделениях III уровня составила: Новомосковская ГКБ – 2020г. – 4,9%, 2021г. – 5%; Тульская областная клиническая больница – 2020г. – 6,1%, 2021г. – 6,8; Больница скорой медицинской помощи – 2020г. – 3,6%, 2021г. – 3,6%. Летальность от острой хирургической патологии в хирургических отделениях II уровня составила: Алексин – 2020г. – 4%, 2021г. – 6,1%; Ефремов – 2020г. – 2%, 2021г. – 4,7%; Суворов – 2020г. – 3,8%, 2021г. – 5,5%. Летальность от острой хирургической патологии в хирургических отделениях I уровня составила: Белев – 2020г. – 1,7%, 2021г. – 0%; Венев – 2020г. – 3,2%, 2021г. – 0%; Донской – 2020г. – 8,8%, 2021г. – 6%, Богородицк – 2020г. – 1,5%, 2021г. – 0%.

Выводы и предложения. Что мы должны делать? • Мы не должны допускать летальность в отделениях I уровня от острой хирургической патологии • Мы не должны загружать отделения III уровня рутинными пациентами • Мы должны максимально укреплять отделения II уровня • Мы не должны мешать реорганизации хирургических отделений I уровня • Необходимо обновление порядка хирургической помощи, в который должно быть включено: – Как организуется – На какое количество населения – Где – Транспортная доступность – Порядок маршрутизации – Штаты – Оснащение – Разница отделений по уровням – Порядок перевода пациентов с уровня на уровень

Ключевые слова: Организация, уровни помощи, летальность.

---

316. Оценить клинические и ангиографические результаты эндоваскулярного лечения пациентов с острого ишемического инсульта на госпитальном этапе

Джуракулов Ш.Р., Тагаев Н.Б.

Москва

ГБУЗ ГКБ№15 ДЗ

Материалы и методы: в период с июня 2019 года по март 2023 года эндоваскулярные методы лечения острой ишемии головного мозга применены у 240 больных. Пациентов мужского пола было 113 (47,1%), а женского – 127 (52,9%). Возраст больных варьировал от 35 до 100 лет, в среднем составил 71,4±15,2 лет. Двадцать восемь (11,7%) больных были инфицированы COVID-19. У 6 (2,5%) больных эндоваскулярные вмешательства выполнялись на коронарных и интракраниальных артериях в связи с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. В 229 (95,4%) случаях использовался бедренный доступ, а в 11 (4,6%) случаях в связи с невозможностью катетеризировать сонную артерию бедренным доступом, выполнялась пункция общей сонной артерии. В 182 (75,8%) случаях причиной ишемического инсульты были тромбозы интракраниальных артерии передней циркуляции, у 14 (5,8%) тромбоэкстракция выполнялась при тромбах артерий задней циркуляции, у 38 (15,8%) больных тромбоз был как внутренней сонной артерии так и интракраниальных артерий, а у 6 (2,5%) больных причиной развития неврологического дефицита стала тромбированная атеросклеротическая бляшка в

устье внутренней сонной артерии. При отсутствии противопоказаний и открытом терапевтическом окне в 57 (23,8%) случаях проводилась тромболитическая терапия и эндоваскулярная реваскуляризация, а в остальных 183 (76,2%) случаях выполнялась только эндоваскулярная реваскуляризация. В качестве метода первой линии эндоваскулярной реваскуляризации у 86 (35,8%) больных была выполнена тромбоаспирация, а у 52 (21,7%) – тромбоэкстракция. У остальных 102 (42,5%) больных применялась комбинированная методика.

Результаты: технический успех составил 99,2%. Ангиографический результат оценивался по критериям TICI. У 49 (20,4%) пациентов кровоток после вмешательства соответствовал TICI 0-1, у 15 (6,2%) – TICI 2a, у 18 (7,5%) – 2b, а у 158 (65,8%) больных – TICI 3. Состояние пациентов согласно клинической оценке, проведенной после эндоваскулярного лечения ишемического инсульта, на момент выписки по модифицированной шкале Рэнкина соответствовало 0 баллов у 11(4,6%) больных, 1 баллу – у 17(7%) пациентов, 2 баллам – у 43(18%) больных, 3 баллам – у 39(16,3) пациентов, 4 баллам – у 27(11,2%) больных, 5 баллам – у 18(7,5%) пациентов. У 85(35,4%) больных значение по модифицированной шкале Рэнкина составило 6 баллов. После эндоваскулярного восстановления церебрального кровотока ассимптомное геморрагическое пропитывание по данным КТ головного мозга было выявлено у 34 (14,2%) больных, симптомное – у 19 (7,9%) пациентов. В 21 (8,7%) случаях определялась внутримозговая гематома. В период госпитализации в 3 случаях развилось желудочно-кишечное кровотечение, спонтанный пневмоторакс – у 3 больных, критическая ишемия нижних конечностей – у 3 больных, тромбоэмболия легочной артерии – в 2 случаях и в 1 случае тромбоз плечевой артерии. Таким образом, госпитальная летальность составила 35,4% (85 больных).

Выводы: лечение пациентов с острым ишемическим инсультом представляет собой непростую задачу. Для решения этой трудной задачи и достижения более эффективных результатов лечения необходим мультидисциплинарный подход с использованием самых современных инструментов и методик.

Ключевые слова: Острый инсульт, эндоваскулярное лечение, тромбоаспирация, тромбоэкстракция

---

317. Оценка клинической эффективности NPWT в лечении инфицированных послеоперационных ран: десятилетний опыт применения

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

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Гнойно-воспалительные осложнения послеоперационных ран составляют от 30 до 40% в структуре хирургических заболеваний. Длительные сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности, а также выраженная финансовая нагрузка на службы здравоохранения при классических методах ведения пациентов с инфицированными послеоперационными ранами требуют активного внедрения новых высокотехнологичных методов лечения. К таким относится Negative-pressure wound therapy (NPWT), имеющий положительное влияние на репаративный процесс за счет множества патогенетически обоснованных точек приложения.

Материалы и методы. В исследование включено 95 случаев инфицированных ран у пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении клиники ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России с 2013 по 2023 год. Из них 70 мужчин (73,7%) и 25 женщин (26,3%), средний возраст – 48,6 ± 2,1 года. Этиологический состав случаев: открытые раны после иссечения эпителиального копчикового хода – 40 случаев (42,1%); хирургическая инфекция лапаротомной раны – 14 (14,7%); осложнения после герниопластики сетчатыми эндопротезами – 13 (13,7%); осложнения после абдоминопластики – 6 (6,3%); послеоперационный стерномедиастинит – 6 (6,3%); раны после травматологических операций – 6 (6,3%); пищеводные свищи после эзофагокардиомиотомии, гастрэктомии и дивертикулэктомии – 5 (5,3%); декубитальные раны – 3 (3,2%); осложнения после маммопластики – 2 (2,1%). Вакуум-терапия выполнялась круглосуточно в постоянном или переменном режиме в зависимости от фазы раневого процесса. Показатели отрицательного давления при постоянном режиме: от 75 до 125 мм рт. ст., при переменном режиме: 75/125 мм рт. ст. с интервалом 7/2 минуты. При наличии протезов и сетчатых имплантатов дополнительно использовались инстилляции с антисептическими растворами. Процесс раневой репарации оценивался по клиническим (рост площади грануляций, эпителизация), цитологическим (типы цитограмм) и планиметрическим (площадь раны, скорость заживления) параметрам. Полученные результаты. Длительность применения NPWT составила в среднем 22,1 ± 0,25 дней. Смена вакуумных повязок выполнялась каждые 48 – 72 часа, в среднем требовалось от 4 до 6 перевязок. На 4 день признаки воспаления в ране идентифицировались в 31 случае (32,6%). На 8 день после начала NPWT участки грануляционной ткани

визуализировались у 74 пациентов (77,9%). На 12 день у 62 человек (65,3%) регистрировались участки краевой эпителизации. Спустя месяц полная регенерация тканей отмечена у большинства больных – 79 человек (83,2%). При оценке данных цитологии – на 4 день воспалительные цитограммы отмечались в 69 случаев (72,6%). На 8 день число воспалительных цитограмм уменьшилось в 4 раза – 16 больных (16,8%). На 16 день большинство цитограмм имели регенераторный характер – 60 случаев (63,2%). Скорость заживления инфицированных послеоперационных ран составила 2,9 ± 0,41 см2/сут. В течение первых 16 дней во всех случаях, раны сокращались в размерах на 63,1 ± 2,6% от начальной площади. Повторных оперативных санаций и некрэктомий не выполнялось. Все сетчатые имплантаты и протезы сохранены. Средний срок полного заживления ран составил 28,6 ± 0,31 дня.

Обсуждение. Данные, полученные в нашем исследовании, а также в других работах посвященных лечению инфицированных ран, демонстрируют ранний регресс воспаления в ране и положительную динамику планиметрических параметров. Это дает возможность оценить воздействие NPWT на репаративный процесс как эффективное и клинически значимое.

Выводы и рекомендации. NPWT в лечении инфицированных послеоперационных ран оказывает выраженный положительный эффект на процессы регенерации тканей. Данный метод способствует быстрому очищению инфицированных ран, приводит к значимому уменьшению сроков полного заживления, а также повышает возможность сохранения имплантатов/протезов, что обосновывает необходимость его дальнейшего внедрения в клиническую практику.

Ключевые слова: инфицированная послеоперационная рана, раневая инфекция, NPWT, вакуум-терапия, заживление ран

---

318. Лапароскопическая антирефлюксная хирургия с обоснованием выбора метода пластики пищеводного отверстия диафрагмы

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

Ростов-на-Дону

ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Лапароскопическая хирургия уже более 25 лет является стандартным хирургическим подходом как при лечении аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), так и при параэзофагеальных ГПОД с отличными долгосрочными результатами и высокой степенью удовлетворенности пациентов. Тем не менее, рецидивы заболевания отмечаются достаточно часто. Поэтому некоторые авторы рекомендуют использовать сетчатые имплантаты, но их применение не всегда обоснованно, не учитываются размеры грыжи, возраст пациентов, тип конституции и анатомические особенности области пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы. С января 2005 г. по март 2023 г. в клинике РостГМУ 204 пациентам были выполнены лапароскопические антирефлюксные операции по поводу осложненных ГПОД (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, метаплазия слизистой оболочки пищевода, эрозии, пептические стриктуры). Средний возраст составил 52 года (диапазон: 17–76 лет). Малые ГПОД определялись у 55 (27%) пациентов, большие – у 118 (57,8%), гигантские – у 31 (15,2%) (формула Granderath и соавт., 2007). Основываясь на данные проведенного анатомического исследования, пациенты были разделены на следующие группы: мезоморфный тип – 108 (53%), брахиоморфный тип – 62 (30,4%), долихоморфный тип – 34 (16,6%). Пластика пищеводного отверстия выполнялась местными тканями или применялся сетчатый эндопротез, устанавливаемый в заднее средостение. Полученные результаты. Проведенные нами исследования выявили, что начиная со II зрелого возрастного периода, у людей брахиморфного типа телосложения происходит выраженное снижение околопищеводной клетчатки в области пищеводного отверстия диафрагмы, что способствует формированию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. У данных пациентов при пластике пищеводного отверстия диафрагмы мы использовали сетчатые эндопротезы, которые устанавливали в заднее средостение. У 29 (14,2%) больных показанием к протезирующей пластике хиатального отверстия являлись гигантские ГПОД, а у 19 (9,3%) пациентов брахиморфного типа телосложения II зрелого и пожилого возрастных периодов – большие грыжи с выраженными атрофическими изменениями мышечных тканей зоны пищеводного отверстия диафрагмы. В течение всего периода наблюдения за пациентами осложнений связанных с сетчатым эндопротезом и рецидивов заболевания не отмечено. В отдаленном периоде из 136 пациентов хорошие результаты лечения получены у 117 человек (86%), удовлетворительные – 16 (11,8%), неудовлетворительные – 3 (2,2%) (шкала GERD-HRQL).

Обсуждение. Пластика больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы связана с частотой рецидивов до 30%, и для улучшения результатов рекомендовано использовать сетчатые имплантаты. В идеале пластика пищеводного отверстия диафрагмы с использованием сетчатого эндопротеза должна сочетать в себе низкий риск рецидива, минимум осложнений, связанных с эндопротезом, а также благоприятные послеопераци-

онные показатели качества жизни.

Выводы и рекомендации. При выборе метода пластики пищеводного отверстия диафрагмы необходимо учитывать размеры грыжи, а также анатомические изменения данной зоны в зависимости от возраста и типа телосложения. Использование сетчатого эндопротеза, показано пациентам с гигантскими ГПОД при всех типах телосложения, при больших ГПОД пациентам II зрелого и пожилого возрастов с брахиморфным типом телосложения. Расположение эндопротеза в заднем средостении позволяет минимизировать риски осложнений, связанных с травматизацией органов брюшной полости.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, антирефлюксная хирургия, пластика пищеводного отверстия диафрагмы, сетчатый имплантат

---

319. Эндоскопический способ профилактики постманипуляционного панкреатита

Фролов П.А. (1), Короткевич А.Г. (2)

1) Кемерово,
2) Новокузнецк

1) ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,
2) Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Введение. Постманипуляционный панкреатит (ПМП) – это наиболее частое осложнение, возникающим после проведения диагностических или лечебных транспапиллярных эндоскопических манипуляций. Встречается от 2-4% у пациентов с низким риском и 8-40% у пациентов с высоким риском. Несмотря на все возможности современной медицины, смертность при развитии ПМП остается на очень высоком уровне: достигает 7-15%, а при развитии деструктивных форм – 40-70%. Проблемы профилактики ПМП являются предметом дискуссий и множества исследований крупных научных клиник во всем мире.

Цель исследования: улучшить результаты профилактики постманипуляционного панкреатита.

Материалы и методы исследования. В проспективное рандомизированное исследование включены 300 пациентов с патологией панкреатобилиарной зоны, проходивших лечение в отделениях общей и печеночной хирургии за 2021-2022 годы, которым проводилась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Женщин было 220 (73,3%), мужчин – 80 (26,7%). Возраст пациентов варьировался от 18 до 92 лет, средний возраст 62,7 ± 7,4 года. Диагноз при поступлении: холедохолитиаз – 148 пациентов, механическая желтуха – 84, стеноз большого дуоденального сосочка – 52, холецистит – 8, панкреатит – 8. Под седацией ЭРХПГ выполнено 250 пациентам (83,3%). Повторное вмешательство потребовалось в 25 случаях. По способу предупреждения ПМП пациенты были разделены на 3 группы (по 100 человек): в 1й группе стандартная медикаментозная премедикация дополнена 2 постбульбарными блокадами раствором лидокаина 0,5%-10 мл до и после вмешательства (Патент РФ №2779221, 05.09.2022), во 2й группе – стандартная премедикация сочеталась с плацебо (2 блокады с раствором NaCl 0,9%), 3я – группа сравнения. Группы сопоставимы по возрастно-половому составу, характеру патологии и объёму вмешательств. Контроль уровня амилаземии и клинических проявлений ПМП проводили каждые 12 часов до нормализации показателей. Статистическая обработка проведена с использованием пакета Statistica 10.1 (StatSoft, Россия).

Результаты. Повышение амилазы более 3 норм наблюдалось у 24 пациентов 1й группы, во 2й и 3й – у 29. Сроки регресса гиперамилаземии до 100 ед./л в 1й и 2й группах составили 4,8 и 7,9 суток и достоверно отличались, в 3й – 6 суток. Нормализация гиперамилаземии на фоне терапии в первые 4 суток отмечена у 91,7% в 1й группе пациентов, у 72,4% – во 2й и 51,7% – в 3й. Тяжелый ПМП с развитием панкреонекроза наблюдался в 4 случаях во 2й, в 6 – в 3й группе, все прооперированы. Средний койко-день составил 17,5 (в 1й группе – 14,3, во 2й – 19,2, в 3й – 18,0). Всего было 11летальных случаев (в основном пациенты с высокой коморбидностью, развитием полиорганной недостаточности, сепсиса).

Заключение. Двойная постбульбарная блокада является эффективной техникой профилактики тяжелого постманипуляционного панкреатита, что позволило избежать грозных осложнений, сократить сроки лечения и госпитализации. Двойная постбульбарная блокада может использоваться, как прием рутинной профилактики постманипуляционного панкреатита у всех категорий пациентов.

Ключевые слова: гиперамилаземия, постбульбарная блокада, постманипуляционный панкреатит, профилактика панкреатита

---

320. Георгий Львович Ратнер: от солдата до профессора

Белоконев В.И., Замятин В.В., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю.

Самара

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

Георгий Львович Ратнер родился 1 сентября 1923 года в городе Челябинске в семье профессора Льва Моисеевича Ратнера – известного Свердловского (Екатеринбургского) профессора. Обстановка, в которой рос и развивался Георгий Львович, способствовала развитию у него склонностей к технике. Поэтому после окончания школы он поступил в Московский энергетический институт, но учиться в нем ему не пришлось. 22 июня 1941 года началась Великая Отечественная война. В ее начале Георгия Львовича в армию не призвали, так как ему еще не было 18 лет, но позже после мобилизации он попал в Одесское артиллерийское училище, по окончании которого был направлен на фронт. Закончил войну в качестве командира разведывательного взвода. Об участии его в Великой Отечественной войне свидетельствуют награды – 4 ордена и 7 медалей, а также ранения – три лёгких и одно тяжелое в грудную клетку. Это и поспособствовало тому, что он изменил свой взгляд на медицину и поступил в Свердловский медицинский институт. Так, началась его жизнь в медицинской специальности, и на этом пути он прошел все этапы: от врача-хирурга в городе Комсомольске-на-Амуре, руководителя отделения грудной и сердечно-сосудистой хирургии, ассистента, а затем доцента в Челябинском медицинском институте до профессора – заведующего кафедрой факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института, которой он руководил в течение 38 лет (1963-2001). С 1966 года (тогда Георгию Львовичу было 43 года) нам вначале как студентам, а затем врачам посчастливилось быть рядом и работать с ним. Что же привлекало окружающих к этому незаурядному человеку? Прежде всего, его активная жизненная позиция, стремление узнавать все новое и передавать его окружающим людям. Георгий Львович много путешествовал, посещал российские и зарубежные клиники, и все, что он видел, благодаря его рассказам, становилось и нашим достоянием. Георгия Львовича как врача отличало уважительное отношение к больным, их проблемам, стремление помочь им всеми возможными, а иногда и невозможными средствами. Его глубокие знания по общей, торакальной, сердечной и сосудистой хирургии позволили создать в руководимой им клинике научные направления, которые отличались не только своей новизной, но и оригинальностью. Так, в общей хирургии широкую известность получили его работы по острой кишечной непроходимости и перитониту, заболеваниям желчевыводящих путей, язвенной болезни. Одним из первых в стране он стал применять гипербарическую оксигенацию, позволившую улучшить результаты лечения газовой гангрены, столбняка, облитерирующих заболеваний сосудов конечностей. В торакальной хирургии известны работы Георгия Львовича по лечению больных с бронхоэктатической болезнью, гипоплазией легкого, опухолями лёгкого, с острой и хронической эмпиемой плевры, рубцовым сужениями пищевода после химических ожогов коррозийными жидкостями. В сосудистой хирургии под руководством Георгия Львовича была разработана тактика оказания помощи больным с острой артериальной непроходимостью, предложены способы лечения больных с облитерирующим эндартериитом с помощью гипербарической оксигенации, с аневризмами периферических сосудов и аорты. Большое внимание Георгий Львович уделял лечению симптоматических гипертоний у пациентов с альдостеромами, феохромоцитомами, кортикостеромами, атеросклерозом почечных сосудов, неспецифическим аортоартериитом, коарктацией аорты. Георгий Львович стоял у истоков становления кардиохирургии в Куйбышевской области в тот период, когда операции на открытом сердце только начинались. А его работы по нарушениям сердечного ритма были пионерскими в нашей стране. Такие разные по содержанию исследования по каждому направлению были не случайными, он постоянно следил за мировым развитием хирургической науки и старался внедрять новые методы у себя в клинике. Георгий Львович был замечательным педагогом. В своих лекциях и на показательных практических занятиях он умел сложный материал представить в доступной и увлекательной форме с большим чувством юмора. Аудитория на его лекциях всегда была заполнена студентами и молодыми врачами кафедры. В последние годы жизни работы Георгия Львовича «Зри в корень» (1994), «Моя профессия – хирург, заведующий кафедрой» (1995), «Новые афоризмы» (1996), «Как продлить молодость» (1998), «Как выйти живым из больницы» (2000), «Жизнь: проблемы, радости, гадости» (2001) были посвящены рассуждениям о жизни, о врачевании, о поведении больного человека, попавшего в ситуацию, связанную с болезнью, о том, что значит руководить кафедрой и т.д. В этих книгах он излагал свои мысли и отвечал на вопросы, позволяющие получить ответы при решении сложных ситуаций, которые возникают у каждого человека. Итогом работы Георгий Львовича – заслуженного деятеля науки РФ, почетного профессора Самарского университета, одного из известных хирургов в мире – стали его ученики. Под его руководством защитили диссертации 91 врач на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 33 – на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Многие из них стали заведующими кафедрами, а профессор И.Н. Денисов стал последним министром здравоохранения СССР. Научные исследования Георгий Львович проводил с аспирантами и практическими врачами – соискателями кафедры. Он поддерживал постоянную

связь с хирургическими областными обществами нашей страны, выступал с докладами на конференциях, съездах, конгрессах, в том числе мирового уровня. Его сообщения всегда пользовались огромным успехом. В 2000 году в Волгограде проходил Всероссийский съезд хирургов, на котором Г.Л. Ратнер должен был сделать доклад. Когда он поднялся на трибуну, то делегаты съезда стоя приветствовали его аплодисментами. Такой восторженный прием ученого мы видели впервые в жизни! Профессиональная, научная, культурная и общественная деятельность Г.Л. Ратнера отмечена высокими наградами. Он – Почетный гражданин Самары, Почетный член Российского общества хирургов, Заслуженный деятель науки РФ, Почетный профессор Самарского медицинского университета и Екатеринбургской медицинской академии, Почетный член Шведского ?оролевского общества «Аорта», член ряда международных хирургических обществ. Его биография была включена в книгу «500 влиятельных лидеров», которая издается в США один раз в 25 лет. В 1996 году он был удостоен Большой серебряной медали Кембриджа за цикл работ по хирургии кровеносных сосудов и в том же году стал лауреатом международной награды «Золотой академический Оскар» в номинации «За неоценимый вклад в культуру, науку и прогресс человечества». Он являлся одним из 100 обладателей Американской медали «Чести», присуждаемой за упорство и преданность профессиональному делу. Одна из улиц в городе Самара носит имя Г.Л. Ратнера. Анализ научного наследия Г.Л. Ратнера показывает, что в России во второй половине XX века он был одним из первых, кто вскрывал целинные научные пласты, которые затем разрабатывали другие. Именно этим он заслужил признание своих коллег – ученых и практических хирургов, которые затем последовательно внедряли его методы. Феномен Г.Л. Ратнера состоял и в том, что в период «закрытого общества» он был принят и оценен за рубежом как личность и как хирург. Полученными знаниями он щедро делился со своими коллегами и учениками.

Ключевые слова: Георгий Львович Ратнер, биография, вклад в хирургию

---

321. Тяжелый панкреатит в фазе септической секвестрации: основные клинические варианты и хирургическое лечение

Прудков М.И. (1), Гафуров Б.Б. (1), Галимзянов Ф.В. (2)

Екатеринбург

Кафедра хирургии, колопроктологии и эндоскопии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава России»; 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, Российская Федерация.2Отделение гнойной хирургии ГБУЗ СО «Свердловская областная

Цель. Представить результаты лечения 851 больного с гнойно-воспалительными осложнениями тяжелого панкреатита.

Материал и методы. В течение 10 лет с 2012 по 2022 год в Свердловскую областную клиническую больницу №1 из общей сети хирургических стационаров был переведен 851 больной с гнойно-воспалительными осложнениями острого панкреатита тяжелой степени. Транспортировка осуществлялась на 10-15 сутки от начала заболевания после появления признаков инфицирования. После поступления с помощью МСКТ с контрастным усилением уточняли форму и локализацию воспалительных очагов, фиксируя их наличие в соответствующих квадрантах забрюшинной клетчатки: S1 и S2 (левые верхний и нижний), D1 и D2 (правые верхний и нижний), C (центральный).

Результаты. Инфицированные перипанкреатические инфильтраты без жидкостных скоплений были выявлены у 119 больных, из которых 103 пролечено консервативно (летальность 5,8%), 16 – оперированы (летальность 52,2%). Панкретогенные абсцессы (отграниченная форма септической секвестрации) имели место в 153 наблюдениях, 5 из которых были дренированы пункционно, а 148 – из отдельных миниразрезов длиной 3-5 см без летальных исходов. Неотграниченные и смешанные варианты септической секвестрации забрюшинной клетчатки, были выявлены у 579 больных, что потребовало вскрытия и наружного гнойных очагов через бурсоментостому и малые внебрюшинные доступы. Программные санации гнойных полостей осуществляли с применением ретоперитонеоскопов клинкового типа. Тяжесть состояния пациентов, обширность поражения и разнородность очагов гнойно-некротических изменений нередко требовали интенсивной реанимационной поддержки и необходимости дробить хирургическое лечение на этапы.

Заключение. Тактика хирургического лечения больного с гнойно-воспалительными последствиями тяжелого панкреатита и его результаты во многом определяются вариантом и распространенностью септической секвестрации забрюшинной клетчатки, качеством уточняющей диагно-

стики, реанимационной поддержки и техническими возможностями стационара.

Ключевые слова: тяжелый панкреатит, инфильтрат, абсцесс, септическая секвестрация.

---

322. Принципы закрытия сформированных кишечных свищей у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами

Белоконев В.И. (1,3), Пушкин С.Ю. (1,2), Ковалева З.В. (1,3), Губский В.М. (1), Катков С.С. (3), Рыжков Р.С. (1), Беззубов А.Р. (1)

Самара

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
2. ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»
3. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова»

Реконструктивно-восстановительные операции при сочетании кишечного свища с вентральной грыжей относятся к вмешательствам высокой степени сложности. При этом возможно два подхода: первый – устранение свища первым этапом, а пластическое закрытие дефектов в брюшной стенке проводится вторым этапом; второй – выполнение пластики брюшной стенки одновременно с устранением свища. Обоснованность таких подходов может быть решена только при сравнительной оценке результатов таких операций.

Цель – обоснование принципов закрытия сформированных кишечных свищей у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Проведен анализ лечения 76 пациентов со сформированными кишечными свищами и послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ). Мужчин было 50 (66%), женщин – 26 (34%). Средний возраст больных составил 55,19±15,03. Свищи на уровне тощей кишки были у 12 (15,8%) пациентов, подвздошной – у 34 (44,7%), ободочной кишки – у 30 (39,5%). Размеры грыж W1 были у 8 (11%) пациентов, W2 – у 21 (28%), W3 – у 47 (62%). По способу завершения операции пациенты разделены на группы. В первую группу вошли 23 (30,3%) пациента, у которых устранение кишечного свища и пластическое закрытие дефекта брюшной стенки выполняли в 2 этапа. Во вторую группу включены 53 (69,7%) пациента, которым после закрытия свища выполняли пластику брюшной стенки, то есть в один этап.

Результаты и их обсуждение. У 23 больных первой группы закрытие свища проводили через доступ в зоне его расположения, а ПВГ устраняли вторым этапом через 3-6 месяцев после первого вмешательства. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (13%): гематома у 2 (8,7%); нагноение раны у 1 (4,3%). У 53 пациентов второй группы устранение свища проводили после герниолапаротомии. При этом наложение тонко-тонкокишечного анастомоза выполнено у 10 (18,9%), тонко-толстокишечного – у 21 (39,6%), толсто-толстокишечного – у 16 (30,2%), перемещение кишечной стомы на новое место – у 6 (11,3%). Закрытие дефекта передней брюшной стенки комбинированным способом по 1 варианту выполнено у 17 (60,7%), по 2 варианту – у 2 (7,1%), по первому этапу операции Майдля – у 3 (10,7%), послойным ушиванием грыжевых ворот – у 6 (21,4%). Послеоперационные осложнения возникли у 4 (7,5%): асептический инфаркт подкожной клетчатки – у 3 (5,7%), инфицированный инфаркт – у 1 (1,9%). Осложнений, связанных с несостоятельностью анастомозов, не было. Сравнение результатов лечения больных в первой и второй группах показало, что несмотря на больший объем оперативного вмешательства количество осложнений во второй группе достоверно не увеличилось (?2=0,579; p=0,447). Проведённый сравнительный анализ результатов лечения больных первой и второй групп показал, что если закрытие свища проводится через локальный доступ в его проекции, то двухэтапный подход оправдан, так как не способствует прогрессированию спаечного процесса в других отделах брюшной полости. При закрытии свища путем герниолапаротомии из-за расположения его и дистального отдела кишечника в разных анатомических отделах брюшной полости, что требует мобилизации петель кишечника, отказ от закрытия дефекта в брюшной стенке и завершение операции временным закрытием брюшной полости путем сшивания краев кожи вновь потребует на втором этапе мобилизации кишечника, при котором возможно развитие осложнений. В то же время при необходимости закрытия высокого свища тонкой кишки на фоне некупированного перитонита окончательное закрытие брюшной полости невозможно, а поэтому временное закрытие брюшной полости является вынужденным. В такой ситуации можно закрыть брюшную полость местными тканями без натяжения с помощью выполнения первого этапа пластики при грыжах по Майдлю и отказаться от использования протеза.

Ключевые слова: Кишечный свищ, послеоперационная вентральная грыжа, принципы лечения

---

323. Радиочастотная абляция при аденомах большого сосочка двенадцатиперстной кишки с внутрипротоковым распространением

Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В.

Москва

ФГБУ НМИЦ Хирургии имени А.В. Вишневского

Актуальность Из-за высокой склонности к малигнизации вне зависимости от гистопатологического строения все аденомы БСДК подлежат удалению. По нашим данным частота выявления рака в удаленной опухоли БСДК составляет 7,7%. Использование в практике предложенной нами эндоскопической классификации новообразований БСДК (Старков Ю.Г. и соавторы, 2022г.) оценивающая характер экстрапапиллярного и интрадуктального компонентов аденомы позволяет индивидуально для каждого пациента определить метод и объем оперативного вмешательства, за счет детальной оценки типа роста и распространения аденомы. Аденомы БСДК относящиеся к III и IV типу по классификационному типированию с наличием интрадуктального распространения на ОЖП и/или ГПП более 10 мм трудно поддаются внутрипросветному эндоскопическому лечению. Частота резидуальных аденоматозных расрастаний при внутрипротоковом компоненте опухоли составляет до 50%. С появлением инструментов для внутрипротоковой радиочастотной абляции интрадуктальных аденоматозных разрастаний можно пересмотреть ранее предложенные критерии по лечению протяженных внутрипротоковых доброкачественных новообразований.

Материал и методы В нашем центре за последние 5 месяцев 8 пациентам с морфологически подтвержденной аденомой БСДК с дисплазией низкой степени и внутрипротоковым распространением более 10 мм была использована внутрипротоковая радиочастотная. Всего выполнено 8 эндоскопических операций с внутрипротоковой РЧА, из них в 2 случаях по поводу резидуальных аденоматозных разрастаний. В 5 наблюдениях аденомы были представлены III типом, а в 3 остальных IV (в 2 случаях сочетание I типа с III типом и в 1 случае сочетание II с III). У 5 пациентов внутрипротоковое распространение отмечено в ОЖП, у 2 в ГПП и у 1 на оба протока, а протяженность распространения на ОЖП в среднем составляла от 13 до 30мм, и от 10 до 11мм на ГПП. Полученные результаты У всех 8 пациентов технический успех был достигнут в 100%, в 1 наблюдении развился постманипуляционный панкреатит, который был купирован консервативно в течение 3 дней. Для оценки полноты деструкции использована транспапиллярная холангиоскопия. В 6 случаях удалось полностью аблировать аденоматозные разрастания за 1 сеанс РЧА, а в 2 случаях при контрольной холангиоскопии были отмечены резидуальные аденоматозные ткани, в связи с чем понадобился повторный сеанс радиочастотной абляции. В одном наблюдении внутрипротоковая РЧА выполнена под контролем эндосонографии с целью мониторирования абляционного воздействия на опухоль и окружающие ткани. Средняя мощность, использованная для РЧА в ОЖП, составляла 8Вт при продолжительности 90-120 сек. В ГПП средняя мощность 7-8 Вт при продолжительности 80-90 сек. Всем пациентам выполнено стентирование ГПП и ОЖП с целью профилактики постманипуляционного панкреатита и рубцовой стриктуры холедоха.

Выводы и рекомендации В настоящей работе мы впервые демонстрируем опыт применения внутрипротоковой РЧА при аденомах БСДК с интрадуктальным компонентом, которые трудно поддаются эндоскопическим операциям. Первый опыт применения показал высокую эффективность и безопасность внутрипротоковой радиочастотной абляции. Дальнейшее накопление опыта позволит изучить отдаленные результаты новой методики.

Ключевые слова: Аденома БСДК, внутрипротоковая РЧА, интрадуктальный компонент, эндоскопическое лечение, классификационное типирование

---

324. Влияние отработки техники тиреоидэктомии на гортано-трахеальных комплексах на результаты хирургического лечения заболеваний щитовидной и околощитовидных желез

Белоконев В.И. (1,3), Пушкин С.Ю. (1,2), Ковалева З.В. (1,3), Галстян Н.Э. (1,4), Старостина А.А. (3), Беззубов А.Р. (1)

Самара

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
2. ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»
3. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова»
4. ГБУЗ «Самарская городская клиническая бо

Частота повреждений возвратного гортанного нерва по данным литературы колеблется от 1 до 23% и зависит от характера заболевания и техники выполнения оперативных вмешательств. Анатомия возвратных гортанных нервов (ВГН) характеризуется индивидуальными особенностями и существенно изменяется в процессе развития заболевания в щитовидной и околощитовидных железах. Представления о возможных вариантах расположения ВГН дает практика препаровки тканей на гортанно-трахеальных комплексах, что влияет и на результаты операций при лечении больных.

Цель работы – влияние отработки техники тиреоидэктомии на гортано-трахеальных комплексах на результаты хирургического лечения заболеваний щитовидной и околощитовидных желез

Материал и методы. Топографию возвратных гортанных нервов изучали на 30 гортано-трахеальных комплексах умерших больных, на которых отрабатывали технику визуализации экстраорганных участков возвратных гортанных нервов. Возраст умерших колебался от 60 до 84 лет. Эффективность освоения техники тиреоидэктомии на гортано-трахеальных комплексах оценена при анализе лечения больных с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез до и после внедрения такого подхода.

Результаты и их обсуждение. При отработке техники тиреоидэктомии на гортано-трахеальных комплексах расположение возвратного гортанного нерва прослеживали слева от дуги аорты, а справа – от подключичной артерии до места входа в гортань между перстневидным и щитовидным хрящами. Тиреоидэктомию выполняли от боковых поверхностей долей ЩЖ. После мобилизации связок ЩЖ и перевязки верхних щитовидных артерий приступали к мобилизации боковых поверхностей долей щитовидной железы. Наиболее сложный участком экстраорганной части ВГН расположен на расстоянии 2 см до места входа нерва в гортань в зоне расположения подвешивающей связки щитовидной железы – связка Берри. В связку входит бугорок Цукеркандля, веточки нижней щитовидной артерии, верхняя ОЩЖ, образующие поверхностный листок связки Берри, и глубокий фасциальный листок, представленный фиброзной соединительнотканной пластинкой. Пересечение связки Берри обеспечивает свободное отделение нижней поверхности ЩЖ и перешейка до противоположной доли. Интраоперационные наблюдения показали, что при заболеваниях ЩЖ расположение ВГН менялось. При узловом зобе с расположением узла в области бугорка Цукеркандля ВГН смещался от трахеи, совершая ход вокруг узла, что без его визуализации может привести к его повреждению. У пациентов с первичным гиперпаратиреозом в сочетании с заболеванием в щитовидной железе трудности были при загрудинном положении зоба и аденомы. Результаты. В период с 2005 по 2012 годы после выполнения тиреоидэктомии от боковых поверхностей ЩЖ с визуализацией ВГН у 105 пациентов временное нарушение фонации было у 3 (2,85%), кровотечение из раны у 1 (0,95%). С 2013 по 2023 год при тиреоидэктомии от боковых поверхностей ЩЖ с визуализацией ВГН и внедрения отработки техники операций на гортано-трахеальных комплексах у 200 оперированных пациентов частота временного нарушения фонации составила 0,98%, других осложнений не отмечено.

Заключение. Тиреоидэктомия становится безопасной при выполнении ее хирургом знакомым с анатомией ВГН и деталями техники вмешательства, чему способствует освоение операций на гортано-трахеальных комплексах. Улучшению результатов у пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ и ОЩЖ способствует выполнение тиреоидэктомии от боковых поверхностей ЩЖ с визуализацией ВГН. Повышению безопасности операций при тиреоидэктомии способствует учет изменений топографии расположения возвратных гортанных нервов под влиянием патологии в щитовидной и околощитовидных железах.

Ключевые слова: Заболевания щитовидной железы, заболевания паращитовидных желез, анатомия возвратного гортанного нерва, техника операций

---

325. Особенности клинического проявления и лечения пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением

Белоконев В.И. (1,2), Храновский Д.Г. (2), Антропов И.В. (2), Николаев А.В. (2), Андреев С.А. (2), Смаль Н.В. (2), Старостина А.А. (2), Купер В.Д. (1)

Самара

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
2. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова»

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) являются сложнейшей проблемой при лечении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). До настоящего времени показатели летальности остаются высокими и достигают 10 – 14%. От общего числа пациентов с ГДК у 81% из них причиной кровотечения являются язвы желудка и ДПК. Причинами таких высоких показателей являются увеличение продолжительности жизни населения, тяжелые сопутствующие сердечно-сосудистые и легочные заболевания, прием нестероидных противовоспалительных препаратов и антикоагулянтов. Лечение больных с язвенной болезнью, как и при других заболеваниях, периодически изменяется из-за появления новых лекарственных препаратов, совершенствования инструментальных методов остановки кровотечения, дифференцирования подходов к выбору способов оперативного лечения.

Цель – провести анализ особенностей клинического проявления и лечения пациентов с язвами ДПК, осложненными кровотечением.

Материалы и методы. В исследование было включено 166 с язвами ДПК, осложненными кровотечением. Мужчин было 121 (72,9%), женщин – 45 (27,1%), средний возраст пациентов составил 57,7 лет.

Результаты. При поступлении в больницу жалобы на тошноту предъявляли 74(44,6%) пациента с язвами ДПК, на боль в эпигастральной области – 32(19,3%), на слабость – 133(80,1%), на головокружение – 33(19,9%), на потерю сознания – 7(4,2%), на рвоту кровью – 84 (50,6%), на дегтеобразный стул (мелену) – 132(79,5%) Факторы, влияющие на развитие кровотечения у пациентов с язвами ДПК, отмечены у 19(11,4%) пациентов: алкоголизм – у 6(3,6%), прием НПВС – у 7(4,2%), аспирина – у 2(1,2%), варфарина – у 4(2,4%). У 155 (93,3%) пациентов язвы располагались в луковице ДПК, у 3 (1,9%) – в области пилорического канала, у 8 (4,8%) – в постбульбарном отделе. Размеры язвы меньше 0,5 см были у 5(3%), от 0,5 до 1 см – у 103(62%), от 1,1 до 2 см – у 47(28,3%), от 2,1 до 4 см – 11(6,7%). Кровотечение по J.F. Forrest IA выявлено у 4(2,4%), IБ – у 12(7,2%), IIA – у 1(0,6%), IIB – у 43(25,8%), IIC – у 94(56,6%), III – у 12(7,2%). У 94(56,6%) пациентов с кровотечениями из язв ДПК (у 72/56,6% мужчин и у 22/48,9% женщин) выявлен пилородуоденальный стеноз. Из общего числа пациентов (166) остановка кровотечения только консервативными способами была достигнута у 123(74,1%), проведением эндоскопического гемостаза – у 12(7,2%), сочетанием эндоскопического гемостаза с консервативным лечением – у 7(4,2%), сочетанием эндоскопического гемостаза с хирургическими способами – у 7(4,2%), хирургическими способами – у 19(11,5%) больных. При хирургическом лечении 26 больных с язвами ДПК, осложненными кровотечением, у 1 – выполнена стволовая ваготомия и пилоропластика по Финнею с ушиванием кровоточащей язвы, у 1 – стволовая ваготомия и гастродуоденостомия по Джабулею с ушиванием кровоточащей язвы, у 3 – пилоропластика с иссечением язвы по Джадду, у 7 – резекция желудка по Бильрот –II, у 14 – резекция желудка по Бильрот – I. После проведенного лечения рецидивы кровотечения развились у 7 пациентов: у 2 при консервативном гемостазе, у 2 – после эндоскопического гемостаза, у 1 – после резекции желудка по способу Бильрот – I, у 1 – после пилоропластики с иссечением язвы по Джадду, у 1 – после стволовой ваготомии и пилоропластики по Финнею с ушиванием кровоточащей язвы. При рецидиве кровотечения у 4 кровотечение остановлено консервативными способами, у 2 – эндоскопическим гемостазом, у 1 – резекцией желудка по способу Бильрот –II. В изученной группе пациентов с постбульбарными язвами ДПК, осложненными кровотечением, умерло 2(7,7%). Общая летальность при язвах ДПК, осложненных кровотечением, составила 1,2%. Средний койко/день пребывания в стационаре составил 9,56 дня. Основными способами хирургического лечения язв ДПК является резекция желудка по Бильрот – I и Бильрот II. Наиболее сложными операциями в техническом плане были язвы, расположенные в постбульбарном отделе ДПК. Об этом свидетельствуют результаты их лечения, так из 8 больных с постбульбарными язвами умерло 2.

Ключевые слова: Язвы двенадцатиперстной кишки, кровотечения, клиника, диагностика, лечение

---

326. Обоснование коррекции мышечно-апоневротического каркаса в реконструктивной хирургии

Черепанова Т.В. (1,2), Дунаевская С.С. (1,2)

Красноярск

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. (1)
ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Красноярск (2)

Актуальность. Среди всех хирургических вмешательств грыжесечения занимают лидирующие позиции, как в России, так и за рубежом. Наиболее часто встречаются паховые грыжи – от 70% до 75%, до 5% – пупочные грыжи и около 1,5% составляют грыжи белой линии живота. Частота рецидивов обусловлена не только отсутствием биосовместимости используемых имплантатов с тканями, но и отсутствие учета функциональной мышечной активности передней брюшной стенки. Исследования, направленные на оценку функций мышц брюшной стенки, позволят улучшить уровень восстановления мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки после протезирующих операций.

Цель исследования. С помощью электромиографии оценить функциональное состояние мышц передней брюшной стенки до и после оперативного лечения.

Материалы и методы. С 2015 по 2017 годы обследовано 130 женщин. Средний возраст обследуемых составил 25-50 лет. Пациентки были распределены на две клинические группы, с учетом использования трансплантационного материала. В последующем группы подразделялись на подгруппы, при этом учитывался размер грыжевого дефекта, степень диастаза, птоза мягких тканей передней брюшной стенки. В первую клиническую группу вошли 48 женщин. Пациенткам была выполнена коррегирующая операция на передней брюшной стенки с применением никелид титанового сетчатого эндопротеза. Вторая клиническая группа состояла из 43 человек, пациенткам этой группы выполнялась пластика передней брюшной стенки с применением сетчатого полипропиленового эндопротеза, при этом диастаз прямых мышц живота устранён не был. Контрольную группу составили 39 пациенток, женщины находились на лечении в хирургическом отделении с иными заболеваниями. Функциональную активность мышц передней брюшной стенки определяли с помощью аппарата «Нейро-МВП-4». Всем пациенткам из обеих клинических групп проводили исследование до оперативного лечения и через 12 месяцев после.

Результаты. Электрографические измерения мышц живота у пациенток I и II клинических групп до операции установили, что показатели амплитуды в подгруппах 1.1 и 2.1 хотя и были ниже контрольной, но оставались сопоста-

вимыми, тогда как биопотенциалы с прямых групп мышц превышали боковые незначительно. Амплитудные движения с правых прямых мышц были ниже на 4,58% относительно подгруппы 2.2, показатели мышечных колебаний с левых прямых мышц в подгруппе 1.2 снижались на 13,05% в сравнении с подгруппой 2.2. Частотные показатели электромиографии у пациенток в подгруппе 1.1 превышали частоту сокращений в подгруппе 2.1 незначительно: с правой прямой на 3,02%, с левой прямой на 6,02%, с правой боковой на 3,14%, а с левой боковой на 0,27%. Тогда как в группе 2.2 показатели частоты сокращений превышали полученные данные в группе 1.2 с правой прямой мышц на 32,06%, с левой прямой мышцы на 33,98%, с правой боковой мышцы на 23,84%, с левой боковой мышцы на 32,67%. Через 12 месяцев после реконструктивной операции пациенткам повторно была проведена электромиография. Исследования показали, что во всех подгруппах значения электрофизиологической мышечной реабилитации увеличились, кроме подгруппы 2.2. Средняя амплитуда над прямыми мышцами в подгруппе 1.1 превышала амплитудные колебания в подгруппе 2.1: справа на 12,76%, слева на 13,74%. Также, нами отмечен прирост частоты мышечных сокращений в группе 1.1 в сравнении с подгруппой 2.1. Между подгруппами 1.2 и 2.2 нами отмечены различия в полученных амплитудных значениях. Так, амплитудные биопотенциалы с прямой мышцы в подгруппе 1.2 превышали показатели в подгруппе 2.2: справа на 54,30%, слева на 30,67%, с правой боковой на 26,66%, с левой боковой на 25,56%. Частота мышечных сокращений в подгруппе 1.2 превышала значения в подгруппе 2.2: с правой прямой мышцы на 53,35%, с левой прямой мышцы на 8,16%.

Выводы. Проведенное исследование позволяет судить об эффективности предложенного способа хирургической коррекции мышечно-апоневротического каркаса с применение никелид титанового сетчатого имплантата для укрепления и восстановления функции мышц передней брюшной стенки.

Ключевые слова: хирургия, грыжа, герниопластика, сетчатый имплантат, никелид титан.

---

327. Мышечная пластика в хирургии воспалительных заболеваний грудной стенки

Медведчиков-Ардия М.А. (1,3), Корымасов Е.А. (1,2), Бенян А.С. (1), Титов А.Н. (3), Храновский Д.Г. (3)

Самара

(1)Самарский государственный медицинский университет
(2)Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина
(3) Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

Актуальность. В настоящее время медицинская наука и практика сочетает в себе элементы не только агрессивной хирургической тактики, но и миниинвазивность и эстетичность. Торакальная хирургия, а в частности ее раздел посвященный лечению воспалительных заболеваний грудной стенки, объединяет традиционные некрэктомии и резекции костных структур, и реконструктивно-восстановительные вмешательства, направленные на восстановление целости грудной стенки. Частыми причинами воспалительных изменений грудины и ребер являются остеомиелит, постстернотомный медиастинит, опухоли, лучевое поражение. Нередко после удаления измененных тканей возникает трудность при выборе способа устранения дефекта грудной стенки. Современная тенденция при реконструкции грудной стенки заключается в применение аутологичных пластических материалов, в частности васкуляризированных мышечных лоскутов.

Цель исследования. Провести анализ результатов применения васкуляризированных мышечных лоскутов у пациентов с дефектами грудной стенки различной этиологии.

Материалы и методы. В клинике хирурги ИПО СамГМУ на базе хирургического торакального отделения ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина», а также хирургическом гнойном отделении ГБУЗ «Самарской городской клинической больницы № 1 им. Н. И. Пирогова» в период с 2019 по 2022 гг. находились 58 пациентов с воспалительными заболеваниями грудной стенки. Большая часть пациентов (43 человека, 74,1%) была с постстернотомным медиастинитом различных типов по классификации Oakcley-Wright. У 15 пациентов (25,9%) был диагноз: хронический остеомиелит грудины и ребер различной этиологии (после торакотомии, постлучевой, на фоне опухолевого поражения) и гнойный артрит грудинно-ключичного сочленения. Все пациенты оперированы. Принципами хирургического лечения были: радикальное удаление всех нежизнеспособных и инфицированных тканей грудной стенки, включая грудину и ребра; очищение раны от экссудата и микробной флоры, применяя вакуум-ассистированные повязки; системную эмпирическую и этиотропную антибактериальную терапию; реконструктивно-восстановительную

операцию, направленную на устранение дефекта грудной стенки. У 48 пациентов (82,7%) была применена двухэтапная хирургическая тактика. На первом этапе выполнялся дебридмент раны, применялись вакуум-ассистированные повязки. В среднем срок подготовки раны ко второму реконструктивно-восстановительному этапу составлял 10±4,3 суток. Одноэтапный подход в хирургическом лечении был осуществлен у 10 пациентов (17,3%): постстернотомный медиастинит V тип был у 8 человек, остеомиелит грудины на фоне опухолевого поражения у 2 человек. Реконструктивно-восстановительная операция выполнена 50 пациентам (86,2%). Васкуляризированные мышечные лоскуты, применяемые в реконструкции грудной стенки были представлены: изолированными трансплантатами большой грудной мышцы (18 пациентов), из них на a. thoracoacromialis- у 10 пациентов, на перфорантных ветвях a. thoracica interna- у 8 пациентов; изолированными трансплантатами прямой мышцы живота на a.epigastrica superior у 5 пациентов; полнослойными кожно-подкожно-фасциально-мышечными трансплантатами на a.epigastrica superior у 10 пациентов; полнослойными кожно-подкожно-фасциально-мышечными лоскутами на перфорантной ветви a. thoracica interna у 3 пациентов; полнослойными кожно-подкожно-фасциально-мышечными лоскутами на a. thoracoacromialis у 2 пациентов. Комбинированная пластика большой грудной мышцей и прямой мышцей живота применена у 1 пациента. Также в одном случае проведена оментопластика. Местные ткани в виде кожно-подкожного лоскута были применены у 10 пациентов.

Результаты и обсуждение. В период с 2018 по 2022 гг из 58 пролеченных пациентов с инфекционно-воспалительным процессом в области передней грудной стенки погибло 8 человек (13,7%). Причиной летального исхода послужило развитие тяжелого сепсиса с полиорганной недостаточностью. Среди погибших оперированы все пациенты, им выполнялся только первый этап лечения. Выбор варианта пластической реконструкции на втором этапе у 50 пациентов основывался на данных глубины, объема, площади раневого дефекта, а также возможностях применения мышечных лоскутов, исходя из сохранности питающих сосудов. Так, у 5 пациентов, перенесших АКШ+МКШ, нельзя было рассматривать в качестве пластического материала любые варианты мышечных лоскутов левой большой грудной мышцы на левой внутренней грудной артерии, а также вариант использования левой прямой мышцы живота. В случае наличия небольших, но глубоких дефектов в результате частичной резекции грудины и ребер, когда отсутствовало натяжение краев кожной раны, были применены изолированные трансплантаты большой грудной мышцы на a. thoracoacromialis и перфорантных ветвях a. thoracica interna. Заживление у всех 18 пациентов было первичным натяжением. У 1 из 10 пациентов, которым была выполнена местная кожно-подкожная пластика, развилось инфицирование раны. Местное лечение антисептиками привело к выздоровлению через 8 суток после начала терапии. У пациентов с протяженным дефектом грудной стенки (субтотальная резекция грудины с оставлением рукоятки или стернумэктомия) выполнялась пластика изолированным лоскутом прямой мышцы живота на a.epigastrica superior. У 2 из 5 этих пациентов в послеоперационном периоде развился частичный некроз кожи, что потребовало выполнения некрэктомии. Раны заживали вторичным натяжением. Некроза мышечного трансплантата не было ни у одного пациента. В последующем с целью исключения натяжения краев раны и профилактики краевого некроза кожи в случае протяженного и глубокого дефекта грудной стенки мы стали применять полнослойный кожно-подкожно-фасциально-мышечным лоскутом на a.epigastrica superior. У 1 из 10 прооперированных пациентов развился ограниченный некроз кожи. Повторных операций не было. Эпителизация происходила под струпом в течение 1 месяца. В случаях частичной резекции грудины и ребер, когда в результате дебридмента образовывался глубокий дефект с риском развития натяжения кожи при ее ушивании, применялся полнослойный кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскутом либо на перфорантной ветви a. thoracica interna, либо на a. thoracoacromialis. Из 5 оперированных пациентов у одного из них в послеоперационном периоде развился частичный некроз кожи. После некрэктомии образовавшийся дефект зажил вторичным натяжением в течение 3х недель. В случаях комбинированной мышечной пластики (большая грудная и прямая мышца живота), а также оментопластики трудностей в послеоперационном периоде не отмечено. Заживление было первичным натяжением.

Выводы. По нашему мнению, васкуляризированные мышечные лоскуты являются одними из лучших пластических материалов в реконструктивно-восстановительной хирургии дефектов грудной стенки. Сочетая в себе объемность, хорошую конгруэнтность, пластичность, мобильность, они являются предпочтительнее не только синтетических и металлических имплантов (которые являются инородными телами для организма), но и большого сальника, применение которого не исключает наличия остаточной полости в средостении, а также натяжения тканей при ушивании раны грудной стенки. Главными условиями успешного применения васкуляризированных мышечных лоскутов в реконструкции грудной стенки являются хорошее знание хирургами анатомии грудной и брюшной стенок, а также наличие сохраненного и адекватного кровоснабжения главных мышц-доноров этих областей.

Ключевые слова: грудная стенка, мышечная пластика, остеомиелит грудины, грудинно-ключичное сочленение

328. Виртуальное планирование лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки

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

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет, городская клиническая больница 2

Введение. Одним из способов завершения операции по поводу кистозного поражения печени и селезенки является их аплатизация. Однако не все тактические и технические моменты данной методики до конца решены и нуждаются в дальнейшем усовершенствовании.

Цель исследования. Оценить эффективность применения виртуальных навигационных программ в успешной реализации лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки.

Материал и методы. Проанализированы результаты применения для отбора пациентов к лапароскопической аплатизации кист печени и селезенки дооперационной 3 D- реконструкции данных МРТ на программе RadiAnt и предоперационное определение оптимальных точек установления лапаропортов с использованием разработанного нами навигационной программы (свидетельство номер\2018661120) у 60 пациентов с кистозными образованиями печени и селезенки – основная группа(ОГ), группа сравнения (ГС) составлена из 60 пациентов, которым аплатизация кист проведена открытым доступом. Кистозные образования печени имелись у 109(90,84) пациентов, селезенки – в 11(9,24).В наблюдениях печеночной локализации кист, паразитарные кисты отмечены в 85 (77,9%) случаях, непаразитарные – 5(45.5%) соответственно. У всех пациентов с эхинококкозом печени и селезенки имелся первичный тип заболевания.

Результаты и обсуждение. До операции цистобилиарные свищи выявлены у 5(5.8%) пациентов из 85 обследованных с паразитарными кистами печени, признаки 3 фазе жизнедеятельности паразита – у 6 (6,6%).Внеорганное расположение кисты на 1\2 ее части выявлено в 46(38,6%) случаях, на 1\3-74(61,4%). Интраоперационно в 2 (3,3%) случаях выявлены цистобилиарные свищи. В ГС цистобилиарные свищи интраоперационно были выявлены в 8(13,3%) наблюдениях. Паразитарная киста выявлена в 2(3,3%) случаях, в ГС в 6 (6,6%). В ОГ преимущественный рост кистозного образования в сторону брюшной полости подтверждено в 96,1%. Переустановка портов произведена в 3(5,0%) наблюдениях, конверсия на мини лапаротомию – 2(3,3%) случаях. Длительность операции в ОГ составила 83,4 -+7,9 минут, в ГС – 105,6 +- 8,3 минут. Признаки СВРО в ОГ отмечены в 2 (3,3%) случаях, в 5 (8,3%) в ГС. Жидкостные скопления в ГС имели место в 2 (3,3%) случаях, в ОГ – 1(1,6%). Раневые осложнения имели место в 11 (9,2%) наблюдениях: ОГ – 3(5,0%), ГС- 8(13,3%). Сроки стационарного лечения ОГ- 5 +-1 сутки, ГС 11-+3 сутки. В отдаленном периоде остаточные полости выявлены в ОГу 2 пациентов, ГС – у 4.Рецидив заболевания наступил в 5 (4,2%) наблюдениях: ОГ-2, ГС -3. Аплатизация эхинококковых кист не относится к радикальной методике лечения эхинококкоза печени. Она нуждается в применении гермецидов для обработки остаточной полости и в химиотерапии в послеоперационном периоде.

Заключение. Компьютерная реконструкция данных МРТ на праграмме RadiAnt позволяет рандомизировать пациентов к проведению аплатизации кист печени и селезенки. При использовании для обозначения оптимальных точек установки лапаропортов навигационной программы обеспечивает снижение интраоперационных осложнений и длительности операций.

Ключевые слова: Аплатизация кист

---

329. Особенности клинического проявления и лечения пациентов с острым аппендицитом у беременных

Белоконев В.И. (1,2), Храновский Д.Г. (2), Ковалева З.В. (1,2), Смелкин Д.А. (2), Николаев А.В. (2), Нуянзин Э.А. (2), Антропов И.В. (2), Кудашова А.А. (1)

Самара

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
2. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова»

Острый аппендицит наиболее распространенное хирургическое заболевание у беременных, угрожающее жизни матери и плода, встречающийся у 5,2% женщин. По данным литературы деструктивные формы аппендицита чаще возникают в 3-м триместре и послеродовом периодах. При этом перинатальные исходы бывают хуже, если заболевание развивается во 2-м триместре беременности. Летальность после аппендэктомии во время беременности колеблется от 2,5 до 3,0%, что на порядок выше, чем у небеременных.

Цель исследования: выявить клинические особенности течения острого аппендицита у беременных женщин в зависимости от триместра беременности.

Материалы и методы. Проведён анализ 588 историй болезней женщин с диагнозом острый аппендицит за период 2020-2022 года. У 66 (11,22%) больных заболевание протекало на фоне беременности, у 2 (0,3%) – после

срочных родов. Диагноз острый аппендицит устанавливали на основании физикальных данных обследования и дополнительных инструментальных методов, допустимых к применению у беременных женщин. При этом особое внимание уделяли сбору жалоб и анамнезу течения беременности. Оценивали сроки беременности и особенности ее течения. Из дополнительных методов исследования выполняли УЗИ. Диагноз острый аппендицит устанавливали на основании наличия инфильтрата в правой половине живота, выпота и трубчатой структуры аппендикса.

Результаты и обсуждения. Средний возраст беременных женщин составил 27,2±5,0 лет. Из 66 женщин с диагнозом острый аппендицит у 25 (37,9%) был I триместр беременности; у 26 (39,4%) – II триместр; у 15 (22,7%) – III триместр; у 2 (0,3%) острый аппендицит развился после родов. Через 6 часов от начала заболевания было госпитализировано – 59 (86,8%); от 7 до 24 часов – 3 (4,4%); более 24 часов – 6 (8,8%) женщин. При подозрении на острый аппендицит при физикальном обследовании у 37 (72,5%) женщин в I и II триместре беременности определялась локальная болезненность в правой подвздошной области. Симптом Волковича-Кохера был положительным у 10 (18,2%), симптом Воскресенского – у 5 (7,6%), симптом Ситковского – у 5 (7,6%), симптом Образцова – у 4 (6,1%), симптом Ровзинга – у 2 (3,0%). У 9 (60%) женщин в III триместре беременности определялась боль по всему животу с выраженной болезненностью в правой подвздошной и поясничной областях и положительным симптомом Щеткина Блюмберга. При УЗИ свободная жидкость в брюшной полости обнаружена у 4 (6,1%), в малом тазу – у 1 (1,5%), ретрохориальная гематома – у 2 (3,0%), гипертонус матки у 17 (25,8%). У 2 (3,0%) женщин после родов с острым аппендицитом выявлена субинволюция матки. У 64 (97,0%) беременных женщин аппендэктомия была выполнена через доступ по Волковичу-Дьяконову, у 2 (3,0%) – путем срединной лапаротомии. Во время операции местный перитонит выявлен у 8 (12,1%), разлитой перитонит – у 2 (3,0%), периаппендикулярный абсцесс – у 3 (4,5%), забрюшинная флегмона – у 1 (1,5%). При морфологическом исследовании аппендикса у беременных женщин: флегмонозный аппендицит выявлен у 44 (64,7%), катаральный – у 9 (13,2%), гангренозный – у 6 (8,8%). Осложнения после операции: нагноение раны – у 14 (21,2%), инфицированная гематома – у 1 (1,5%), копростаз – у 1 (1,5%), угроза выкидыша – у 3 (4,5%). Средний койко-день при катаральной форме аппендицита составил 5,5±2,6 дней, при флегмонозной форме – 7,6±3,7, при гангренозной форме – 10,5±2,9.

Выводы 1. У женщин трудности диагностики острого аппендицита наблюдали в третьем триместре беременности. Диагностическая ценность классических симптомов острого аппендицита у беременных женщин значительно снижена из-за низкой их чувствительности, что обусловлено меняющейся топографической анатомии слепой кишки и увеличенных размеров матки. 2. У беременных женщин преобладали деструктивные формы острого аппендицита, которые наблюдали у 73,5% больных, (флегмонозный – 64,7%, гангренозный 8,8%), катаральные формы – у 13,2%. 3. Основным способом лечения острого аппендицита у беременных являются открытые оперативные вмешательства.

Ключевые слова: Беременность, острый аппендицит, диагностика, лечение

---

330. Можно ли опираться на специфические КТ-признаки продолжающегося кровотечения в мягкие ткани у пациентов с COVID-19 на терапии антикоагулянтами, планируя ангиографию?

Поляев А.Ю. (1,2), Тягунов А.Е. (1,2), Страдымов Е.А. (1,2), Трудков Д.Ю. (1,2).

Москва

1) ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»,
2) Кафедра факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Вступление. Спонтанные кровотечения в мягкие ткани брюшной и грудной стенки описаны как осложнения приема антикоагулянтов. Компьютерная томография (КТ) позволяет установить наличие экстравазации контрастного препарата в гематому, что указывается как признак продолжающегося кровотечения. Раннее описаны другие специфические КТ-признаки таких коагулопатических кровотечений. Формирование уровня между жидкой фракцией и форменными элементами гематомы описан как «эффект гематокрита». Под феноменом «сигнальной вспышки» понимают экстравазацию контрастного препарата между указанными слоями гематомы.

Цель. Оценить значение специфических коагулопатических КТ-признаков для прогноза динамики спонтанных кровотечений в мягкие ткани у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 60 пациентов с Ковид-19 со спонтанными кровотечениями в мягкие ткани и экстравазацией контрастного препарата на КТ. Помимо экстравазации у 43 пациентов на КТ выявлен «эффект гематокрита». Из них у 39 экстравазация была в виде «сигнальной вспышки». Всем пациентам выполнена трансартериальная катетерная ангиография (ТКА). Для оценки прогностического значения КТ-признаков сопоставлены результаты КТ и ТКА. Невыявление экстравазации на ТКА было расценено, как отсутствие продолжающегося кровотечения. Полученные результаты. Экстравазация при ТКА установлена у 27 (45%) пациентов. При обнаружении на КТ «эффекта гематокрита» или сочетания данного симптома с феноменом

«сигнальной вспышки» (n=43) на ТКА чаще выявляли экстравазацию, чем при их отсутствии (n=17): 23,5% против 53,4% (p=0,031).

Вывод. Наличие уровня жидкости и феномена «сигнальной вспышки» в структуре спонтанных гематом мягких тканей брюшной и грудной стенки у больных COVID-19 чаще соответствовало продолжающемуся кровотечению на ТКА. Отсутствие коагулопатических КТ-признаков чаще соответствовало остановившемуся кровотечению.

Ключевые слова: спонтанное кровотечение, гематома, КТ, экстравазация, продолжающееся кровотечение, эмболизация, COVID-19

---

331. Динамическое исследование изменения интерлейкина-6 в крови и желче у больных механической желтухой после желчесорбции

Бабаджанов Жасурбек Камилжанович

Узбекистан, Ургенч

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) является одним из наиболее частых осложнений заболеваний печени и общих желчных протоков. Клинические признаки механической желтухи зависят от морфофункциональных изменений в печени, а также от степени и длительности обтурации общих желчных протоков. Увеличение в последнее время число заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной формы холестаза и высокая смертность больных МЖ требуют тщательного изучения всех аспектов этого проявления хирургической патологии.

Цель. Изучение влияния желчесорбции на динамику уровня ИЛ-6 в крови и желчи у больных механической желтухой (МЖ) различной этиологии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 84 больных механической желтухой (МЖ) различной этиологии, разделенных на две группы: основная и контрольная. Контрольную группу составил 41 больной холедохолитиазом, основную группу – 43 больных билиопанкреатодуоденальными опухолями. Всем пациентам после чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) выполнена желчесорбция новым местным энтеросорбентом Лигнова. Полученные результаты. У больных в основной и контрольной группе уровень ИЛ-6 в сыворотке крови до проведения ЧЧХС был выше нормы, в среднем 152,65±16,3 пг/мл, в желчи 67,43±9,14 пг/мл. После ЧЧХС с добавлением в лечебный комплекс желчесорбции уровень интерлейкина-6 в желчи больных основной и контрольной группе уменьшилась с 67,43±9,14 пг/мл до 17,57±2,2, а в крови снижалось 151,52±14,2 пг/млм до 36,81±4,4пг/мл.

Заключение. Применение желчесорбции способствует снижению количества воспалительного цитокина ИЛ-6 в крови и желчи как индуктора эндогенной токсичности и воспалительных процессов у больных с билиопанкреатодуоденальными опухолями, осложненными механической желтухой.

Ключевые слова: Рак билиопанкреатодуоденальной области, механическая желтуха, эндогенное отравление, ЧЧХС, ИЛ-6, желчесорбция.

---

332. Возможности хирургического лечения местно-распространенного рака желудка после проведения неоадъювантной терапии

Миронова Д.Ю., Скоропад В.Ю., Колобаев И.В.

Обнинск

1Медицинский радиологический научный центр имени А.Ф. Цыба – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательски центр радиологии» Минздрава России

Актуальность. В мире и Российской Федерации рак желудка является актуальной проблемой, занимает 6-е место по заболеваемости и 2-е место по смертности среди всех онкологических заболеваний. «Золотым стандартом» лечения местно-распространенных стадий рака желудка является проведение периоперационной химиотерапии по схеме FLOT и радикального хирургического вмешательства в объеме гастрэктомии/субтотальной резекции с лимфодиссекцией D2. Однако, результаты лечения по-прежнему остаются неудовлетворительными, как и завершенность послеоперационного компонента лечения (около 50%), что требует поиска новых методов воздействия. Одним из перспективных направлений является применение неоадъювантной (химио) лучевой терапии; в настоящее время проходит несколько крупных международных рандомизированных исследований, посвященные сочетанию индукционной химиотерапии с последующим химиолучевым лечением.

Цель. Произвести оценку особенностей хирургического этапа лечения и частоты послеоперационных осложнений после проведения 2 циклов неоадъювантной химиотерапии по схеме FLOT с последующей химиолучевой терапией (РОД – 2 Гр, СОД – 46 Гр, на фоне химиотерапии препаратами капецитабин и оксалиплатин).

Материалы и методы. С 2019 по 2021 гг. в МРНЦ им. А.Ф. Цыба было проведено клиническое исследование 2 фазы, в которое было включено 47 пациентов с верифицированным местно-распространенным раком желудка (cT3/T4a-b – 26/21; cN0/N1-3 – 20/27). Среди пациентов было 26 мужчин и 21 женщина, возраст варьировал от 40 до 75 лет. Распределение по локализации опухоли в желудке было следующим: верхняя треть (19, в т.ч. 9 – с распространением на пищевод), средняя треть (13), нижняя треть (14), тотальное поражение (1). По гистологическому типу преобладала низкодифференцированная аденокарцинома – 23 пациента. Неоадъювантная терапия включала проведение 2 циклов полихимиотерапии по схеме FLOT с последующей 3D-конформной дистанционной лучевой терапией (РОД – 2 Гр, до СОД – 46 Гр, на фоне химиотерапии препаратами капецитабин и оксалиплатин), и последующим хирургическим лечением. Оценка послеоперационных осложнений проводилась по классификации Clavien-Dindo.

Результаты. После проведения неоадъювантной терапии, радикально прооперировано 44 больных. У 30 пациентов (64%) – выполнена гастрэктомия, 10 пациентов (21%) – дистальная субтотальная резекция желудка, у 4 пациентов (8%) – проксимальная резекция. В 7 случаях (16%) было выполнено комбинированное оперативное вмешательство (холецистэктомия, резекция поджелудочной железы, спленэктомия). Объем лимфодиссекции во всех случаях составил D2. Объем кровопотери составил 50-800 мл (медиана – 100 мл.), длительность операции – 90-400 минут (медиана – 195 мин.), длительность послеоперационного периода – 6-21 дней (медиана – 9 дней.). У 10 пациентов (21%) зафиксировано 11 послеоперационных осложнений, из которых три случая были выше 3а степени по классификации Clavien-Dindo, в т.ч. один летальный исход, вследствие массивного кровотечения и несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза.

Выводы. Неоадъювантная терапия в объеме 2 индукционных курсов полихимиотерапии по схеме FLOT с последующим химиолучевой терапией (РОД – 2 Гр, СОД – 46 Гр, на фоне химиотерапии капецитабином и оксалиплатином) является безопасным методом лечения, не осложняет проведение хирургического этапа лечения, не приводит к росту числа и степени тяжести послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: местно-распространенный рак желудка, химиотерапия, химиолучевая терапия, комбинированное лечение, гастрэктомия

---

333. Клинические проявления и лечение язв желудка, осложненных кровотечением

Белоконев В.И. (1,2), Андреев С.А. (2), Храновский Д.Г. (2), Русин В.В. (3), Катков С.С. (2), Антропов И.В. (2), Кашкаров В.А. (2), Рузанова А.А. (1)

Самара

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
2. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова»
3. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №8»

Выбор способа консервативного и оперативного лечения больных с кровотечениями из язв желудка остается не решенным. Это обусловлено тем, что если при язвах ДПК возможно использование органосохраняющих операций, то при язвах желудка – необходима только его резекция. Однако, у больных с язвами желудка пожилого и старческого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями, выполнение открытых операций на высоте кровотечения приводит к большому числу осложнений. В настоящее время эффективная остановка кровотечения из язв желудка и ДПК возможна путем эндоваскулярной окклюзии сосудов желудка. Однако, при отсутствии оборудования приходится останавливать кровотечение имеющимися способами.

Цель: анализ клинических проявлений и лечения пациентов с язвами желудка, осложненными кровотечением.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 144 пациентов с язвами желудка, осложненными кровотечением. Мужчин было 85 (59,1%), женщин 59 (40,9%), средний возраст пациентов составил 58,2 лет. Пациенты предъявляли жалобы на: слабость – 76 (52,8%), рвоту кровью – 52 (36,1%), тошноту – 50 (34,7%), боли в эпигастрии – 22 (15,3%), головокружение – 14 (9,7%), потерю сознания – 5 (3,5%). Факторы риска, установленные у пациентов с язвами желудка, отмечены у 27 (18,75%): алкоголизм – у 11 (7,6%), прием НПВС – у 12 (8,3%), аспирина – у 3 (2,1%), варфарина – у 1 (0,7%).

Результаты. При поступлении у больных оценивали АД и ЧСС, устанавливали зонд в желудок, проводили пальцевое исследование прямой кишки и забор крови для лабораторных исследований, ЭКГ. Последовательность лечения больного в первые два часа после госпитализации включала: выполнение ФГДС для определения источника и локализации кровотечения с его оценкой по классификации J.F. Forrest (1974); попытки эндоскопического гемостаза с помощью аргоноплазменной коагуляции; внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (ИПП); переливание по показаниям плазмы и эритроцитарной массы. При неуспешной попытке и рецидиве кро-

вотечения больных оперировали. Типы язвы желудка по классификации A.G. Johnson (1990): язвы I типа были у 40 (39,6%), II типа – у 33 (11,1%), III типа – у 71 (49,3%). Размеры язвы меньше 0,5 см были у 6 (4,2%), от 0,5 до 1 см – у 56 (38,9%), от 1,1 до 2 см – у 51 (35,4%), от 2,1 до 4 см – у 20 (13,9%). Кровотечение по J.F. Forrest IA выявлено у 2 (1,4%), IБ – у 4 (2,8%), IIA – у 7 (4,5%), IIB – у 25 (17,4%), IIC – у 87 (60,7%), III – у 19 (13,2%) пациентов. Язвы желудка II типа были осложнены пилородуоденальным стенозом у 17 (11,8%) пациентов (у 12/8,3% мужчин и 5/3,4% женщин). ДГР выявлен у 17 (11,8%) больных. Из 144 пациентов остановка кровотечения консервативными способами достигнута у 94 (65,3%), проведением эндоскопического гемостаза – у 19 (13,2%), хирургическими способами – у 31 (21,5%) больного. У 25 больных выполнена резекция желудка по способу Бильрот – I, у 5 – по способу Бильрот –II, у 1 – гастрэктомия. Рецидивы кровотечения после операций развились у 4 (12,9%) пациентов: у 3 – после резекции желудка по способу Бильрот – I, у 1 – по способу Бильрот – II. Из них у 1 кровотечение остановлено консервативными способами, у 1 – эндоскопическим гемостазом, у 2 – перезекцией желудка по способу Бильрот – II. Летальных исходов не было. Средний койко/день пребывания в стационаре составил 9,58 дня.

Выводы 1. Среди больных с язвами желудка 1 место занимают кровотечения из язв III типа, 2 место – I типа, 3 место – II типа. 2. У 78,9% больных с язвами желудка остановка кровотечения путем консервативного лечения и эндоскопического гемостаза была эффективна. 3. У 49,3% пациентов размеры язвы желудка превышают 1 см, поэтому остановка кровотечения консервативными и эндоскопическими способами позволяет компенсировать кровопотерю и выполнить по показаниям операцию в более безопасных условиях.

Ключевые слова: Язва желудка, кровотечение, клиника, диагностика, лечение

---

334. 40 лет хирургической службы 1200 коечной больницы

Баулин А.А., Баулина Е.А., Аверьянова Л.А., Баулин В.А., Баулина О.А.

Пенза

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

Сорок пять лет назад в провинциальной Пензе начала постепенно открываться 1200 коечная больница. Это было уникальное явление для области, где до этого крупнейшей была Областная больница на 600 коек. Надо было решать не столько вопросы оснащения, сколько укомплектовывать кадрами, формировать коллективы отделений, лечебный процесс. Опыта открытия такой больницы и служб ни у кого не было. В хирургической службе открыто 14 отделений, 650 коек. Хирургия представлена 4 отделениями, 90% докторов были или после интернатуры, или с минимальным стажем из разных коллективов. Подспорьем было перемещение в больницу кафедр только что организованного института усовершенствования врачей, с которыми было самое тесное и плодотворное сотрудничество. На вооружение взяты основы от Захарьина – анамнез, от Боткина – обследование и с учётом работы экстренных служб по всем специальностям ФАКТОР ВРЕМЕНИ, т.е. сведение до минимума времени с момента поступления до момента операции – активная хирургическая тактика, работа над ошибками, принцип взять неясного больного «на себя». Подготовка кадров основывалась на многократном повторении основных положений и стереотипе поведения, где приветствуется возражение, но при четкой аргументации и следовании тактики после утверждения. Впервые диагностическая база бригады дополнена биохимиком, рентгенологом, эндоскопистом и лапароскопистом, а с получением УЗИ-аппарата и УЗИ-диагностом для круглосуточной работы. Это было впервые в СССР, за что в «перестройку» область была награждена 2 авто «Волга». По этому принципу в 1995 году бригада дополнена эндохирургом, численность хирургов возросла с 3 до 5, а по всем специальностям с 8 до 13. Почти 100% хирургов освоили эндоскопию, УЗИ-диагностику, а затем и эндохирургию по принципу от простого к сложному с круглосуточным обеспечением врачами и операционными сёстрами. Выработаны четкие стандартные схемы, как пример, – средняя послеоперационная летальность при остром холецистите за 40 лет – 1,1% за счёт тактики, которую только в 2006 году главный хирург РФ провозгласил определяющей. Довели участие анестезиологов до 78%, сняли психологическое напряжение в связи с необходимостью выполнения релапаротомии или релапароскопии, из ОГХ создали центр гнойной хирургии, где при диабете органосохранная тактика снизила летальность с 40% до 6%, высокие ампутации с 80% – до 27%. Длительно работали гастроэнтеролическая лаборатория, центры по ортопедии, хирургии кисти, грыжевой болезни, эндохирургии, продолжает работу уникальный специализированный городской центр ЛОР помощи. Много работали над проблемой активных методов дренирования, внедрили централизованный вакуум. Благодаря опоре на творческих и на неординарно мыслящих руководителей отделений, где на первом месте был не контроль, не опека и не подмена, а помощь, в хирургической службе только за первые 24 года совместной работы с кафедрами защитились более 40 соискателей (11 – профессоров, 4 ректора и проректора институтов), ученики и воспитанники (более 50 специалистов) возглавили и возглавляют региональные министерства, администрацию города, зам. Председателя Заксобрания и Предсе-

дателя правительства, институты, больницы, службы, отделения, являются преподавателями институтов, часть заняты депутатской деятельностью и др. Многие коллеги участники и докладчики на многочисленных съездах, конгрессах, конференциях разного уровня, авторы монографий, методических материалов, статей и тезисов. К сожалению, модернизация и оптимизация последних 10 лет отрицательно коснулась наших отделений сокращением коек, ликвидацией эндохирургического отделения, потерей ведущих специалистов, сократились плановые операции, уменьшилась широта, специалисты переместились в частные центры. Сотрясают коллективы жалкая зарплата, не совсем продуманная компьютеризация, давление со стороны страховых компаний, преследование со стороны пациентов, что ведёт и ускоряет выгорание.

Ключевые слова: История хирургии, организация хирургической помощи, принципы работы коллектива, хирургическая тактика

---

335. Поиски малоинвазивного способа лечения гигром

?Баулин А.А., 3 Т.М.Абасов, ?Баулина Е.А., ?Аверьянова Л.А., ?Баулин В.А., 2В.А.Кокорев, ?Баулина О.А.

Пенза

?Кафедра хирургии и эндоскопии им.проф.Н.А.Баулина ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал РМАНПО Минздрава России, ?ГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина», 3Филиал N3 «ФГКУ 428 ВГ» Минобороны России

Ганглии и гигромы являются распространенной патологией, составляющей около 40-50% всех опухолевидных образований на кисти. Характерный возраст пациентов от 10 до 45 лет, 3/4 – женщины. Эти образования по своей сущности относятся к кистам, возникающими из суставной капсулы или влагалищ сухожилий. Локализуются гигромы преимущественно на тыле кисти (70%), 21% – на ладонной поверхности кистевого сустава, 8% – по ходу сухожилий сгибателей пальцев; реже – в области коленного сустава, лодыжек, тыла стопы. Большая часть ганглиев и гигром возникает непосредственно или вскоре после травмы (у 20-25% больных), а так же вследствие определенных видах профессиональных или бытовых хронических перегрузок (у 15-20%). Характерно, что у молодых людей, занимающихся спортом, гигромы не редки, как следствие хронического бурсита или тендовагинита в местах подвергающихся постоянной травматизации. Больных тревожат неудобства, боли, эстетический и косметический компоненты. Выбор оперативной тактики достаточно актуален, поскольку остается высоким показатель послеоперационных рецидивов, достигающий 8-56%. Консервативные методы малоэффективны. Пункционный способ, обкалывание и введение гидрокортизона, химиопрепаратов тоже не всегда себя оправдывают, но применяются у ряда больных, которые или боятся операции, или им противопоказаны. Для лечения гигромы в настоящее время используется раздавливание, раздавливание с предварительным ослаблением прочности ее капсулы путем множественных чрезкожных перфораций, иссечение вместе с протоком, удаление с закрытием капсулы сустава трансплантатом, дренирование трубкой, возникает вакууммирование. При оперативном удалении ладонно-лучевых гигром риск повреждения сосудисто-нервных образований с последующим болевым синдромом, появляется послеоперационный рубец, который травмирует психику пациенток едва ли не больше, чем сама гигрома. Частота рецидивов после оперативного удаления достигает 30%, простого раздавливания у 80% пациентов. Начал использоваться лазер, с 2021 года в клинике травматологии стал применяться эндохирургический способ, результаты пока накапливаются, представляется перспективным. Кроме открытых оперативных приёмов с 1984 года применяем дренирующий способ лечения гигром и ганглиев. Суть его в создании достаточного по времени дренирования условий для формирования асептического воспаления в полости гигромы с последующей облитерацией и рубцеванием. Методика выполнения заключается в проведении под местной анестезией через полость гигромы монофиламентных нитей (4-6), с помощью любого приёма: толстой иглы, проводника, прошивания длинной многоразовой иглой через полость гигромы. Производится надавливание на гигрому, содержимое выходит между нитями наружу. Накладывается асептическая повязка на 3 недели, больных просим периодически массировать место операции через повязку для стимулирования рубцевания, затем нити удаляются. Больные от работы не освобождаются. Анализированы 2 группы больных: 64 оперированы по открытой методике с иссечением кисты и 28 по оригинальной методике. В первой группе 7,8% оперированы под наркозом в стационаре, остальные амбулаторно, освобождались от работы на 11-14 дней. Все 28 пациентов второй группы: 23 с гигромами кисти, 2 – в области коленного сустава, 2 – голеностопного сустава, 1 – 1-го плюсне-фалангового сустава оперированы амбулаторно без освобождения от работы. Отдаленные результаты прослежены в первой группе у 80% больных в сроки до 3-х лет, рецидив отмечен у 12 (20%), оперированы повторно 9 (15%), женщины были недовольны косметическим исходом. Во второй группе рецидив отмечен у 2 (7%), у одной при повторном дренировании рецидив не наступил, вторая – профессиональная волейболистка, продолжала активно заниматься спортом в период лечения, выехала на новое место жительства. У всех отмечен положительный косметический результат лечения, функция не пострадала. Таким

образом, предложенная методика лечения гигром в перспективе может оказаться хорошим подспорьем в арсенале хирурга.

Ключевые слова: Гигрома, ганглии, слизистые кисты, лечение гигром

---

336. Пластика диафрагмально-пищеводной связки при хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Ганков В.А. (1,2), Андреасян А.Р. (1,2), Шестаков Д.Ю. (2,1), Масликова С.А. (1,2)

Барнаул

1) ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет».
2) КГБУЗ БСМП №2 г. Барнаула

Формирование грыжи пищеводного отверстия диафрагмы проходит этапы растяжения диафрагмально-пищеводной связки, затем образование грыжевого мешка из париетальной брюшины, покрывающей почти всю поверхность абдоминального отдела пищевода за исключением его задней поверхности, где она отсутствует. При хирургическом лечении грыжи ПОД эти компрометированные структуры иссекаются и после задней крурорафии, фундопликации остается слабое место в пищеводном отверстии по передней полуокружности, где нередко возникают рецидивы ГПОД.

Материал и методы. С целью профилактики рецидива с 2019 года применяется запатентованная методика пластики диафрагмально-пищеводной связки (Патент на изобретение № 2739225 от 22.12.2020). Видеолапароскопическая пластика диафрагмально-пищеводной связки при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы в дополнении к задней крурорафии и полной фундопликации выполнено у 41 человека. Техника пластики проводилась следующим образом: после иссечения грыжевого мешка, отступя на 1,0-1,5 см от переднего края пищеводного отверстия диафрагмы выкраивали свободную (свисающую) часть оставшейся связки и фиксировали непрерывным швом к передней полуокружности пищевода на 0,5 см выше манжетки неабсорбирующейся атраматичной нитью, исключая жёсткую, ригидную фиксацию. После операции двое больных отмечали икоту в течение 2-3 дней, которая самостоятельно купировалась. Связали эту симптоматику со слишком плотной фиксацией пищевода к краю пищеводного отверстия диафрагмы. Летальности, осложнений не было. Изучены отдаленные результаты у 28 чел (68,3%). Рецидива ГПОД, ГЭРБ в обследуемой группе не выявили. Таким образом, пластика диафрагмально-пищеводной связки является эффективным методом профилактики рецидива ГПОД. Противопоказанием к её выполнению считаем наличие короткого пищевода.

Ключевые слова: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, диафрагмально-пищеводная связка

---

337. Результаты артериальных резекций при местнораспространенных опухолях поджелудочной железы (МР ОПЖ). Опыт 111 операций

Егоров В.И., Дзигасов С.О., Ким П.П., Колыгин А.В., Выборный М.И, Атаян Д.П., Дахтлер Т.Е., Алания М.К.

Московская область, Красногорский район

Ильинская больница

Введение. Результаты современной неоадъювантной терапии (НАХТ) стали основанием для артериальных резекций при МР ОПЖ, в первую очередь, при протоковой аденокарциноме (ПА) ПЖ. Ряду пациентов с «неметастатическим фенотипом» комбинированное лечение не только значимо продлевало жизнь, но и приводило к излечению от протоковой аденокарциномы ПЖ. Эффективность и безопасность артериальных резекций (АР) при МР ПАПЖ сегодня является предметом исследований.

Цель. Оценить непосредственные и отдаленных результатов хирургии МРОПЖ Метод: Ретроспективный анализ 82 резекций ПЖ с 111 артериальными резекциями (2009-2023) с оценкой частоты осложнений, послеоперационной летальности и выживаемости : общей (OS) и без прогрессирования (PFS).

Результаты: Среднее время операций составило 384±163минуты, средняя кровопотеря – 351±196 мл, частота R0- резекций и резекций вен – 92% и 67%. Верхняя брыжеечная артерия была резецирована в 12, чревный ствол и/или печеночные артерии – в 99 случаях. Соотношение ПДР/дистальная/ тотальная панкреатэктомия (ТДПЭ) – 12%/53%/35%, общая частота осложнений 65%, Dindo-Clavien >3 – 24%, гастростаз – 29%. Послеоперационная летальность – 7,3% (n6): кровотечение (3), инфаркт миокарда (1), сепсис (1), ишемия кишки (1). Ишемический гастрит – 5(6,8%), ишемия печени – 0, послеоперационная панкреатическая фистула POPF B/C – 21(24,6%). Для ПА ПЖ (n69) OS- 28 месяцев, PFS-20 months, общая 5-летняя выживаемость -28% в общей группе, после ? 6 курсов химиотерапии –35%. Для оценки адекватности кровоснабжения печени, желудка и кишечника всегда использовались ИО УЗИ и ICG-ангиография. Все рецидивы, кроме четырех были отдаленными.

Заключение: Артериальная резекция при резекции поджелудочной железы или ТДПЭ может быть онкологически и технически обоснованной опцией лечения пациентов с местнораспространенными опухолями ПЖ, отобранными с помощью пролонгированной химиотерапии.

Ключевые слова: резекция артерий, местнораспространенный рак поджелудочной железы, протоковая аденокарцинома поджелудочной железы, резекция поджелудочной железы, панкреатэктомия, выживаемость

---

338. Возможности венозных реконструкций при местнораспространенном раке поджелудочной железы при вовлечении всех притоков верхней брыжеечной вены

Егоров В.И., Дзигасов С.О., Ким П.П., Колыгин А.В., Выборный М.И, Атаян Д.П., Дахтлер Т.Е., Алания М.К.

Московская область, Красногорский район

Ильинская больница

Введение. Протоковая аденокарцинома (ПА) поджелудочной железы (ПЖ) считается местнораспространенной (МР), если после предполагаемой венозной резекции при резекции ПЖ “верхняя брыжеечная (ВБВ)/воротная вены (ВВ) не могут быть реконструированы, вследствие вовлечения опухоли или окклюзии”. Реконструкция венозного русла может быть критическим этапом в хирургии МР ПАПЖ, в том числе, поводом для отказа от операции, особенно при вовлечении всех притоков ВБВ.

Цель. Оценить безопасность и эффективность восстановления венозного кровотока после резекций ПЖ и тотальных дуоденопанкреатэктомий (ТДПЭ) при вовлечении всех притоков ВБВ. Метод: Ретроспективный анализ 99 радикальных операций при МР ПАПЖ с 111 артериальными и 72 венозными резекциями (2009-2023).

Результаты: Резекции вен выполнены в 75% случаев. Соотношение ПДР/дистальные резекции/ТДПЭ составило 20%/45%/35%. В 15 случаях резекция вен была выполнена без резекции артерий, в 52 – резекция артерии и вен, в 32– только артерий. Реконструкции ВВ-ВБВ были выполнены прямым анастомозом (n11), заплатой (n9) или протезированием (n12). После резекции ВБВ со всеми притоками, реконструкция была сделана посредством анастомозирования ВВ/ВБВ с одной из кишечных ветвей (n22), Анастомозом между нижней брыжеечной и селезеночной венами (n8) и в 10 случаях реконструкция вен не выполнялась, что предоперационно было запланировано на основании данных КТ. Среднее время операции составило 355±154 мин, средняя кровопотеря-330±170 мл, частота R0- резекций –91,4%, общая частота осложнений- 63%, Dindo-Clavien>3- 23%, гастростаз – 25%, панкреатическая фистула после операции (POPF) B/C-26%. Послеоперационная летальность -6,1%, 0 – при резекции только вен, 6,4% – при резекции вен и артерий и 6,3% при резекции только артерий. Не выявлено различий в частоте осложнений и летальности в группах артериальных, венозных и комбинированных резекций, равно как и в группах различных венозных реконструкций. Специфическим осложнением резекций ВБВ без реконструкции (n5) был 3-5-дневный отек тонкой кишки. Медиана общей выживаемости (MeOS) при ПАПЖ (n74) составила 29 месяцев, медиана выживаемости без прогрессирования (MePFS) -20 месяцев, общая 5-летняя выживаемость -29% в общей группе, после ? 6 курсов химиотерапии –35%.

Заключение: Резекции вен во время резекций ПЖ и ТДПЭ по поводу МР ПАПЖ может быть спланирована с помощью КТ и быть выполнена без реконструкции или анастомозированием ВВ/ВБВ с единственным притоком ВБВ. Использование этих возможностей в ряде случаев позволяет преодолеть ограничения хирургии МР ПАПЖ.

Ключевые слова: местнораспространенный рак поджелудочной железы, резекция вен, резекция поджелудочной железы, панкреатэктомия, выживаемость, реконструкция воротной вены

---

339. К вопросу профилактики гастроэзофагеального рефлюкса после продольной (рукавной) резекции желудка

Луцевич О.Э., Яшков Ю.И., Федоров Д.Д., Прохоров Ю.А.

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова», ЗАО ЦЭЛТ

Введение. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений продольной (рукавной) резекции желудка у пациентов, страдающих морбидным ожирением, является рефлюкс-эзофагит (РЭ). Данное осложнение наблюдается, по данным разных авторов, у 5-20% и более оперированных больных, и существенно влияет на качество жизни после операции.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения более 1000 пациентов с морбидным ожирением, которым с 2004 г. была выполнена продольная («рукавная», или «слив-гастрэктомия») резекция желудка (ПРЖ). Следует отметить, что каких-либо специальных антиреф-

люксных хирургических приемов (типа фундопликации, подшивания культи дна желудка в пищеводу и т.п.) мы не применяли.

Результаты. При изучении причин возникновения РЭ установлено, что чаще он возникает у пациентов, которым в результате технических особенностей операции были оставлены достаточно значимые объемы культи желудка в области дна и антрального отдела. Именно в этих «резервуарах» сохранялась возможность скопления жидкого желудочного содержимого и газа с последующим забросом в пищевод. Второй причиной рефлюкса является отсутствие защитного клапанного механизма кардии при ликвидации угла Гиса в результате резекции. При этом наличие самого расширения ПОД до 4-5 см практически не влияет на число РЭ и конечный результат лечения. В этой связи мы пересмотрели технические особенности выполнения ПРЖ, стандартизировав все ее этапы: 1. Полная мобилизация дна и кардиального отдела желудка с визуализицией левой ножки диафрагмы. 2. Резекция желудка на зонде 42F вплотную к зонду с последующим ушиванием всей линии механического шва на желудочном зонде 32F до получения равномерной по ширине желудочной трубки, без оставления сколь-либо значимых объемов культи желудка в области дна и антрального отдела. 3. При наложении последней кассеты линейного сшивающего аппарата в области дна желудка мы отступали от видимой стенки пищевода на 1-1,5 см, получая небольшую культю треугольной формы 1,5х2,5-3 см, которую затем погружали в просвет желудка полукисетным швом. По нашему мнению, такой прием является профилактикой несостоятельности механического шва в этой области (здесь наиболее тонкая стенка желудка), а погруженная в просвет желудочной трубки культя играет роль своего рода клапанного механизма, препятствующего забросу желудочного содержимого в пищевод. В данное исследование методом слепой выборки были включены 200 пациентов, разделенных на 2 группы: контрольную (100 больных), оперированных до 2019 г. по ранее применяемой стандартной методике (без антирефлюксного «клапана»), и основную (100 больных), оперированных с 2019 г. по новому стандарту. В контрольной группе явления РЭ отмечены у 8 пациентов (8%), проведенное консервативное лечение с использованием блокаторов протонной помпы и желудочных прокинетиков в течение 2-3 месяцев позволило добиться удовлетворительных результатов без дополнительного хирургического вмешательства. Сроки наблюдения составили от 3 до 12 лет. Одной пациентке через 7 лет потребовалось повторное вмешательство (гастропликация) в связи с прогрессирующим набором массы тела (12 кг за 1,5 года). При обследовании выявлено расширение культи желудка в антральном отделе, что мы связываем с техническим недостатком первичной операции. В основной группе жалобы на изжогу, влияющую на качество жизни, отмечены у 1 пациентки (1%) с лабильной психикой в первые 2 месяца после операции. Консервативная терапия по разработанной схеме с положительным эффектом. Сроки наблюдения в этой группе – от 6 месяцев до 3 лет.

Обсуждение. Таким образом, стандартизация методики ПРЖ с использованием калибровочных зондов, формирование равномерной по диаметру желудочной трубки и антирефлюксного «клапана» в области желудочно-пищеводного перехода позволяют добиться существенного снижения числа послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни больных с морбидным ожирением.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, ПРЖ, рефлюкс-эзофагит

---

340. Лечение абдоминального сепсиса при третичном перитоните

Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н., Шихавов А.Р., Исаев А.И., Магомедалиев А.М., Эльдерханов М.М.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. При третичном перитоните у 82 – 86% развивается абдоминальный сепсис, при котором летальность достигает 65 – 90%. Антибиотикорезистентность флоры брюшной полости, тяжелая гипоксия, ареактивность, эндотоксикоз, оксидативный стресс, органная и полиорганная дисфункции, абдоминальный сепсис, стресс – повреждения слизистых ЖКТ, синдром кишечной, белково – энергетической и эндотелиальной недостаточностей является ведущими звеньями течения третичного перитонита и абдоминального сепсиса. Под наблюдением в течении 5 лет находилось 105 больных с третичным перитонитом, из которых у 78 (74%) диагностирован абдоминальный сепсис. В лечении всех пациентов, независимо от источника перитонита, на фоне интенсивной консервативной терапии, выполнялись, визуально контролируемые и адекватные, программные санации через 24 – 48 часов с использованием методик D.H. Wittman (48%) и VAC – систем. Экстракорпоральная детоксикация (гемофильтрация), иммунозаместительная, белково – энергетическая поддержка, энтеральная терапия, направленная на лечение СКН, защиту слизистых ЖКТ, протезирование нарушенных функций органов с постоянным и мониторингом, антикоагулянтная и адекватная антибактериальная терапия являются основными направлениями лечения третичного перитонита. Из 105 больных программные санации 3 раза проведены у 24 (23%), 4 – у 26 (25%), 5 санация – 18 (17%), 6 – 17 (16%), 7 – 15 (7%), более 10 раз – 5 (5%) больным. Из 105 больных удалось спасти 68 (65%). Статистически достоверно

установлено, что результаты методики санаций по D.H. Wittman на 18% хуже, чем использование VAC – систем.

Ключевые слова: Перитонит, сепсис, третичный перитонит, выбор оперативного лечения.

---

341. Результаты экстренного стентирования главного панкреатического протока при тяжелом панкреонекрозе

Дибиров М.Д. (1,2), Парфенов И.П. (2), Примасюк О.П. (2), Бобылев А.А. (2), Шефер А.В. (2), Гусейнов М.Н. (1,3)

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ ми. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ.
2) ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»
3) ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ»

Актуальность: При панкреонекрозе всегда происходит разрыв дольковых или главного панкреатического протоков на фоне дуктогенной гипертензии. Уклонение ферментов в паренхиму поджелудочной железы и парапанкреатическую клетчатку с обширными некрозами, последующим инфицированием и тяжелыми осложнениями. Раннее снижение гипертензии в протоковой системе путем трансдуоденального стентирования способствует быстрому улучшению пассажа агрессивного панкреатического сока в просвет 12 перстной кишки, «обрыву» аутолиза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с улучшением результатов лечения. Для профилактики объема некроза ПЖ, парапанкреатита, инфицирования при тяжелом панкреатите (по классификации АТЛАНТА – 2012) по литературным и нашим данным эффективным методом прекращения дуктогенной протечки активированных протеолитических ферментов и ликвидации внутренних панкреатических свищей является максимально раннее эндоскопическое транспапиллярное стентирование главного панкреатического протока, которое было предложено в 1989 г R. Kozachek. По экстренным показаниями при тяжелом остром панкреатите за последние 3 года выполнено 120 стентирований ГПП. Тяжесть по компьютерному индексу Balthazar – Ranson (1992) составил 8 баллов, органные дисфункции по SOFA – 7.5 баллов, эндотоксикоз по В.К. Гостищеву – 3 ст. В комплекс лечения входили: антисекреторная, антибактериальная, энтеральная, детоксикационная (плазмоферез, гемофильтрация) терапия, а также профилактика и лечение органных дисфункций. При билиарном панкреатите (n-33) выполнены: эндоскопическая литэкстракция их общего желчного протока со стентированием (n – 26), назобилиарное дренирование (n – 3), холецистостомия под контролем УЗИ – 3, антеградное дренирование желчных протоков (холангиостомия) – 4. Из 120 пациентов 72 (60%) выполнена длительная вено – венозная гемофильтрация.

Результаты. Из 120 больных инфицирование наступило у 18 (15%), контрольной – 26%, умерло 14 (12%), контрольной – 18%. Средний койко – день в основной группе – 16, в контрольной – 26. Расходы стационара в основной группе оказались на 26% меньше, чем в контрольной. Таким образом, раннее стентирование ГПП при тяжелом остром панкреатите значительно улучшает результаты лечения и уменьшает осложнения.

Ключевые слова: Острый панкреатит, панкреонекроз, стентирование главного панкреатического протока.

---

342. Миниинвазивная хирургия грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в пожилом и старческом возрасте

Дибиров М.Д. (1), Ерин С.А. (2), Пирахмедов М.И. (1), Исаев А.И. (1), Магомедалиев А.М. (1), Эльдерханов М.М. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ
2) Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова

Актуальность: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является частой патологией у лиц пожилого и старческого возраста на фоне которой развиваются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета. Грыжи ПОД в пожилом и старческом возрасте встречаются в 20 – 30% и являются следствием анатомических и возрастных изменений кардиоэзофагеального перехода и протекают под маской другой патологии. При гистологическом исследовании ножек диафрагмы отмечается резкая гипотрофия, атрофия, дегенерация с преобладанием толстых коллагеновых волокон над эластическими и расширение площади ПОД, которые играют важную роль в патогенезе ГПОД. Лапароскопически (n – 65) и роботически – ассистированно оперированы 100 больных пожилого и старческого возраста с симптомами ГПОД рефрактерные к консервативной терапии. В контрольной группе (n – 45) выполнена типичная фундопликация по Ниссену. В основной группе (n – 55) после мобилизации выполнена задняя крурорафия, наложение фундопликационной манжеты на 360 градусов с ее фиксацией к пищеводу и пищевода к ножкам ПОД. Установлено, что эта методика является оптимальной и эффектовной, т.к. создает устойчивость фундопликационной манжетки и препятствует рецидиву. В основной группе через 3 года рецидив отме-

чен только у одного (1,8%), в контрольной – у 5 (11%). Наш опыт показывает, что миниинвазивные технологии у лиц пожилого и старческого возраста с ГПОД по предлагаемой схеме является оптимальной и противорецидивной методикой.

Ключевые слова: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, пожилой и старческий возраст, особенности оперативного лечения.

---

343. Возможности достижения надлежащего качества лечения больных язвенным желудочно-кишечным кровотечением посредством селективной эмболизации ветвей брюшной аорты

Чикин А.Е. (3), Творогов Д.А. (1,2), Кубачев К.Г. (1), Петропавловская О.А. (1) Акимов В.П. (1), Качесов Э.Ю. (3), Мовчан К.Н. (1,2), Ганин А.С. (3), Ярцев М.М. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
2) СПБ ГБУЗ «Медицинский информацио

Актуальность темы исследования. Причиной более половины всех желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) оказывается язвенная болезнь желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Несмотря на широкие возможности применение противоязвенного консервативного лечения, количество ЖКК язвенной этиологии не только не уменьшается, но и возрастает. Показатель летальности при гастродуоденальных язвенных кровотечениях (ГДЯК) остается высоким, составляя 10-14% (при рецидиве ЖКК – 20-23%). Гемостаз, достигаемый посредством эндоскопических технологий, оказывается эффективным в 85-94%. Частота случаев летальных исходов среди пациентов высокого риска кровотечения при хирургическом вмешательстве достигает 23-25% (на высоте кровотечения – 20–40%). Максимальные наивысшие параметры послеоперационной летальности (50-60%) наблюдаются у больных с высоким операционным риском. Современные медицинские технологии малотравматично и малоинвазивно позволяют осуществить эндоваскулярную остановку кровотечения из язв Ж и ДПК. Однако, в клинических рекомендациях не приводятся единые постулаты тактики лечения при рецидиве кровотечения. Использование технологий эндоваскулярного гемостаза рассматривается как вариант лечения больных с рецидивом кровотечения после констатации неэффективности попыток его остановки посредством методов внутрипросветной эндоскопии. Выполнение висцеральной эмболизации чревных ветвей абдоминального отдела аорты целесообразно с учетом обозначения прямых и косвенных ангиографических признаков кровотечения (к прямым таким признакам относятся: экстравазация контрастного вещества, тромботическая окклюзия сосудов, ложные аневризмы артерий Ж и ДПК; к косвенным – регионарный артериальный спазм, резкая перикалибровка сосуда, локальная гиперваскуляризация, избыточность и неравномерность капиллярного кровотока, о чем свидетельствует озера контраста, штопорообразная форма сосудов, ранний AVA сброс).

Материалы и методы. В городской Александровской больнице Санкт-Петербурга накоплен опыт выполнения 196 манипуляций висцеральной ангиографии при ЖКК, Эмболизация левой желудочной артерии выполнена в 84 (42,9%) случаях, эмболизация гастродуоденальной артерии – в 93 (47,4%) наблюдениях. У 19 (9,7%) больных ангиоэмболизация не выполнялась по причинам невозможности катетеризировать целевой сосуд из-за вариантов его анатомического строения и выраженного атеросклероза (9 пациентов) и отсутствия ангиографических признаков кровотечения (10 больных). Чаще всего ЭвскГмст осуществлялся в случаях локализации язв на задней (55) и задне-верхней (27) стенке ДПК и на малой кривизне (44) и задней стенке (29) Ж. При язвах передней стенки ДПК ангиоэмболизация выполнена у 11 больных и в стольких же случаях эндоваскулярный гемостаз (ЭвскГмст) выполнен при локализации язвы на передней стенке Ж. Возраст пациентов, которым выполнена ангиоэмболизация, преимущественно относился к когортам пожилого (32 при язве ДПК, 29 при язве Ж) и старческого (37 и 31 соответственно). Пациенты, заболевшие в молодом (6 чел. при язве ДПК и 5 – при язве Ж) и в зрелом возрасте (16 и 19, соответственно) составляли группу по численности меньшую, чем больных старших возрастных когорт.

Результаты. Показаниями к выполнению ангиоэмболизации оказывались: в 42% – рецидив кровотечения, в 30% – неэффективность консервативного лечения после эндоскопического гемостаза с высоким риском рецидива кровотечения и в 28% – неэффективность первичного эндоскопического гемостаза. При этом 92% случаев констатирован высокий риск рецидива кровотечения, в 8% – умеренный. Тяжелая степень кровопотери выявлена в 85% наблюдений, средняя – в 13% и низкая – в 2%. У 4 пациентов ЭвскГмст оказался не эффективен. Рецидив кровотечения после выполнения ЭвскГмст развился у 8 пациентов: 5 чел. прооперированы, у 3-х удалось выполнить повторную эффективную ангиоэмболизацию. Необходимость в открытой хирургической операции признана у 18 больных (4 – из-за неэффективности первичного гемостаза, 5 – по причине рецидива кровотечения, 9 пациентов оперированы отсроченно). Осложнения, связанные с выполнением ЭвскГмст в 2 случаях: у одного пациента – тромбоз верхней брыжеечной артерии, завершившийся некрозом тонкой кишки (летальный исход); еще у одного больного произошла тромботическая окклюзия ветвей печеночной артерии (устранено

посредством консервативного лечения). Эффективность гемостаза при ЯГДК с применением методики ЭвскГмст в целом составила 94,7%, при снижении показателей оперативной активности до 5,3% и общей летальности – до 4,1%. В группе пациентов высокого риска использование ЭвскГмст позволило снизить показатель летальности в 2,6 раза с 21,4% до 8,2%.

Заключение. Таким образом, применение эндоскопических технологий достижения гемостаза при ЖКК на фоне эффективного консервативного лечения и используя эндоваскулярную эмболизацию, позволяет обеспечить эффективный гемостаз в 95% случаев. Эндоваскулярная эмболизация, по показаниям, может рассматриваться как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно в группе пациентов с высоким риском осложнений при проведении хирургического вмешательства открытым способом. Однако, для применения эндоваскулярного гемостаза необходимо учитывать ряд условий: отношение к данной технологии должно быть как к одному из методов достижения гемостаза, предпочтение следует отдавать селективной эмболизации, манипуляция должна осуществляться опытными специалистами с учетом индивидуальных особенностей анатомического строения сосудистого русла пациентов, выполнение ангиоэмболизации должно происходить при состоятельной материально технической поддержке.

Ключевые слова: кровотечения, острые язвенные желудочно-кишечные кровотечения, качество медицинской помощи, экспертная оценка безопасности медицинской деятельности.

---

344. 3D-моделирование и интраоперационная навигация в хирургическом лечении гиперпаратиреоза

И.В. Макаров, Д.О. Карпова, Н.А. Прокофьева, Б.В. Кривошеев

Самара

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

Основными заболеваниями околощитовидных желез (ОЩЖ), требующих оперативного вмешательства, являются, как известно первичный (ПГПТ) и третичный гиперпаратиреоз (ТГПТ). И та, и другая патология, имея разный патогенез, сопровождаются аденоматозной трансформацией ОЩЖ, требующей их хирургического лечения. Частота ПГПТ и ТГПТ неуклонно растет, что связано, как с улучшающейся инструментальной и лабораторной диагностикой, так и с увеличением больных данной категории в общей популяции. Однако эффективность операции, особенно при ТГПТ, зависит от нахождения и удаления всех патологически измененных ОЩЖ.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения гиперпаратиреоза за счет внедрение персонализированного лечебно-диагностического алгоритма, включающего 3D-моделирование и интраоперационную навигацию.

Материалы и методы. В нашем университете, под руководством ректора, профессора РАН А.В. Колсанова разработана уникальная методика персонифицированного 3D-моделирования на основе КТ и МРТ-исследования анатомических образований шеи и хирургическая навигационная система АПК «Автоплан». В исследование включены 139 пациентов с гиперпаратиреозом (69 – с ТГПТ и 70 – с ПГПТ). Цифровизация КТ/МРТ-исследования в 3D-модель выполнена 42. Интраоперационная хирургическая навигация – 15. С ТГПТ прооперировано 69 пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа – пациенты, которым выполняли 3D-моделирование и интраоперационную навигацию с использованием АПК «Автоплан» и группа сравнения – пациенты, которым не проводилась интраоперационная навигация, при этом 16 выполняли только 3D-моделирование. В первой группе наблюдали 15 человек, во второй – 54 человек. Всего оперировано 32 мужчин (46,4%) и 37 женщин (53,4%). Возраст – от 28 до 78 лет; средний возраст 50,17±8,82 лет; 6 человек второй группы оперированы дважды, 1 – трижды. С ПГПТ прооперировано 70 пациентов; количество женщин составило 84% (59 человек), мужчин – 16% (11 пациентов). Возраст варьировал от 23 до 85 лет. 11 пациентам (25,6%) выполняли 3D-моделирование органов шеи.

Результаты. У 69 пациентов с ТГПТ было удалено 253 аденомы, в среднем 3,7 аденом у каждого больного. При этом в основной группе удалялось в среднем – 3,9 аденом у каждого пациента, в группе сравнения – 3,6. Тотальная паратиреоидэктомия выполнена 42 больным: 13 (86,7%) – в основной группе, 33 (61,1%) – в группе сравнения; субтотальная паратиреоидэктомия – 19 пациентам, в том числе в основной группе – 2 (13,3%), в группе сравнения – 21 (38,8%) пациентам. Это свидетельствует о лучшей топической диагностике при использовании АПК «Автоплан». Среднее время операции в основной группе составило 95±10 мин, в группе сравнения 110±7 мин. Следует учесть, что в основной группе около 10-15 минут затрачивалось для совмещения виртуального 3D-изображения с реальными анатомическими образованиями пациента и для выполнения интраоперационной навигации. При хирургическом лечении пациентов с ПГПТ сократилось время оперативного вмешательства с 79,2±18,7 минут у пациентов без предоперационного 3D моделирования до 43,5±13,9 минут у пациентов с моделированием (в 1,8 раза, p>0,05), при этом операции выполняли через минимальный кожный разрез 2-3 см. Во время операций не

возникло каких-либо осложнений, технических трудностей, повреждений ВГН, кровотечений.

Заключение. Применение персонализированного лечебно-диагностического алгоритма, заключающегося в использовании предоперационного 3D-моделирования и интраоперационной навигации, позволило оптимизировать топическую диагностику и хирургическое лечение гиперпаратиреоза в целом. При этом сводится к нулю необходимость длительной и не всегда технически простой ревизии шеи в поисках патологически измененных ОЩЖ, и, соответственно, возможность послеоперационных осложнений. Предложенный метод является достоверным способом дооперационной топической диагностики патологически измененных ОЩЖ. Метод позволяет уменьшить время операции на 30±15 минут; может стать также одним из беспристрастных способов оценки эффективности хирургического вмешательства и проведенного лечения в целом.

Ключевые слова: Гиперпаратиреоз, интраоперационная навигация, 3D-моделирование

---

345. Использование интегральных показателей в диагностике и оценке эффективности хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза

Макаров И.В., Прокофьева Н.А., Кривошеев Б.В.

Самара

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

Первичный гиперпаратиреооз (ПГПТ) – это одно из распространенных эндокринных заболеваний, которое сопровождается повышенной секрецией паратгормона (ПТГ) и выраженными нарушениями кальций-фосфорного обмена. Наиболее частой причиной возникновения первичного гиперпаратиреоза являются солитарные аденомы околощитовидных желез (ОЩЖ) (до 85%). Значительно реже (до 15%) причиной ПГПТ становятся множественные изменения или гиперплазия околощитовидных желез. Крайне редко, – до 5% случаев, – рак ОЩЖ. Распространенность в популяции составляет около 0,86-1%. Заболеваемость – 18,8 случаев на 10000 человек. Выявляемость в РФ – 1,3 случая на 100 000 населения. Лабораторная диагностика лежит в основе своевременного выявления ПГПТ.

Цель исследовани.: Разработка способов лабораторной интегральной оценки фосфорно-кальциевого обмена для получения сведений о функциональном состоянии околощитовидных желез, вероятном наличие или отсутствии ПГПТ, контроля эффективности проведенного лечения.

Материалы и методы. Проведено ретро- и проспективное исследование 102 пациентов с диагнозом ПГПТ (первая группа). Количество мужчин составило 15 человек (14,7%), количество женщин – 87 человек (85,3%). Возраст больных колебался от 23 до 85 лет. Средний возраст всех пациентов составил 58,96±12,61 лет. Вторую группу составили 38 здоровых добровольцев, не страдающих эндокринной патологией, в возрасте от 19 до 22 лет. В первой группе 74 человека (72,5%) составили пациенты с симптомным ПГПТ гиперкальциемической формой; 28 человек (27,5%), –пациенты с бессимптомным ПГПТ, как гиперкальциемической (10 пациентов), так и нормокальциемической формой заболевания (2 пациента), и пациенты с симптомным ПГПТ нормокальциемической формой (16 пациентов). До и после хирургического лечения определяли содержание в крови общего и ионизированного кальция, фосфора, паратгормона (ПТГ). На дооперационном этапе всем оценивали уровень 25(OH) вит. D, СКФ и уровень суточной экскреции кальция и фосфора в моче. Из инструментальных методов исследования выполняли УЗИ органов шеи, сцинтиграфию ОЩЖ и КТ/МРТ органов шеи. Для комплексной лабораторной оценки фосфорно-кальциевого обмена и биохимической диагностики ПГПТ рассчитывали 2 интегральных показателя (патенты РФ на изобретение №2730997 и №2730999 от 2020 г.) Са общ. – уровень общего кальция в плазме крови, ммоль/л; Са2+ – уровень ионизированного кальция в плазме крови, ммоль/л; Р – уровень фосфора в плазме крови, ммоль/л; ПТГ – уровень ПТГ в плазме крови, пг/мл.

Результаты. При определении первого интегрального показателя, – ІПГПТ, его значения варьировали от 0,037 до 2,46, составляя в среднем 1,12±0,83. В результате обследования 38 здоровых добровольцев было выявлено, что все значения ІПГПТ были больше максимального значения 2,46, полученного в группе 1А пациентов с ПГПТ и варьировали от 3,35 до 9,5. Это нам позволило сделать заключение, что при значении ІПГПТ ? 2,46 можно достоверно судить о наличии у обследуемого ПГПТ. После удаления аденом рассчитанные значения ІПГПТ в 1А группе в среднем были равны 9,7±5,68, что приближалось к полученному среднему значению здоровых добровольцев и подтверждало эффективность проведенной операции. При определении КПГПТ у здоровых добровольцев среднее значение было равно 3,86±1,27 (2,88-6,34). При обследовании пациентов 1Б подгруппы до операции значения КПГПТ варьировали от 0,017 до 1,95; среднее значение – 0,52±0,36. Кпгпт ? 1,95 стал пограничным значением, свидетельствующим о наличии или отсутствии патологии ОЩЖ. Среднее значение КПГПТ после операции было выше 1,95, и составило 3,30±1,34. Это свидетельствовало об эффективности оперативного лечения.

Выводы. Предложенные способы лабораторной интегральной оценки фосфорно-кальциевого обмена являются достоверными методами количественной оценки функции околощитовидных желез. Использование индексов ІПГПТ и КПГПТ в комплексной диагностике первичного гиперпаратиреоза позволяет оценить изменения фосфорно-кальциевого обмена и с большой долей вероятности констатировать у обследуемых наличие или отсутствие первичного гиперпаратиреоза, а также могут быть использованы в качестве контроля эффективности проведенного лечения в целом. Разработанные показатели легко рассчитываются и могут быть использованы в клинической практике, как в условиях поликлиники, так и в стационарах в диагностике и лечении первичного гиперпаратиреоза.

Ключевые слова: Первичный гиперпаратиреоз, интегральные показатели

---

346. Анализ послеоперационных осложнений и качества жизни пациентов с токсическими формами зоба

Макаров И.В., Князева В.М., Романов Р.М.

Самара

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

Патология щитовидной железы (ЩЖ) стоит на 2 месте среди всех заболеваний эндокринной системы. Одной из наиболее частных патологий является диффузный токсический зоб (ДТЗ) и многоузловой токсический зоб (МТЗ). Одним из основных методов лечения – хирургический. Осложнениями любой операции на ЩЖ являются: парез возвратных гортанных нервов (ВГН), гипопаратиреоз и кровотечения. Частота всех осложнений составляет 2-10%; при этом кровотечения – 0,3-5%, парез ВГН – 0,3-13,5%, осложнения со стороны околощитовидных желез (ОЩЖ) – 3,5-34,2%. Все большее значение приобретает оценка качество жизни (КЖ) пациентов, как субъективный показатель адекватности лечения [4].

Цель исследования – изучить частоту и причины ранних послеоперационных осложнений у пациентов с токсическими формами зоба и качество их жизни в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Проведена оценка ранних послеоперационных осложнений у 150 пациентов, оперированных по поводу ТФЗ. Мужчин было 33 (с ДТЗ – 24, с МТЗ – 9), женщин – 117 (с диагнозом ДТЗ – 67, с МТЗ – 50). Тиреоидэктомия (ТЭ) выполнена 105 пациентам, субтотальная резекция ЩЖ (СРЩЖ) – 45. Пациенты были в возрасте от 19 до 78 лет. У всех оперированных изучены послеоперационные осложнения: транзиторная гипокальциемия (гипопаратиреоз) и стойкий гипопаратиреоз; парез ВГН и послеоперационные кровотечения. Исследовали уровень кальция и паратгормона (ПТГ) на следующий день после операции и через 1, 3, 6 месяцев после операции. С целью изучения КЖ пациентов в послеоперационном периоде использовался опросник SF-36. Проанкетировано 63 (42%) человека. Всех наблюдаемых разделили на 2 группы по нозологии, и на две категории, соответственно объему проведенного оперативного лечения.

Результаты и обсуждение. Из 150 пациентов у 16 (10,66%) отмечался преходящий парез мышц гортани, проявляющийся дисфонией в виде изменения тембра голоса. Из них у 14 (9,33%) после проведения ТЭ, у 2 (1,33%) – после СРЩЖ. Таким образом, среди всех 105 выполненных ТЭ, частота нарушения функции ВГН составила 13,33%, после 45 СРЩЖ – 4,44%. В 1 случае (0,66%) в раннем п/о периоде наблюдали кровотечение, что потребовало выполнение ревизии раны и его остановки. У 34 из 150 (22,66%) отмечали клинические проявления транзиторного п/о гипопаратиреоза: после ТЭ в 28 случаях (18,66%), после СРЩЖ – в 6 (4%). В группе ДТЗ данное осложнение встречалось у 20 (13,33%) пациентов, в группе МТЗ – у 14 (9,33%) пациентов. При оценке КЖ более наглядными были результаты в зависимости от объема оперативного вмешательства. Все показатели в среднем были достоверно выше на 16% у пациентов после СРЩЖ, за исключением показателей VT (жизненная активность) и SF (социальное функционирование) которое в сравниваемых группах было примерно одинаковым. Выходом из данной ситуации мы видим в более тщательном отборе пациентов на оперативное лечение; широкое внедрение и использование интраоперационных методов визуализации ВГН и ОЩЖ; оставление в арсенале хирургов операцию СРЩЖ.

Заключение. 1. Наибольшая частота преходящего пареза ВГН и ТГПТ выявляется при увеличении объема оперативного вмешательства. При выполнении ТЭ парез ВГН встречался в 3 раза чаще, чем при СРЩЖ. Частота транзиторного гипопаратиреоза при ТЭ также увеличивается по сравнению с СРЩЖ в 2,5 раза. 2. Качество жизни пациентов после операции в большей степени зависит от общего физического или психологического состояния, при этом время, прошедшее после операции, не влияет на его улучшение. Однако после СРЩЖ качество жизни выше, чем в группе пациентов после ТЭ, в среднем на 17,15±8,9%.

Ключевые слова: токсические формы зоба, послеоперационные осложнения, качество жизни

---

347. Хирургическое лечение пациентов с синдромом Пайра

Макаров И.В (1), В.Е. Зайцев (2), Д.А. Королев (2), И.А. Тюмин (2), А.В. Петров (2), Е.А. Панарин (1)

Самара

1) ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2) ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД» Медицина» г. Самара»

Введение. Распространенность синдрома Пайра составляет 3,8% среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Синдром Пайра служит причиной около 6-9% хронических запоров. Постановка диагноза затруднена, что обусловлено полиморфностью и неспецифичностью клинической картины, сходной с проявлениями других болезней пищеварительного тракта. Основным методом исследования является ирригография (характерно расположение поперечной части ободочной кишки на уровне малого таза, выраженные перегибы в области селезеночного и почечного углов, правосторонний колостаз). В сомнительных случаях проводят колоноскопию с забором биоптатов стенки кишечника (атрофические изменения мышечного слоя, диффузное замещение эпителия соединительной тканью, наличие коллагена 3-го типа в составе волокон). Лечение в фазе компенсации и субкомпенсации консервативное: высококалорийная диета (употребление пищи, с небольшим количеством клетчатки и стимулирующей кислотное брожение); растительные слабительные средства; витамины группы В; М-холиноблокаторы. Применяют физиотерапевтические методики: электрофорез с новокаином на переднюю стенку живота; ионофорез с прозерином; парафиновые аппликации, диатермия, УВЧ-терапия, массаж живота. Полезна ЛФК с выполнением упражнений для мышечного пресса и усиления перистальтической активности. Хирургическое лечение показано в декомпенсированную фазу. Операциями выбора являются: 1) резекция поперечной ободочной кишки с наложением коло-колоанастомоза «конец в конец» и фиксацией кишечника в анатомически правильном положении; 2) лапароскопическое иссечение ободочно-селезеночной и ободочно-диафрагмальной связок для низведения селезеночного изгиба; 3) при сочетании синдрома с долихосигмой выполняется левосторонняя гемиколэктомия или комбинированное вмешательство с резекцией сигмовидной кишки; 4) при мегадолихоколоне предпочтительно выполнять колэктомию с наложением илеоректального анастомоза.

Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД – Медицина» г. Самара» за период с 2015 по 2022 годы прооперировано 8 пациентов с синдромом Пайра в стадии декомпенсации. Все пациенты были женщины, в возрасте от 31 до 53 лет. Пациентам выполняли левостороннюю гемиколэктомию с толсто-толстокишечным анастомозом «конец в конец» и в одном случае расширенную гемиколэктомию, у пациентки с сопутствующей дивертикулярной болезнью. Средний койко-день 10,75±3,37 дней. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Заключение. Синдром Пайра является достаточно частой причиной хронических запоров, связанных с пороком развития ободочной кишки. Основным методом, подтверждающим диагноз, является ирригография (опущение поперечной ободочной кишки в малый таз, положительный симптом «двустволки»). Наличие у пациента синдрома Пайра в стадии декомпенсации (запоры более 7 дней, боли по левому флангу живота, отсутствие эффекта от приема слабительных препаратов) является показанием к плановому оперативному вмешательству. Объем оперативного вмешательства зависит от вида аномалии. При долихоколон, долихосигме, мегадолихосигме и дополнительных петлеобразованиях в левых отделах ободочной кишки является адекватным выполнение гемиколэктомии или расширенной гемиколэктомии.

Ключевые слова: Синдром Пайра, хирургическое лечение

---

348. Одномоментное сочетанное малоинвазивное хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью с нарушениями дистального желчеоттока

Тимофеев С.Ю., Лебедев П.В., Капустин Б.Б., Колчерин А.В., Баженов А.А.

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), имеющих нарушения дистального желчеоттока. Проанализирована клиническая ситуация у 11 пациентов, поступивших для планового оперативного лечения в хирургическое отделение БУЗ УР «ГКБ №8 МЗ УР им. И.И.Однопозова» (клиническая база кафедры госпитальной хирургии) с диагнозом «хронический калькулезный холецистит». В 4 наблюдениях по ультразвуковым данным предполагался холедохолитиаз в виде дополнительных теней диаметром 0,3-0,4 см в просвете дистальной части холедоха. Проведенная магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ) позволила выявить признаки желчной гипертензии у 6 (54,5%) пациентов в виде дилятации общего желчного и общего печеночного протоков без видимых теней конкрементов и с подтверждением наличия конкрементов в терминаль-

ном отделе холедоха у 5 (45,5%) пациентов. С учетом полученных данных, пациентам предложено двухэтапное хирургическое лечение: эндоскопическая ПСТ и последующая малоинвазивная холецистэктомия. На первом этапе выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии неоднократные попытки канюляции БДС и проведения электрода-струны вследствие грубых рубцово-стенотических изменений папиллы признаны нецелесообразными и операции были прекращены. Таким образом, реализовать двухэтапное лечение не представлялось возможным. На следующие сутки пациенты были оперированы: видеолапароскопическая холецистэктомия (6 больных) и холецистэктомия из мини-доступа (5 пациентов). Мини-доступ предложен пациентам с ранее перенесенным парапанкреатическим инфильтратом и операциями на верхнем этаже брюшной полости. После выделения и проксимального клипирования или лигирования пузырного протока дистальнее выполнено его рассечение на 1/3 просвета и канюляция общего желчного протока ПВХ-катетером. Через внутренний просвет катетера за БДС проведена струна-проводник, визуализирована эндоскопически при одновременном сочетанном выполнении фиброгастродуоденоскопии и по выявленному направлению заведен электрод с выполнением ЭПСТ. Катетер в желчевыводящих путях фиксирован в дистальной культе пузырного протока для последующей декомпрессии билиарного тракта и контроля за адекватностью литэкстракции и восстановления дистального желчеоттока. На 7-8е сутки гладкого послеоперационного периода после проведенной фистулографии дренажи холедоха были удалены. Полученные предварительные результаты предполагают у больных ЖКБ с холедохолитиазом и стенозами БДС в случае технической сложности выполнения ЭПСТ перевод на сочетанное одновременное малоинвазивное хирургическое лечение по принципу «rendez-vous».

Ключевые слова: Желчнокаменная болезнь, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холецистэктомия

---

349. Как снизить риск образования инцизионных вентральных грыж у пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Галимов О.В., Ханов В.О., Ибрагимов Т.Р., Минигалин Д.М., Галимов Д.О., Насырова К.В., Вагизова Г.И

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Распространенным осложнением операций на органах брюшной полости, особенно у пациентов с избыточной массой тела и ожирением является образование инцизионных грыж, наличие которых оказывает значительное негативное влияние на качество жизни. Реконструктивные вмешательства при этом 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. Современные исследования (Ulutas, M.E., Sahin, A., Simsek, G. et al..,2023), показывают уменьшение образования послеоперационных грыж, когда сетка помещается профилактически вовремя закрытия брюшной полости при плановых лапаротомных и лапароскопических вмешательствах.

Целью работы явилось предупреждение развития послеоперационных вентральных грыж посредством превентивной пластики брюшной стенки полипропиленовым сетчатым эндопротезом во время операций у больных с избыточной массой тела и ожирением. На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета(г.Уфа) наблюдались 54 пациента с избыточной массой тела и ожирением, которым ранее в 2010-2020 г-х были выполнены различные бариатрические вмешательства. Частота образования инцизионных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением по нашим наблюдением составила 28,7%. Внедрение эндовидеолапароскопических технологий позволяет значительно сократить число образующихся послеоперационных грыж, однако полностью не решает проблему. Особенно часто инцизионные грыжи после лапароскопических вмешательств у больных с избыточной и глубокой подкожной клетчаткой возникают в точках установки троакаров большого диаметра и местах извлечения удаляемых препаратов органов. Частота образования инцизионных грыж после лапароскопических и лапароскопическиассистированных операций операций по нашим наблюдением составила 10,7%. Появление грыжевого выпячивания отмечено в сроке от 2 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 1,5х1,5см до 10,5х10,5см. В нашей клинике с 2018г всем пациентам, которым выполняются открытые лапаротомные бариатрические операции под апоневроз перед его ушиванием на всем протяжении раны устанавливается сетчатый протез(sublay) шириной 3-4 см. При выполнении лапароскопических вмешательств использование 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. Из полипропиленовой сетки выкраивается круглый эксплантат, диаметром 2,5 – 3 см, который укладывается поверх ушитого в области трокарной раны апоневроза(onlay) и фиксируется к нему 2 швами.

После чего проводят ушивание кожи. Методы профилактики образования послеоперационных вентральных грыж применены нами у 82 пациентов с морбидным ожирением(43 после открытых лапаротомных и 39 после лапароскопических вмешательств). Укрепление линии шва сетчатым имплантом способствует формированию плотного соединительно тканного каркаса в зоне рубца. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Послеоперационные раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. При обследовании в отдаленном периоде (до 5 лет после проведенного оперативного вмешательства) ни в одном случае не обнаружено образования послеоперационной грыжи.

Заключение. Использование сетки при закрытии брюшной полости при бариатрической процедуре снижает риск образования послеоперационной грыжи. Таким образом, для снижения риска послеоперационной грыжи и ее осложнений у пациентов с избыточной массой тела и ожирением можно использовать профилактическую сетку.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, морбидное ожирение

---

350. Обоснование варианта операций у больных с панкренекрозом, осложненного распространенной парапанкреатической флегмоной

Белоконев В.И. (1,2), Пушкин С.Ю. (1,3), Ковалева З.В. (1,2), Николаев А.В. (2), Смелкин Д.А. (2), Сухова А.А. (1)

Самара

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
2. ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова»
3. ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»

Наиболее тяжелой формой острого панкреатита (ОП) является панкреонекроз, осложненный распространенной парапанкреатической флегмоной. Летальность при такой форме заболевания достигает более 90%, которая обусловлена переходом воспалительного процесса на забрюшинную клетчатку и брыжейку поперечно-ободочной кишки. Воспаление в сосудах мезоколон приводит к тромбозу вен, следствием чего является отек стенки ободочной кишки, толщина которой достигает до 10 мм, нарушению барьерной и всасывательной функции слизистой оболочки, микробной инвазии в сосудистое русло и развитию сепсиса. Вскрытие флегмоны забрюшинного пространства в таких условиях возможно только путем выполнения резекции участка или субтотальной резекции ободочной кишки.

Цель – обоснование выбора объема операции у больных с распространенными парапанкреатическими флегмонами.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 88 пациентов с острым панкреатитом тяжёлого течения. Мужчин было 49 (55,7%), женщин – 39 (44,3%). Средний возраст составил 57,5 лет. Из общего числа больных билиарный панкреатит был – у 45 (51,1%), алиментарный – у 31 (35,2%), посттравматический – у 9 (10,2%), послеродовый – у 3 (3,4%).

Результаты. При лечении пациентов придерживались тактики, исходя стадий ОП. В стадию панкреатогенного шока, при отсутствии клинической картины других хирургических заболеваний, больных не оперировали. В стадию панкреатогенной токсемии оперативные вмешательства были направлены на удаление и дренирование жидкостных скоплений в брюшной полости, в малом сальнике и забрюшинном пространстве лапароскопическим способом либо доступом по Н.И. Пирогову. В стадию панкреатогенного инфильтрата по показаниям выполняли лапаротомию, ревизию брюшной полости, резекцию большого сальника, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства. Операцию завершали формированием лапаростомы. В стадию гнойных осложнений проводили проточное промывание через дренажи, установленные в зоне поджелудочной железы, этапную некрэктомию. При недостаточной эффективности выполняли релапаротомию, дополнительно дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и забрюшинное пространство. На участках полной демаркации зоны некроза и секвестрации поджелудочной железы выполняли некрэктомию, операцию завершали формированием лапаростомой. При парапанкреатической флегмоне, которая распространялась на брыжейку ободочной кишки, по правому и левому боковым каналам – выполняли некрэктомию секвестров из ПЖ, резекцию участка толстой кишки с выведением колостомы или субтотальную колэктомию с выведением концевой илеостомы, сквозное дренирование ложа поджелудочной железы, которое прикрывали дренажами из перчаточной резины или полиэтиленовой пленкой. Результаты. У 88 больных с острым панкреатитом тяжелого течения было выполнено 218 операций. В стадию панкреатогенной токсемии оперировано 36 (40,91%), умерло 13 (36,11%); в стадию панкреатогенного инфильтрата – 3 (3,41%), умер 1 (33,33%); гнойных осложнений – 49 (55,68%), умерло 20 (40,81%) пациентов. Парапанкреатическую флегмону с распространением на забрюшинное пространство по правому и левому боковым каналам и на брыжейку ободочной кишки наблюдали у 29 (32,95%) больных; частичная резекция

с выведением проксимальной колостомы выполнена у 9, умерло – 8 (88,9%); субтотальная колэктомия с выведением илеостомы – 10, умерло – 6 (60%) больных. При парапанкреатической флегмоне с распространением на брыжейку мезоколон широкое дренирование забрюшинного пространства и субтотальная колэктомия с выведением концевой илеостомы по сравнению с частичной резекцией ободочной кишки и выведением проксимальной колостомы позволяет снизить летальность с 88,9 до 60%.

Ключевые слова: Панкреонекроз, парапанкреатическая флегмона, объем операции

---

351. Местнораспространенный рак поджелудочной железы. Место криодеструкции в современном комбинированном лечении

Ионкин Д.А.1, Степанова Ю.А. 1, Карельская Н.А. 1, Чжао А.В. 2

Москва

1ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России;2АО «Европейский Медицинский Центр»

Актуальность: Рак поджелудочной железы (ПЖ) без отдаленных метастазов считается местнораспространенным раком ПЖ (МРР ПЖ). Резектабельность такого поражения ПЖ в определяется степенью вовлечения магистральных артерий и вен. Лечение таких больных остается весьма спорным и мало эффективным. Независимо от стратегии лечения общая выживаемость у этих больных остается крайне низкой (меньше года).

Цель исследования: улучшить результаты комбинированного лечения больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.

Материалы и методы. Начиная с 2012 г. криодеструкция была выполнена 69 больным МРР ПЖ (женщин – 34 (49,3%), мужчин – 35 (50,7%)), Средний возраст больных был 54±7,2 года. Размеры опухолей – от 2,5 до 7,0 см. Криодеструкция была дополнена билиарным и/или желудочным шунтированием в 14 (20,3%) случаях, эндоскопическое стентирование желчных протоков было выполнено в 18 (26,1%) наблюдениях. Нами использовались отечественные аппараты «КРИО-МТ» и «КРИО-01», а также пористо-проницаемые губчатые аппликаторы из никелина титана. Диаметр применяемых криоаппликаторов был от 2,0 до 5,0 см. Рабочая температура -186 ?С, время воздействия составило 3-5 минут. Количество сеансов криовоздействия зависело от размера опухоли и составило от 1 до 5 (в среднем – 2,4). Всем больным в послеоперационном периоде проводилась современная адъювантная химиотерапия, у 16 она была дополнена регионарной химиоэмболизацией артерий, питающих поджелудочную железу.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов нами отмечено не было. Внутрибрюшное кровотечение развилось у 2 (2,9%) больных (за счет трещин, возникших на границе ткани ПЖ и «ледяного шара» – у 1(1,5%); кровотечение из мелкой ветви верхней брыжеечной артерии (1) было купировано эндоваскулярно. Асцит был выявлен у 10 (14,5%) больных, острый панкреатит развился у 5 (7,2%) случаев, абсцесс в месте воздействия был отмечен в 2 (2,9%) наблюдениях, эвентрация – у 1 (1,5%) больного. После криодеструкции полное исчезновение боли было отмечено у 39,6%, значительное уменьшение ее интенсивности – у 41,8%. У 5 (7,2%) больных после криодеструкции и современной адъювантной химиотерапии в последующем была выполнена радикальная операция. Общая выживаемость по Каплану-Мейеру у больных раком поджелудочной железы при открытой криоабляции в сочетании с адъювантной химиотерапией составила: 6 мес – 92%, 12 – 84%, 24 – 48%, 36 – 14%, медиана -18,2. месяцы. 5-летний рубеж пережили 2 (2,9%) пациента.

Выводы. Криодеструкция при местнораспространенном раке поджелудочной железы может в значительной степени улучшить качество жизни, а в сочетании с системной химиотерапией увеличивает и общую выживаемость.

Ключевые слова: Местнораспространенный рак ПЖ, криодеструкция

---

352. Применение кишечных стентов для разрешения опухолевой обтурационной кишечной непроходимости

Колтович А.П., Соболева И.А., Иванов А.Э., Брагин А.Г., Алекперов С.Ф., Супрун А.Ю.

Москва

ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова

Актуальность. Стентирование толстой кишки при опухолевой непроходимости выполняется рассматривается как паллиативное лечение кишечной непроходимости, так и в качестве первого этапа перед радикальным вмешательством. Острая кишечная непроходимость разрешается у 90-95% стентированных больных. Однако частота перфорации опухоли при установке стента составляет 4-10%. Миграция стента наблюдается у 10% больных. Летальность, связанная непосредственно со стентирование составляет не менее 1%. Таким образом, не смотря

на высокую эффективность, сохраняется высокая частота осложнений у этой группы больных.

Материал и методы. С мая 2017 года по март 2023 года стентирование опухоли было выполнено у 308 больных с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью. Возраст в среднем составлял 69,9±12,8 лет, минимальный 29 лет, максимальный 97 лет. Мужчин 150, женщин 158. У всех пациентов была суб- и декомпенсированная кишечная непроходимость с локализацией опухоли на уровне сигмовидной кишки у 156 (50,7%), печеночного изгиба ободочной кишки 42 (13,7%), селезеночного изгиба 34 (11%), ректо-сигмоидного отдела 31 (10%), нисходящей ободочной кишки 26 (8,4%), прямой кишки 18 (5,7%), поперечно-ободочной кишки 1 (0,3%). Им было установлено 318 стентов, у 10 пациентов было выполнено рестентирование: у 5 локализация сигмовидная кишка, у 2 – селезеночный изгиб, по 1 печеночный изгиб, нисходящая ободочная кишка и ректо-сигмоидный отдел. Полученные результаты. Из 308 проанализированы 199 историй болезни. Осложнений не было у 165 (82,9%) человек. Они были выписаны в сроки от 1 до 9 дней, средний койко-день составил 2,8±1,5 суток. В сроки до 1 суток после стентирования были выписаны 20 (10,1%) пациентов. Непосредственно после стентирования умерло 3 (1,5%) пациентов, вследствие полиорганной недостаточности, на фоне острой кишечной непроходимости. Неудовлетворительные результаты отмечены у 31 (15,6%) пациента после стентирования. Технические трудности при установке стента с невозможностью эффективного разрешения непроходимости возникли у 4 (2%) пациентов, миграция стента произошла у 6 (3%), перфорация опухоли у 6 (3%), не разрешение непроходимости кишечника в сроки от 1 до 3 дней у 15 (7,5%) пациентов. Из 31 пациента с осложнениями рестентирование было выполнено у 5 (16,1%) человек: 4 в последующем были выписаны, 1 выполнена открытая хирургическая операция. У 27 (13,6%) человек были выполнены хирургические операции, направленные на разрешение кишечной непроходимости при неэффективности стентирования или осложнениях: двухствольная колостома была выведена у 12 (6%), правосторонняя гемиколэктомия у 6 (3%), левосторонняя гемиколэктомия у 3 (1,5%), операция Гартмана у 3 (1,5%), илеостома у 2 (1%), субтотальная колэктомия у 1 (0,5%) пациента. Продолжительность лечения после открытых операций в группе выживших составила от 3 до 33 дней, в среднем 10,6±8,2 суток. После открытых хирургических операций умерло 10 (37%) пациентов. Из них, 8 пациентов были оперированы в 1 сутки после неэффективного стентирования, 2 – в сроки 2 и 3 суток после стентирования.

Выводы и рекомендации. Таким образом, успешное стентирование опухоли было выполнено у 169 (84,9%) пациентов, у 4 из них повторное. Общая летальность после стентирования составила 13 (6,5%) человек. В случае неэффективности стентирования летальность в группе больных, оперированных в последующем, была статистически значимо выше, чем в группе больных с успешным стентированием опухоли (37% и 1,5%, p<0,01).

Ключевые слова: Опухолевая кишечная непроходимость, кишечный стент, стентирование опухоли

---

353. Опыт использования FAST протокола в военно-полевой хирургии

Таратыркин Е.К. (1), Мусаилов В.А. (2)

1) Ставрополь,
2) Москва

1)Филиал №1 ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ,
2) Филиал №1 ФГБУ «НИМЦ ВМТ имени А.А. Вишневского» МО РФ.

Быстрая и точная диагностика повреждений в условиях дефицита времени и ресурсов является одной из основ военно-полевой хирургии. Хорошие диагностические возможности предоставляет ультразвуковое исследование по типу FAST. FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) – это ограниченное ультразвуковое исследование, направленное на поиск свободной жидкости в брюшной полости, в перикардиальной и плевральных полостях, а также определения пневмоторакса. Исследование проводиться достаточно быстро, в течение 3,0 – 3,5 минут. На передовом этапе медицинской эвакуации, в течении двух месяцев, нами был использован FAST-протокол для дифференциальной диагностики неотложных состояний. Исследование выполнялось в режиме скрининга. Оно проводилось всем лежачим пациентам и частично – сидячим. Критерием включения в исследования для сидячих больных явилось наличие ран в области груди, живота, таза или спины. Пациенты с абсолютными признаками проникающих ранений груди и/или живота сразу направлялись в операционную, без проведения ультразвукового исследования. Всего проведено 421 исследование. Среди них лежачие – 246 (58,4%), сидячие – 175 (41,6%). Сортировочная принадлежность сидящих пациентов с ранением в проекции брюшной и грудной полостей определялась только после выполнения FAST протокола. В ходе проведения исследований, у лежачих пациентов в 8,5% выявлен гемоперитонеум и в 12,6% гемопневмоторакс. Среди 175 поступивших сидя выявлено 3,4% гемоперитонеума и 11,4% гемопневмоторакса. Среди всех выполненных исследований выявлено 6,41% случаев гемоперитонеума и 12,1% гемопневмоторакса. У трех лежачих пациентов выявлен одновременно и пневмоторакс и гемоперитонеум. В сомнительных случаях исследование проводили повторно, через один час При повторных исследованиях были выявлены еще 0,95% случая гемопневмоторакса (0,71% – у лежачих пострадавших и 0,14% – у сидячего).

Во всех случаях выявления гемопневмоторакса выполнено дренирование плевральной полости в 5 пятом межреберье по средне-ключичной линии, подтвердившее диагноз. При выявлении гемоперитонеума все пациенты оперированы – выполнена лапаротомия, в двух случаях обнаружены забрюшинные гематомы справа, которые визуализированы при сонографии в кармане Морисона. Среди особенностей выполнения FAST-исследования в полевых условиях необходимо отметить следующие: – аппарат УЗИ должен быть легким, мобильным с собственным аккумулятором, иметь в наличии конвексный и линейный датчики; – при использовании УЗИ-аппарата в операционной, развернутой на 2 стола, аппарат лучше расположить у головного конца между столами, что позволит использовать его двум бригадам хирургов и анестезиологам. Хирурги, впервые начавшие использование FAST-протокола, отметили следующие сложности: – жидкость в кармане Моррисона при забрюшинных гематомах и гемоперитонеуме. -выявления кармана Коллера у тучных пациентов; На результат полученного FAST протокола может влиять огромное количество факторов: положение больного в момент исследования, в каком положении он находился до исследования, наличие газа в брюшной полости, изменение анатомии после оперативных вмешательств и т.п. Необходимо отметить, что FAST – это картина в реальном времени, патологическое состояние может развиться сразу же после выполнения протокола. Таким образом, FAST-протокол достаточно простой в освоении и использовании и информативный способ выявления гемоперитонеума гемопневмоторакса. Выполнение FAST-протокола в режиме скрининга позволило своевременно диагностировать гемопневмоторакс и гемоперитонеум в 6.41% и 12,1% случаев, соответственно. Мы считаем, что каждый военный хирург должен владеть техникой выполнения FAST-протокола и пользоваться ей в своей работе.

Ключевые слова: Хирургия, боевая травма, УЗИ, FAST, гемоперитонеум, гемопневмоторакс

---

354. Типологические черты конфликтных отношений между хирургом и пациентом

Федоров В.Э., Самсонов Д.В.

Саратов

Саратовский Государственный Медицинский университет, железнодорожная больница Саратов

Территориальный орган для контроля качества оказания медицинской помощи по Саратовской области сообщал, что жалобы на хирургов составляют 9,3%.

Материал и методы. С июня 2018 по июнь 2022 года в Росздравнадзор поступило 113 жалоб на ненадлежащее оказание хирургической помощи по профилю хирургия. Куда направлялись жалобы? 1. прокуратура –49(43,4%) жалоб; 2.росздравнадзор –39(34,5%); 3.следственный комитет – 13(11,5%); 4. Минздрав Саратовской области 13(11,5%); 5.Администрация президента или лично В.В. Путину – 7 (6,2%); 6. Страховые компании – 6 (5,3%); 7. Общественные организации – 2(1,8%); 8. администрация ФСИН – 2(1,8%). ; 9. Онлайн-газета – 1 (0,8%). Повторные – наблюдались в 6 (5,3%) случаях. По количеству учреждений, на которые жаловались, на первом месте «стоят»: 1. городские больницы – 34 (30%) случая; 2. частные клиники – 21 (18,6%); 3. ЦРБ – 19 (16,8%); 4. Областная больница – 15 (13,3%); 5. университетская клиника – 12 (10,6%); 6. поликлиники – 9 (7,9%); 7. межрайцентры – 6 (5,3%); 8. скорая помощь – 3 (2,6%); 9. Минздрав Саратовской области – 2 (1,8%); 10. адвокаты, юристы, руководство УФСИН – 2 (1,8%).

Результаты и обсуждение. В 82 (72,6%) жалобах требованием является проверка или экспертизы неудовлетворительного исхода. Это результаты ошибочной диагностики – у 37 (32,7%) пациентов и исходы неправильного лечения – у 45 (39,8%) больных. Самыми одиозными являлись интраоперационные ошибки хирурга, закончившиеся летальным исходом. Они имели место в 11 (9,3%) случаях. «Эмоциональные порывы», могут быть базой для жалобы. В таких суть эмоциональных жалоб состояла в том, что хирург не принял, не оказал помощь (многократно) – 25 (22,1%) случая. На втором месте в эмоциональных обращениях по качеству оказания медицинской помощи суть жалоб состоит в том, что при общении врача с больным имело место откровенные грубость и хамство – 8 (7,1%). На третьем – нарушение деонтологии – 6 (5,3%), включая смерть больного на таком фоне – 1 (0,8%). В других ситуациях при нарастании негативной ситуации с введением пациента эмоции присоединяются позднее, но быстро усугубляют конфликт. Есть еще и «продуманные» жалобы, которые направлены на получение какой-либо выгоды пациентам- таких случаев – 19 (16,8%). Они подразделялись на две группы. Первая представляла жалобы как способ или аргумент для оформления инвалидности -14 (12,4%) случаев. Вторая группа – жалобы как способ решения преодоления или решения житейских проблем. Чаще всего «пострадавшие» граждане хотели, чтобы провели проверку действий врача и лечебного учреждения – 62 (54,9%) случая. В некоторых случаях такие жалобы сопровождались еще и требованием привести хирургов к ответственности – 27 (21,2%) случаев. Некоторые лица требовали решить проблему лечения, но в другом медицинском учреждении – 16 (14,1%) случаев. В 7 (6,2%) случаях больной или его родственники просто сообщить о проблеме. При этом они рассчитывали, что уже это приведет к позитиву. Встречались также требования о возмещении материального ущерба – 3 (7,1%) случаях. Решить вопрос с МСЭК просили в 1 (0,9%) случае. Встречалась жалоба от психически больного – 1 (0,8%) случай.

Заключение. При неудачах лечения усиливается эмоциональная составляющая конфликта. Это и заставляет «пострадавших» сразу же обращаться к самым высоким немедицинским инстанциям для поиска истины и эффективного решения проблемы. Личностные качества хирурга, его мораль и этика взаимоотношений с пациентом, позволяют укладываться в правовые рамки профессиональной деятельности, снизить эмоциональную составляющую конфликта. В настоящее время происходит доминирование правовых и юридических структур над медицинскими экспертами. Это постепенно усиливает перекос их анализа в сторону ранжированной законно-правовой базы.

Ключевые слова: Конфликт пациент-хирург, жалоба

---

355. Оптические технологии в интраоперационной оценке жизнеспособности кишечника

Адаменков Н.А. (1,2), Шуплецов В.В. (1), Горюнов И.А. (1), Палалов А.А. (1), Чугунова Е.Г. (1), Калуга Н.И. (1), Мамошин А.В. (1,3), Дрёмин В.В. (1), Потапова Е.В (1).

Орёл

1 ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева», Орёл, Российская Федерация 2 БУЗ Орловской области «БСМП им. Н.А. Семашко», Орёл, Российская Федерация 3 БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», Орёл, Российская Федерация

Актуальность: Интраоперационная оценка состояния кишечной стенки, определение ишемических и некротических изменений при острой хирургической патологии органов брюшной полости, сопровождающейся нарушением кровоснабжения кишки, являются одним из актуальных вопросов абдоминальной хирургии. Используемый в настоящее время метод визуальной оценки состояния кишечной стенки не обладает достаточной диагностической точностью и в тоже время отсутствует единое мнение о клиническом применении многочисленных методик инструментального определения жизнеспособности кишечника. Это свидетельствует о том, что необходимость дальнейшего поиска оптимального метода интраоперационной оценки состояния кишечной стенки является приоритетным направлением современной хирургии.

Материалы и методы: Экспериментальные исследования проводились в лабораторных условиях на базе НТЦ биомедицинской фотоники ФГБОУ ВО «ОГУ им. И.С. Тургенева» (г. Орел, Россия). Исследование проводилось на 6 клинически здоровых половозрелых лабораторных крысах линии Wistar (самцы) трехмесячного возраста с массой тела 200 г. Оперативное пособие выполнялось с применением ингаляционной анестезии в асептических условиях. Из срединного лапаротомного доступа осуществлялось моделирование острой ишемии тонкой кишки путем перевязка магистральных сосудов. Кишечник погружался в брюшную полость с закрытием лапаротомной раны непрерывным швом. Оценка жизнеспособности кишечника при релапаротомии производилась через 1, 6 и 12 часов после наложения лигатур. Для контрастной визуализации ишемических и некротических изменений в кишечной стенке, применялся управляемый бестеневой полупроводниковый источник света. Объективная оценка патологических изменений производилась с использованием метода гиперспектральной визуализации. Исследования завершались выведением животных из эксперимента в соответствии с протоколом, одобренным этическим комитетом. Патоморфологические изменения в кишечнике, смоделированной ишемии тонкой кишки различной длительности, оценивали по классификации Park Chiu. Полученные результаты: Установлено, что, наиболее контрастная визуализация ишемии и некроза кишечной стенки достигается при освещении спектром излучения при освещенности примерно 6000 лк, который состоит из двух спектров ?peak = 503 нм, ?peak = 594 нм и соотношением интенсивностей примерно 2:1. При применении гиперспектральной визуализации были получены карты сатурации кишечника для каждого этапа ишемии. На рассчитанных картах для всех этапов эксперимента выявлено уменьшение значения сатурации ишемизированной части тонкой кишки по сравнения с интактными участками. По результатам морфологического исследования было установлено, что значимые изменения, с точки зрения жизнеспособности стенки кишки, имели место от момента наложения лигатуры через 1, 6 и 12 часов.

Обсуждение: Применение светодиодных излучателей с вариативными спектрально-цветовыми характеристиками улучшает визуальную интерпретацию ишемических и некротических изменений кишечной стенки. Использование метода гиперспектральной визуализации позволяет решить проблему объективного интраоперационного определения признаков ишемии и некроза кишечника.

Выводы: Подобран оптимальный спектр освещения, позволяющий более четко определять набор визуализационных признаков жизнеспособности кишки. Это было подтверждено более высоким коэффициентом качества сегментации изображений тканей кишечника с помощью нейросети. Предварительные исследования показали, что определяемый в ходе измерений методом гиперспектральной визуализации уровень сатурации тканей кишечника может быть диагностическим параметром для определения жизнеспособности тканей кишечника без дополнительного использования контрастных препаратов. Исследование выполнено при поддержке Россий-

ского научного фонда в рамках проекта №21 – 15 – 00325.

Ключевые слова: Ишемия и некроз кишечника, управляемый бестеневой полупроводниковый источник света, гиперспектральная визуализация.

---

356. Дискретная и обтурационная билиарная модели острого панкреатита

Ранцев М.А., Сарапульцев П.А., Сарапульцев А.П.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Острый панкреатит тяжелой степени тяжести, сопровождаясь высоким процентом летальности 15-36%, остается во многом актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Среди этиологических причин на первом месте билиарная и алиментарная. Немалый вклад в процент панкреатита билиарной этиологии вносит постманипуляционный острый панкреатит после вмешательств на papilla duodeni major, несущий также опасность возникновения юридической ответственности оперировавшего хирурга. Для изучения особенностей патогенеза течения острого билиарного и постманипуляционного панкреатита нами предложены две модели острого панкреатита ранжированные по степени тяжести. Животные с первой дискретной моделью острого панкреатита, предполагающей временное сдавление холедоха, панкреатического протока и дуоденальной артерии (Патент РФ № 2388063) вошли в первую группу (10 животных). Животные со второй обтурационной билиарной моделью острого панкреатита, воспроизводимой лигированием холедоха и главного панкреатического протока (Патент РФ № 2400820) составили вторую исследованную группу (10 животных). После операции наблюдение за животными показало большую тяжести течения острого панкреатита во второй группе, где к 7-м суткам погибли 7 из 10, а в первой – только 3 животных. Во всех наблюдениях смерть наступила от полиорганной недостаточности на фоне гнойного перитонита. У всех животных второй группы имел место прогрессирующий распространенный гнойный перитонит, флегмона парапанкреатической клетчатки, что свидетельствовало о развитии у них тяжелого острого панкреатита. В противоположность этому, у животных первой группы выявлен регресс воспалительного процесса в железе и брюшной полости, отсутствие очагов стеатонекроза, что свидетельствовало в пользу средней степени тяжести течения острого панкреатита). Во второй группе гистологические исследования выявили изменения в перипанкреатических органах характерные для системного воспаления. По результатам лабораторных исследований ($p<0,05$) у животных второй группы выявлено сохранение полиорганной дисфункции, что говорило о её персистирующем характере, тогда как в первой группе отмечен ее транзиторный характер. Во второй группе сохранялась гиперамилаземия в сравнении с первой группой (1737,8±102,6U/l ME против 1332,6±64,2U/l ME). Концентрация общего билирубина во второй группе продолжала увеличиваться 168,0±15,3 мкмоль/л, а у животных первой группы регрессировала – 2,7±0,5 мкмоль/л. Концентрация аспартатаминотрансферазы во второй группе (251,7±4,4U/l) в три раза превышала значения первой группы – 82,0±3,4U/l. Концентрация аланинаминотрансферазы во второй группе (106,0±28,3U/l) почти в два раза превышала значения в первой группе (62,5±4,1U/l). Концентрация Д-димеров, как интегрального показателя, отражающего также выраженность воспалительной реакции, во второй группе (716±196,3 пг/мл) в пять раз превышала значения в первой группе (126±11,2 пг/мл), что подтверждало тяжелое течение заболевания во второй группе. Показатели воспалительной реакции во второй группе демонстрировали развитие системного воспаления, где отмечено значительное увеличение количества лейкоцитов – 9,75±1,76?109/л, тогда как в первой группе количество лейкоцитов соответствовало норме – 4,08±0,2?109/л. Количество гранулоцитов во второй группе возросло до 7,45±1,67?109/л, а в первой группе снизилось до 2,14±0,5?109/л. Гистологические данные соответствовали лабораторным. В первой группе – замещение зон некроза железы элементами соединительной ткани с преобладанием клеточного компонента. Во второй группе – зоны некрозов с интенсивной лейкоцитарной инфильтрацией, выявлены морфологические признаки гнойного перитонита и перипанкреатической флегмоны.

Заключение. Разработанные нами модели острого билиарного панкреатита средней (1 модель) и тяжелой (2 модель) степени, могут быть использованы для исследования особенностей течения заболевания, сопровождающих его системных и локальных расстройств, методов хирургического лечения и медикаментозного воздействия.

Ключевые слова: острый панкреатит, билиарная модель, экспериментальный панкреатит

---

357. Вскрытие панкреатогенных забрюшинных флегмон доступом по В.Н. Шевкуненко

Резников Я.З., Боклин А.А., Мачехин П.В., Копалин А.А., Котькин В.А., Старостина А.А., Журавлева И.В.

Самара

ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»

Актуальность. Забрюшинные флегмоны при панкреонекрозе развиваются часто и нередко определяют неблагоприятный исход заболевания. Летальность даже без забрюшинной флегмоны в настоящее время составляет более 30%. Современный подход предполагает «менее травматичное», миниинвазивное вмешательство с использованием методов проточного дренирования трубками. Традиционно применяемые дренажи-трубки располагаются в большинстве случаев через брюшную полость, в сагиттальной плоскости без учета фронтального расположения фасций и собственно самого забрюшинного пространства.

Материалы и методы. В 2020 – 2023 годах в хирургическом отделении ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко» находилось на лечении 12 пациентов с панкреонекрозом, осложненным забрюшинной флегмоной. Мужчин было 10 (83,3%), а женщин 2 (16,7%). Пациентов до 30 лет – 2 (16,7%), от 30 до 60 – 9 (75,0%), старше 60 лет – 1 (8,3%). Ретроспективно изучены результаты лечения 8 пациентов, пролеченных в предыдущие годы, у которых применено рутинное дренирование трубками, сигарообразными дренажами без широкого вскрытия забрюшинного пространства Наряду с общеклиническими методами обследования проводили инструментальную визуализацию и локализацию флегмоны, а также микробиологическое исследование экссудата раневого отделяемого. С целью широкого доступа к поясничной части забрюшинного пространства, где чаще всего была диагностирована забрюшинная флегмона, с 2020 года нами применяется доступ по В.Н. Шевкуненко. Длина разреза составляла 31+3 см. У 10 пациентов забрюшинная флегмона была вскрыта классическим трёхкомпонентным разрезом sectio lumboileo-inguinalis. Полученные результаты. Оперированы все 12 человек. Умерло после операции 2 больных (16,7%). Среди 8 пациентов, которым выполняли малые доступы, дренирование трубками, умерло 5 человек (62,5%). У 3 пациентов широкий доступ применен в качестве первого и единственного оперативного вмешательства, а у остальных дополнил лапароскопию, лапаротомию и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Данный доступ позволил выявить не обнаруженные при УЗИ и МРТ-исследовании гнойные затеки в параколическом, паранефральном пространстве, некроз фасций забрюшинного пространства, капсулы почки, полноценно дренировать их и провести удаление секвестров поджелудочной железы. У одного пациента из данного доступа технически легко выполнена спленэктомия. Микробный состав экссудата при забрюшинной флегмоне, вызванной инфицированным панкреонекрозом, в 85% наблюдений характеризовался наличием аэробно-анаэробных ассоциаций. Наиболее частыми представителями аэробов были энтеропатогены – P.aeruginosa, E. coli, Citrobacter, Proteus spp., анаэробов – Bacteroides spp, Prevotella melaninogenica, Fusobacterium. В динамике наблюдений за больными с широкими пояснично-подвздошно-паховыми разрезами выявлены достоверно более высокие темпы элиминации анаэробов из экссудата ран, по сравнению с экссудатом из дренажей при «закрытом ведении» дренажными трубками. Исчезновение анаэробных неклостридиальных бактерий из экссудата при вскрытии забрюшинного пространства происходило на 12+2 день. Рану забрюшинного пространства в послеоперационном периоде вели под повязками с офломелидом, левомеколем и при стойком очищении ее, при переходе раневого процесса во вторую фазу, накладывали вторичные швы на кожу. Средняя длительность лечения раны до её стойкого перехода во вторую фазу раневого процесса составляла 32+4 суток.

Обсуждение. Кажущаяся травматичность разреза по В.Н. Шевкуненко на самом деле не предусматривает пересечения ни одного нерва, ни одного сосуда, позволяет раньше санировать забрюшинное пространство, ревизовать его ежедневно на перевязках, удалять секвестры поджелудочной железы ретроперитонеально, а не лечить «вслепую» неуправляемыми трубками. Существенно, что при такой методике дренирования забрюшинного пространства не наблюдали ни одного случая аррозивных кровотечений, которые были основной причиной смерти при традиционных методах хирургического лечения инфицированного панкреонекроза и дренировании через брюшную полость.

Выводы. Применение доступа по В.Н. Шевкуненко при забрюшинной флегмоне, развившейся вследствие панкреонекроза, позволяет адекватно управляемо визуально дренировать забрюшинное пространство, снизить летальность при развитии этого тяжелого осложнения.

Ключевые слова: Панкреонекроз, забрюшинная флегмона, доступ по В.Н. Шевкуненко

358. Патологические синдромы после декомпрессии билиарного тракта

Магомедова Э.П.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. В последние годы в лечении механической желтухи (МЖ), особенно тяжелой степени наметилась двухэтапная тактика. На первом этапе декомпрессия билиарного тракта (БТ) в миниинвазивном варианте и после разрешения холестаза, холангита, печеночной недостаточности радикальное, либо паллиативное вмешательство. В постдекомпрессионном периоде во многих случаях состояние пациентов улучшается, однако и нередко имеют место различные патологические состояния, которые требуют проведения интенсивной терапии.

Цель исследования. Обозначить круг патологических состояний возможных в постдекомпрессионном периоде БТ и определить значимость их коррекции в комплексном лечении МЖ.

Материал и методы. В клинике общей хирургии прошли лечения 218 пациентов с МЖ средней тяжести и тяжелой степени, из них в 103 (47,2%) наблюдениях имелась МЖ доброкачественного генеза и в 115 (52,8%) -опухолевой этиологии. Декомпрессия БТ в миниинвазивном варианте была проведена 182 (83,5%), а из лапаротомного доступа – 36 (16,5%).

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев состояние пациентов улучшилось. В 23,4% наблюдениях имелся синдром «ускоренной» декомпрессии БТ, холангит, ассоциированный эндобиллиарными вмешательствами отмечен в 19,3% наблюдениях, синдром нарушения водно-солевого обмена – в 9,6%, синдром ремодилирования пищеварения -10,4%. Специфические осложнения, связанные с установкой дренажа и стентов в БТ имели место у 9,8% пациентов. Длительное билиарное дренирование зафиксировано у 47,8% пациентов. Осложнения, связанные с оперативными вмешательствами, имели место в 12,3% наблюдениях, 30-суточная детальность составила 3,2%. Двухэтапная тактика лечения МЖ, особенно при тяжелой форме является более оправданной. Наряду с несомненными положительными результатами билиарной декомпрессии имеются и негативные стороны, которые необходимо учитывать при проведении комплексного лечения пациентов с МЖ. Некоторые из них возникают в раннем постдекомпрессионном периоде, а другие – в поздние сроки. Эффективным является проведение для коррекции синдрома «ускоренный» декомпрессии БТ антиоксидантной защиты гепотоцитов, путем назначения Ремаксола. При длительном и полном наружном отведении желчи развиваются такие синдромы как: синдром нарушения водно-солевого обмена и ремоделирование пищеварения, что требует парентеральной коррекции данных нарушений и пероральный прием нутриентов. Для лечения холангита наиболее эффективным является промывание БТ озонированным физиологическим раствором.

Выводы. В постдекомпрессионном периоде при МЖ возможно развитие тяжелых патологических состояний, которые могут привести к летальному исходу, и их профилактика имеет важное практическое значение.

Ключевые слова: билиарный тракт, механическая желтуха

---

359. ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

А.В. Шабунин, В.В. Бедин, М.М. Тавобилов, С.С. Лебедев, А.А. Карпов, И.Ю. Коржева, Г.М. Чеченин

Москва

ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

В хирургической клинике Боткинской больницы разработан и внедрен в клиническую практику протокол диагностики и лечения при механической желтухе опухолевого генеза. На первом этапе важно соблюдение последовательности диагностических мероприятий, включающей в себя общеклинические исследования, УЗИ органов брюшной полости (с подтверждением факта билиарной гипертензии), по показаниям выполняются МРХПГ и КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием. Принятие решения о выборе способа билиарной декомпрессии зависит от степени выраженности механической желтухи, этиологического фактора, уровня блока желчеотведения, а также прогноза пациента. При наличии у пациента гнойного холангита билиарную декомпрессию необходимо выполнить в течение 6-8 часов, в остальных случаях – в течение 24-72 часов от момента поступления пациента в стационар. Пациентам с механической желтухой легкой степени и отсутствием холангита билиарная декомпрессия не проводится. Декомпрессия желчных протоков показана при механической желтухе средней и тяжелой степени. При невозможности выполнения декомпрессии желчных протоков по технической либо иной причине, необходимо перевести больного в специализированную хирургическую клинику в срочном порядке. Под временной билиарной декомпрессией мы понимаем наружную холангиостомию или ретроградное стентирование пластиковым стентом. Временная билиарная декомпрессия необходима для срочного купирования механической желтухи и дообследования пациента

с целью планирования стратегии дальнейшего специализированного противоопухолевого лечения. В случае «низкого блока» желчных протоков в качестве первоочередного применяется ретроградный способ декомпрессии – ЭРХПГ, ЭПСТ, билиодуоденальное стентирование гепатикохоледоха пластиковым стентом. В случае «высокого блока» желчных протоков первым этапом выполняется антеградный способ декомпрессии – чрескожное дренирование желчных протоков. При технической невозможности применения первоочередного метода применяется альтернативный (при «низком» блоке – чрескожный, при «высоком» блоке – ретроградный). Под постоянной билиарной декомпрессией понимаем формирование билиодигестивного анастомоза или эндобилиарное стентирование саморасширяющимся стентом. Переход к постоянной билиарной декомпрессии возможен лишь в том случае, когда определена стратегия лечения пациента. В этой связи большое значение имеет распространенность онкологического процесса и прогнозируемая продолжительность жизни. Показаниями к использованию нитиноловых стентов служит нерезектабельная опухоль и тяжёлая сопутствующая патология, которая не позволяет выполнить радикальную операцию. Нитиноловые стенты имплантируются как окончательный этап лечения, независимо от уровня блока или при местно-распространенной опухоли или когда целесообразно проведение неоадъювантной химиотерапии. Выбор вида стента обсуждается на мультидисциплинарном консилиуме. При хорошем общесоматическом статусе и нерезектабельной опухоли в каждом случае рассматривается вопрос о возможности формирования билиодигестивного анастомоза (гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки) как способа, который позволяет достичь наиболее надежного и длительного дренирования билиарного тракта. У пациентов с высоким уровнем билиарной обструкции и разобщением желчных протоков на сегментарные (опухоль Клацкина IV типа), выполнение билиарной декомпрессии нецелесообразно (однако, в каждом случае решение принимается индивидуально посредством консилиума). Создание единого протокола диагностики и лечения механической желтухи опухолевого генеза позволило значительно снизить осложнения после эндобилиарных вмешательств и улучшить отдаленные результаты лечения пациентов с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны.

Ключевые слова: механическая желтуха

---

360. Применение малоинвазивных методов при лечении доброкачественных заболеваний пищевода

Черкасов М.Ф, Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Галашокян К.М., Рогачев А.А., Шамик П.В.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Актуальность исследования. Для операций на пищеводе видеоэндоскопические технологии имеют большие преимущества, так как хирургический доступ к пищеводу в связи с расположением его в заднем средостении вблизи жизненно важных органов зачастую более травматичен, чем оперативный прием. Дискутабельными остаются вопросы объема оперативного вмешательства, выбора доступа, применения технических приемов, особенно с использованием видеоэндохирургической техники.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения доброкачественных заболеваний пищевода с использованием малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 396 больных с доброкачественными заболеваниями пищевода видеоэндохирургическим методом: выполнено 30 вмешательств бифуркационных и эпифренальных дивертикулах, 22 – при доброкачественных новообразованиях, 140 – при нервно-мышечных заболеваниях и 204 – при осложненных формах грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Результаты и обсуждение. Анатомические исследования показали, что лапароскопический доступ позволяет выполнять операции как на абдоминальном, так и на грудном отделах пищевода до средней трети. Правосторонний торакоскопический подход позволяет манипулировать на грудном отделе пищевода, левосторонний торакоскопический – на уровне нижней и средней трети, а при диафрагмотомии – и на брюшном отделе пищевода и желудка. У 16 пациентов с ахалазией пищевода (11,4%) интраоперационно отмечены повреждения слизистой оболочки (III класс по Clavien – Dindo), которые в 6 (4,3%) наблюдениях потребовали конверсии, а в 10 (7,1%) – ушиты видеоэндоскопически. В послеоперационном периоде у 1 (0,7%) пациента сформировался пищеводный свищ, который закрыт с применением разработанной нами методике вакуумной терапии. Изучены отдаленные результаты лечения 115 (82,1%) больных: преходящая дисфагия отмечена у 2 (1,7%) пациентов, изжога – у 4 (3,5%), рецидив заболевания – у 1 больного. У 12 (5,9%) пациентов с ГПОД в связи с интраоперационными осложнениями (III класс по Clavien – Dindo) выполнена конверсия. У 7 пациентов (3,4%) причиной перехода к «открытой» операции стало кровотечение, у 3 (1,5%) – спаечный процесс, у 2 (1,0%) – повреждение пищевода. В 37 (18,1%) наблюдениях больных ГПОД выявлена метаплазия сли-

зистой оболочки пищевода, выполнена аргон-плазменная коагуляция. Проводились повторные сеансы каждые 1 – 1,5 месяца (в зависимости от длины сегмента – от 2 до 5), за один сеанс коагулировался участок площадью не более 4 см?. При изучении отдаленных результатов лечения больных ахалазией пищевода и ГПОД по показателям опросника SF-36 отмечена постепенная их нормализация к двенадцатому месяцу после операции. При лечении дивертикулов пищевода в 1 (4,5%) случае отмечено формирование пищеводного свища, который закрыт с помощью вакуумной-терапии. При лечении доброкачественных новообразований пищевода интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы и рекомендации. Практически при всех доброкачественных патологических процессах пищевода, требующих хирургического вмешательства, операции могут быть произведены видеоэндоскопическими методиками. Применение индивидуального доступа с учетом анатомических особенностей пациента, типа его телосложения, характера и локализации патологического процесса позволяет снизить число интраоперационных осложнений, которые зачастую могут быть устранены без выполнения конверсии.

Ключевые слова: Ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, пищевод Барретта, дивертикулы пищевода, лечение

---

361. Литотрипсия в комплексном лечении холангиолитиаза, осложненного механической желтухой

Меджидов Р.Т., Темирбулатов М.Д., Хандулаев Ш.М., Исаков Х.С., Курбанова А.Р.

Махачкала

ГБУ «РКБ№2» МЗ РД., г. Махачкала, Россия.

Введение. Холангиолитиаз является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ). При миниинвазивном разрешении холангиолитиаза и связанной с ним механической желтухи (МЖ) эндоскопический метод в большинстве клинических ситуациях является стандартной клинической практикой. Вместе с тем при крупных желчных конкрементах возникают сложности их извлечения из билиарного тракта и в этих случаях показана литотрипсия.

Цель исследования. Оценить эффективность различных видов литотрипсии в разрешении холангиолитиаза, осложненного МЖ.

Материал и методы. Анализированы результаты разрешения холангиолитиаза, осложненного МЖ у 186 пациентов с применением эндоскопических транспапиллярных вмешательств. ЖКБ, калькулезный холецистит (КХ), холангиолитиаз, МЖ имелись у 85 (45,7%) пациентов; ЖКБ, КХ, холангиолитиаз, холангит, МЖ- у 52 (28,1%); ЖКБ, КХ, Синдром Мириззи, холангит, МЖ – у 4 (2,2%); ПХЭС, холангиолитиаз, МЖ- у 17 (9,1%); ЖКБ, КХ, холедохолитиаз, билиарный панкреатит, МЖ – у 5 (2,6%) пациентов. В 139 (74,7%) наблюдениях холангиолитиаз был разрешен путем проведения ЭПСТ и литоэкстракции. В 47 (25,3%) случаях размеры конкрементов варьировались от 10,0 до 25,4 мм. При этом в 28 (59,5%) случаях был выявлен один конкремент, в 12 (25,6%) – от 2 до 4, а в 7 (14,9%) – множественный холангиолитиаз. Для разрешения холангиолитиаза в 47 (25,3%) наблюдениях использована литотрипсия. Из них в 15 (30,0%) наблюдениях проведена механическая литотрипсия корзинчатым литотриптором под лучевой навигацией, а в 32 (70,0%) – лазерная литотрипсия. В случаях лазерной литотрипсии использовали одноразовый холангиопанкреатоскоп Spyglass DSII и суперимпульсный фиброволоконный Тулиевый лазер FiberLase U2. Литотрипсия проводилась преимущественно в режимах «распыления» и «попкорнинг» с постепенным увеличением параметров частоты с 40 до 60 Гц и средней мощности с 8 до 12 Вт, при энергии в импульсе 0,2Дж. В 125 наблюдениях, после разрешения холангиолитиаза, холангита, холестаза и панкреатита, в плановом порядке выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты и обсуждения. Разрешить холангиолитиаз в один этап удалось в 91,9% наблюдениях, в два этапа – у 6,5% пациентов и в три этапа – в 1,6% случаях. Продолжительность эндобилиарных вмешательств составляла от 40 до 115 минут, время на литотрипсию – от 25 до 45 минут. Специфические осложнения отмечены в 22 (11,8%) наблюдениях. Постманипуляционный панкреатит – в 11 случаях, прогрессирование холангита – в 8 и кровотечение из папиллотомной раны – 3. Все осложнения устранены консервативно. Интра – и послеоперационных осложнений в случаях лапароскопической холецистэктомии не отмечены. Летальных исходов не было. Эндоскопичекое транспапиллярное пособие является вмешательством выбора как при этапном разрешении холангиолитиаза перед холецистэктомией, так и окончательном варианте лечения протоковой патологии у пациентов, перенесших холецистэктомию. В 25,3% случаях дислоцировать конкременты в дуоденум литоэкстракторами не удается из-за их больших размеров. В данной ситуации эффективным является литотрипсия, особенно лазерная.

Заключение. Использование лазерной литотрипсии под контролем видеохолангиоскопии (Spyglass) позволяет разрешить сложный холангиолитиаз, особенно когда стандартные методы механической литотрипсии неэффективны.

Ключевые слова: Холангиолитиаз, механическая желтуха, желчные конкременты, желчекаменная болезнь, ПХЭС, Синдром Мириззи, билиарный панкреатит, литоэкстракция, литотрипсия, корзинчатый литотриптор, холангиопанкреатоскоп, лапароскопическая холецистэктомия, эндобилиарные вмеша

---

362. Малоинвазивное лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Федоров В.И. (2,3)Бурмистров М.В. (1,3)
Шарапов Т.Л. (2)Сигал Е.И. (2)

Казань

1) ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»
2) ГАУЗ «РКОД МЗ РТ имени профессора М.З.Сигала»
3) ИФМиБ КФУ

В работе представлен собственный опыт выполнения 1583 операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Проведен анализ лечения пациентов в период с 1996-2022 гг. Все вмешательства выполнялись лапароскопическим доступом. Применялись следующие методы лапароскопической фундопликации: по Ниссену-Розетти – 918 (58,0%), Ниссену – 652 (41,1%), Тупе – 6 (0,4%) и по Дору – 7 (0,5%). Исходя из жалоб пациентов, данных эндоскопического и рентгенологического обследований мы оценивали эффективность операций. Повторной реконструктивной операции подверглись 95 (6%) пациентов. Использован комплекс диагностических исследований, включающий в себя общеклинические (сбор жалоб, анамнез, данные физикального обследования), лабораторные, инструментальные. Инструментальные методы включали: рентгенографию, контрастную рентгеноскопию, фиброэзофагогастродуоденоскопию.

Результаты. Проведены 1583 антирефлюксных вмешательств и определены основные показатели: летальность 4 (0,3%) случая, интраоперационные осложнения – 66 (4,2%), ранние послеоперационные осложнения – 504 (32,0%), поздние послеоперационные осложнения – 145 (9,2%), рецидив гастроэзофагеального рефлюкса 141 (9,0%). Из общего числа больных с рецидивом заболевания 79 отказались от повторной операции, 62 согласились. Кроме того, у ряда пациентов (n-33) операция носила исключительно реконструктивных характер, показаниями явились: стойкая дисфагия, миграция ФМ с ущемлением и выраженным болевым синдромом, вторичная ПЭ ГПОД, рецидив ПЭ ГПОД. Всего, по различным показаниям, было проведено 95 реконструкций. Динамика лечения данной группы пациентов отслежена на сроке от 3 месяцев до 15 лет. Основными жалобами данной группы пациентов были регулярные приступы изжоги, сопровождающиеся регургитацией; дисфагия, боль в эпигастральной области, связанная с приемом пищи. В раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) рецидив заболевания диагностирован у 15 пациентов. В позднем (более 1 года) – у 80 больных. Всем реконструктивные операции начинали лапароскопическим доступом. У 6 пациентов в связи с выраженным спаечным выполнен переход на лапаротомию. А 89 (94%) пациентам операция выполнена лапароскопически. В результате проведения повторных операций у 15 (16%) пациентов достигнут отличный результат, у 26 (27) – хороший, у 37 (39%) – удовлетворительный, а у 17 (18%) – неудовлетворительный. Общая статистика

Заключение. Первичные антирефлюксные операции должны выполняться в специализированных стационарах, опытными хирургами, владеющими не только лапароскопическим методом, но и «открытой» хирургической техникой операции при грыже пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзафагеальной рефлюксной болезни. Выполнение второй и более реконструкции при неудачах лапароскопической фундопликации должно проводиться по более строгим показаниям, так как риск возможных периоперационных осложнений повышается. Кроме того, необходимо учитывать, что каждая последующая реконструктивная операция значительно увеличивает вероятность возникновения рецидива заболевания.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, осложнения лапароскопических антирефлюксных операций, рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

---

363. Опыт применения перфузионной компьютерной томографии в диагностике и лечении дивертикулярной болезни

Тимербулатов М.В. (1), Иткулов А.Ф. (2), Байков Д.Э. (1), Ибатуллин А.А. (1), Хафизов М.М. (2).

Уфа

1) ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
2) Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) является распространенным заболеванием в мире. Действительную частоту ДБОК трудно определить, из-за отсутствия симптоматики у большинства пациентов и это при том, что частота заболевания увеличивается с возрастом. К диагностическим исследованиям

осложнений ДБОК уделяется всё большее внимание. Выбор оптимальной лечебной тактики напрямую зависит от точности информации, получаемой в процессе обследования пациента. Имеются множества диагностических методов, такие как иригоскопия, УЗИ, КТ, МРТ. Но у каждой методики имеются недостатки в дифференциальной диагностике, ведь на фоне дивертикулов может быть и опухолевый процесс.

Целью исследования явилось изучить возможность разработки методики перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) у пациентов с различными поражениями стенки ободочной кишки, с определением показателей капиллярного кровотока в норме, при неоплазиях и воспалительных изменениях. Полученная информация позволит более точно оценить выявленные изменения, скорректировать тактику проводимого лечения.

Материал и методы. Отобраны и проанализированы 46 пациентов с подозрением на ДБОК, госпитализированные на лечение в хирургическое отделение Клиники БГМУ и отделение колопроктологии ГКБ № 21 в период с 2017 по 2021 гг. Всем пациентам были выполнены инструментальные методы диагностики: колоноскопия, УЗИ, ПКТ. Возраст пациентов составлял от 36 до 75 лет с ДБОК, осложненной дивертикулитом или злокачественными новообразованиями ободочной кишки. Из них лица мужского пола составили – 38,3%, женского – 61,7%. Все исследования выполнялись на компьютерном томографе Optima CT 660 (GE) с количеством рядов детекторов 128 и толщиной выделяемого среза 0,625 мм с применением программного пакета CT Perfusion 4D. Исследование проводили в два этапа. На первом этапе производили нативное исследование. Оценивали толщину, плотность, структуру стенки кишки, ее анатомическое расположение и взаимоотношение с прилежащими органами. Выявляли зону патологического процесса, степень стеноза просвета, явления регионарной лимфаденопатии и состояние окружающей паракишечной клетчатки. После определения зоны поражения проводили второй этап – ПКТ. Далее изображения анализировали на рабочей станции Advantage Workstation с помощью приложения CT Perfusion 4D. Для анализа результатов наиболее информативными представлялись функциональные карты, определяющие следующие показатели: объем регионарного кровотока (Blood Volume – BV), среднего времени прохождения кровотока (Mean Transit Time – MTT), скорости регионарного кровотока (Blood Flow – BF).

Результаты и обсуждение. В результате проведённого исследования, с учетом анализа всех полученных ПКТ-данных, результатов патоморфологического исследования были определены три группы пациентов. Первую группу составили пациенты 5 человек (10,9%) с низменной стенкой кишки. При анализе карт показатели перфузионного кровотока в этой группе характеризовались отсутствием зон гипо- и гиперперфузии и получили следующие значения: BF – 19,62±1,4 (18,22-21,02) мл/100 г/мин; BV – 5,5±0,15 (5,35-5,65) мл/100 г; MTT – 2,51±0,6 (1,91-3,11) с. Вторую группу составили 34 (73,9%) пациента с ДБОК, осложнённой дивертикулитом. При анализе карт в этой группе характеризовались умеренным повышением объема, скорости кровотока в сочетании с таким же повышением скорости прохождения контрастного вещества: BF 26,4±1,9 (24,5-28,3) мл/100 г/мин; BV – 53±4,9 (48,1-57,9) мл/100 г; MTT – 7±1,6 (5,4-8,6) с. Третью группу составили 7 (15,2%) пациентов со злокачественными образованиями. Показатели перфузионного кровотока в этой группе характеризовались значительным повышением объема, скорости кровотока и значительным возрастанием среднего времени прохождения контрастного вещества: BF 111±7,2 (103,8-118,2) мл/100 г/мин; BV 78±3,9 (74,1-81,9) мл/100 г; MTT – 10,8±0,9 (9,9-11,7) с.

Выводы: ПКТ может применяться в общем диагностическом алгоритме, с учетом данных ранее проведенных исследований–УЗИ, КТ, МРТ. Методика способна регистрировать разницу показателей регионарного кровотока при воспалительных и неопластических процессах, что в свою очередь позволяет провести более точную дифференциальную диагностику одного заболевания от другого и, в конечном итоге, определить дальнейшую тактику проводимого лечения.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, перфузионная компьютерная томография, диагностика ободочной кишки.

---

364. Потенциальное место эндоваскулярной дезобструкции при тромбозе глубоких вен нижних конечностей

Куперин А.С., Селиверстов Е.И., Золотухин И.А., Лебедев И.С.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Цель исследования Выявить долю пациентов с диагностированным тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, у которых возможно применение методов эндоваскулярной дезобструкции венозного русла.

Материал и методы Произведен анализ историй болезни пациентов, обратившихся в 2022 г. в ГКБ №1 им Н. И. Пирогова с диагнозом ТГВ нижних конечностей. Были собраны общие сведения о больных, а также изучены показания и противопоказания для выполнения эндоваскулярной дезобструкции.

Результаты В 2022 г в ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова обрати-

лось 1287 человек с тромбозом в системе нижней полой вены. Доля госпитализированных пациентов составила 818 больных (64%). Из них 242 (19%) с тромбозом в илиофеморальном сегменте, 349 (27%) в общей и поверхностной бедренной вене, 96 (7%) в подколенной вене и 92 (7%) с тромбозом голени. При учете всех возможных противопоказаний, а также критериев эффективности, было выявлено, что у 55 пациентов могла быть выполнена эндоваскулярная дезобструкция. В процентном отношении доля таких пациентов составляет всего 4,27% от общего количества обратившихся больных с ТГВ нижних конечностей. При этом только 25 (1,94%) пациентов не имели технических ограничений для выполнения эндоваскулярной дезобструкции.

Выводы На стационарном этапе применение методов эндоваскулярной дезобструкции для лечения ТГВ нижних конечностей возможно максимально у 4,27% больных, а при учете технических ограничений только у 1,94% пациентов.

Ключевые слова: эндоваскулярная дезобструкция, венозный тромбоз, тромбоз глубоких вен

---

365. Разрешение патологии желчных протоков при ограничениях эндоскопического доступа

Курбанова А.Р., Скороваров А.С.

Махачкала

Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ

Введение. К проведению эндобилиарных вмешательств возникает необходимость и у пациентов, перенесших операцию на желчных путях, и на органах верхнего этажа желудочно-кишечного тракта. Кроме этого среди пациентов с патологией желчных протоков нередки случаи, при которых были неоднократно и неэффективно проведены вмешательства на БДС. В данных случаях альтернативой является антеградный доступ к билиарной системе.

Цель исследования. Определить эффективность эндобилиарных вмешательств в антеградном варианте в условиях возникновения сложности к эндоскопическому доступу.

Материал и методы. Анализированы результаты разрешения доброкачественной патологии желчных протоков у 67 пациентов. ЖКБ, острый калькулезный холецистит (ОКХ), холедохолитиаз, механическая желтуха (МЖ), состояние после резекции желудка по Бильрот 2 имелись у 6 (8,9%) пациентов; ЖКБ, ОКХ, холедохолитиаз, МЖ, острый панкреатит (ОП) после эндоскопического транспапиллярного вмешательства – у 12 (17,9%); ЖКБ, хронический калькулезный холецистит (ХКХ), холедохолитиаз, МЖ, состояние после резекции желудка по Бильрот 2 – у 3 (1,2%); ЖКБ, ОКХ, холедохолитиаз стеноз БДС, неэффективность разрешения холедохолитиаза эндоскопическим доступом – у 7 (10,4%); ЖКБ, ОКХ, холедохолитиаз, холангит, ОП, МЖ – у 8 (11,9%); ПХЭС, холедохолитиаз, МЖ – у 9 (13,4%); ПХЭС, холедохолитиаз, холангит, МЖ – у 5 (7,5%); ЖКБ, ОКХ, холедохолитиаз, холангит, ОП, состояние после холецистостомии из мини доступа – 4 (5,9%); состояние после холецистостомии и наружного дренирования желчных путей, резидуальный холангиолитиаз – у 5 (7,5%); ПХЭС, центральная обструкция БТ, холангиолитиаз, МЖ – у 2 (2,9%); состояние после БДА, стеноз соустья, холангиолитиаз, холангит, МЖ – 4 (5,9%); состояние после ХДА и резекции желудка по Бильрот 2, стеноз ХДА, холангиолитиаз, МЖ – 2 (2,9%).

Результаты и обсуждения. ЧЧХС для декомпрессии билиарного тракта (БТ) удалось провести в 33 (56.8%) случаях. Изменить первоначально выбранную точку перкутанной пункции пришлось в 8 (13,8%) наблюдениях. ЧЧХС + чрespeченочная холецистэктомия проведены в 31 (53,4%) наблюдении с первой попытки. Разрешение патологии желчных протоков в один этап осуществлено в 10 (14,9%) наблюдениях, стентирование БТ в 1 (1,5%) случае, лазерная вапоризация стриктуры – в 2 (2,9%), механическая литотрипсия – в 2 (2,9%). После разрешения протоковой патологии в 44 (65,6%) наблюдениях выполнена холецистэктомия. Специфические осложнения при антеградных эндобилиарных вмешательств отмечены у 8 (11,9%) пациентов. Синдром «быстрой» декомпрессии БТ имел место у 4 (6,9%). Осложнение общего характера отмечено в одном наблюдении. После холецистэктомии из минидоступа, пациентка умерла. Конверсия на широкую лапаротомию имела место в одном случае. Общая летальность составила 1,5%. Наиболее распространенным миниинвазивным способом разрешения патологии желчных протоков являются эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Однако, встречаются ситуации когда данный способ реализовать невозможно из-за сложности доступа, либо возникли осложнения при его осуществлении. Альтернативой данному способу может стать антеградный вариант разрешения патологии желчных протоков.

Заключение. Антеградный вариант разрешения холедохолитиаза и стриктуры желчных протоков является высокоэффективным и практически безопасным методом. Особенно, он показан в случаях неэффективности и невозможности изменения эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Ключевые слова: эндобилиарные вмешательства, операции на желчных путях, антеградный доступ к билиарной системе, сложности к эндоскопическому доступу

---

366. Безопасные сроки неоперативного лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью

Сигуа Б.В. (1), Демко А.Е. (2), Петров С.В. (3), Котков П.А. (1,3), Осипов А.В. (2), Каландарова Д.Х. (1), Земляной В.П. (1)

Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
2) Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе
3) Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения “Город

Актуальность. Достаточная и безопасная продолжительность неоперативного лечения у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) остается предметом многочисленных дискуссий. Зарубежная и отечественная практика в целом сходятся в вопросах, касающихся критериев успеха консервативных мероприятий, но, в то же время, значительно разнятся в определении максимально допустимых сроков неоперативного лечения, которые, согласно иностранным сведениям, могут быть расширены вплоть до 96 часов с момента поступления пациента. Большинство научных работ акцентированы на характере консервативных мероприятий, а не сравнении их продолжительности.

Цель. Оценка целесообразности увеличения продолжительности неоперативного лечения больных ОСКН путем проведения систематического обзора с метаанализом.

Материалы и методы. В качественный и количественный анализы были включены работы, содержавшие сведения о длительности и ближайших результатах неоперативного лечения пациентов с ОСКН. Литературные сведения извлекались из иностранных (CENTRAL, PubMed) и отечественной (eLibrary) баз данных. В качестве исходов оценивались вероятность неоперативного разрешения ОСКН, количество послеоперационных осложнений, частота резекций кишки и послеоперационная летальность.

Результаты. После проведения литературного поиска и отбора согласно критериям включения были выявлены 19 исследований, содержавших сведения о результатах лечения 2570 больных ОСКН с применением различных схем консервативной терапии, среди которых превалировали дооперационная назоинтестинальная интубация и введение неразведенного гастрографина. Первичный анализ продемонстрировал эффективность указанных схем в плане неоперативного разрешения ОСКН: отношение рисков (ОР) успеха консервативной терапии составило 1,91 (1,2-3,1) и 3,71 (1,3-10,6) в пользу гастрографина и дооперационной интестинальной интубации соответственно. Упомянутые лечебные мероприятия имеют диаметрально противоположный патогенетический эффект – неразведенный гастрогроафин способствует росту внутрикишечного давления, а установка зонда за связку Трейтца, наоборот, приводит к его снижению. С учетом этого, а также того факта, что внутрикишечное давление находится в прямой зависимости от продолжительности приступа ОСКН, возникло предположение о том, что вероятность неоперативного разрешения в бо?льшей степени зависит от общей длительности эпизода кишечной непроходимости, а не внутригоспитальной продолжительности консервативной терапии. Данное предположение было косвенным путем подтверждено в ходе корреляционного анализа, продемонстрировавшего более высокие значения коэффициентов детерминации в регрессионных уравнениях, где в качестве независимой переменной выступала именно продолжительность эпизода ОСКН, поэтому в дальнейшем оценивалось влияние именно данного параметра на интересующие исходы. Расчет ОР по всем результатам лечения не продемонстрировал каких-либо существенных различий в пользу малых (в пределах 48 часов) сроков эпизода ОСКН, причем данная тенденция сохранялась при увеличении указанного временно?го параметра вплоть до 89 часов.

Выводы. Общая продолжительность эпизода ОСКН является прогностически более ценным параметром по сравнению с изолированной длительностью неоперативного лечения. Исходя из этого, определение предельно допустимых сроков консервативной терапии должно базироваться в том числе на общей продолжительности ОСКН, которая не должна превышать 89 часов. Превышение указанного срока можно рассматривать как показание к неотложному оперативному вмешательству, так как дальнейшая задержка с хирургическим лечением является небезопасной и малоэффективной. Подобная тактика, с одной стороны не противоречит принятым за рубежом стандартам длительного неоперативного лечения, а с другой – расширяет понятие “запущенной” кишечной непроходимости, требующей неотложного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: Острая спаечная кишечная непроходимость, неоперативное лечение, систематический обзор

367. Лазерная литотрипсия при антеградном чресфистульном лечении «сложного холангиолитиаза».

Ковалевский А.Д.

Екатеринбург

УГМУ, ГАУЗ СО ГКБ №14

Актуальность проблемы: Определение «сложного холангиолитиаза» подразумевает наличие единичных или множественных камней в желчных протоках, размеры которых превышают 15мм. Эффективность общепринятых эндоскопической папиллосфинктеротомии и лапароскопической холедохолитоэкстракции в лечении данной патологии остается на достаточно низком уровне – 45,6 – 81%.

Материалы и методы: За период с 2017 по март 2023 г.г. в условиях хирургического стационара ГКБ-14 города Екатеринбурга были пролечены 37 пациентов со «сложным холангиолитиазом» с применением антеградной чресфистульной холангиоскопии и лазерной литотрипсии. Средний размер камней составил 21,2+2,3 мм. Единичные камни наблюдались у 15 (40,5%) пациентов, множественные у 22 (59,5%). Доступ в протоки формировался на Т-образном дренаже холедоха (30 больных), чрескожном чреспеченочном дренаже (6) и дренаже Холстеда (1). У 16 (43,2%) пациентов холангиолитиаз сочетался со стенозом терминального отдела холедоха.

Результаты лечения: Наличие у 22 пациентов Т-образного дренажа диаметром 16-18СН не потребовало дополнительной подготовки свищевого хода для антеградной чресфистульной холангиоскопии. В 15 случаях была выполнена поэтапная дилатация свища до необходимого диаметра. Для выполнения чресфистульных манипуляций использовали холедохоскоп «OLYMPUS» CHF P-20 и видеобронхоскоп «PENTAX» EB-1575K с наружным диаметром 4,9-5,2 мм и манипуляционным каналом диаметром 2,2-2,0 мм. Из дополнительного оборудования использовали лазерный гольмиевый литотриптор «AURIGA-XL» производства «Boston Scientific», С-дугу фирмы «CARMEX». Всем больным была выполнена лазерная литотрипсия. После разрушения конкремента выполняли извлечение отломков при помощи корзинки Дормиа. При ухудшении условий для визуализации (билиарный сладж, мелкие отломки камня, наличие нескольких крупных конкрементов) восстанавливали дренаж и проводили повторное вмешательство через 24-48 часов. После фрагментации всех камней и извлечения отломков в просвете холедоха оставался билиарный сладж, препятствующий достоверной оценке полноты санации. В таких случаях выполняли контрольную холангиоскопию через 1-2 суток. Всем больным после устранения холангиолитиаза выполняли чрездренажную холангиографию с оценкой полноты удаления камней и эвакуаторной функции холедоха. У 16 пациентов были выявлены признаки стеноза терминального отдела холедоха (задержка контраста в протоках более 3-5 минут, сохраняющийся высокий дебит желчи по дренажу, нарушение эвакуации билиарного сладжа в ДПК при визуальном осмотре на контрольной холангиоскопии). Всем им была выполнена эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия по методике «Rendez-Vous». Во всех случаях холангиолитиаз был успешно санирован. Для полной санации холедоха потребовалось в среднем 3,1+0,6 операций. Осложнение наблюдалось в 1 (2,7%) случае (V тип по Clavien-Dindo). У больного с крупным вколоченным камнем терминального отдела холедоха после разрушения камня была выявлена перфорация задней стенки холедоха. Возможно, имел место пролежень стенки холедоха, прикрытый конкрементом. У пациента развилась тяжелая забрюшинная флегмона, приведшая, несмотря на ряд операций, к летальному исходу.

Обсуждение результатов: Результаты манипуляционной чресфистульной холангиоскопии у пациентов со «сложным холангиолитиазом» свидетельствуют о ее высокой эффективности, малой инвазивности и перспективности в удалении камней из желчных протоков, в том числе множественных, большого размера и вклиненных в протоки или БСДК. Применение метода позволило во всех 158 наблюдениях избавить пациентов от конкрементов в желчных протоках без необходимости предварительного рассечения сфинктерного аппарата БСДК.

Выводы: Антеградные чресфистульные эндобилиарные вмешательства с использованием контактной лазерной литотрипсии в условиях специализированного центра – высокоэффективная технология завершения лечения больных «сложным холангиолитиазом», начатого в общей сети хирургических стационаров.

Ключевые слова: Сложный холангиолитиаз, контактная литотрипсия, гольмиевый лазер, чресфистульная холангиоскопия.

368. Прогнозирование риска развития гипокальциемии в ранние сроки после тиреоидэктомии

Щеголев А.А. (1), Чешуина Ю.В. (2), Ларин А.А. (1,2), Потемкин А.В. (2), Лесовик В.С. (2), Евлоева Л.А. (2)

Москва

1. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2. ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России

Актуальность Снижение уровня паратгормона (ПТГ) и гипокальциемия является наиболее частым осложнением после тиреоидэктомии. У большинства оперированных пациентов клинические проявления гипокальциемии отмечаются на 2-3 сутки послеоперационного периода и. как правило, связаны с развитием послеоперационного гипопаратиреоза. Возможность прогнозирования риска развития этого осложнения может позволить разработать определённые меры по его предотвращению позволят улучшить результаты лечения данной категории больных.

Материалы и методы: Были изучены показатели уровня общего кальция в крови и ПТГ у 130 оперированных пациентов, находившихся на лечении в КБ № 85 ФМБА в период с января по октябрь 2022 г. Всем больным, была выполнена тиреоидэктомия. Исследования уровня общего кальция у всех пациентов проводилось до операции, на 1 и 2 сутки послеоперационного периода. Уровень ПТГ изучался до операции и на 1 сутки после операции. По характеру патологии пациенты распределились следующим образом: рак щитовидной железы – 67 (51,5%) больных, многоузловой эутиреоидный зоб – 43 (33,1%) больных, многоузловой токсический зоб – 8 (6,2%) больных, диффузный токсический зоб – 9 (6,9%) больных, хронический аутоиммунный тиреоидит (гипертрофическая формы) –3 (2,3%) больных.

Результаты: До операции средний уровень Са составил 2,38 ± 0,1 ммоль/л, медиана 2,38 ммоль/л, средний уровень ПТГ – 43,9 ± 19,4 пг/мл, медиана – 42,8 пг/мл. В первые сутки после операции средний уровень Са составил 2,17 ± 0,16, медиана – 2,16 ммоль/л. Уровень Са не снизился у 15 (11,5%) больных. У 108 (83,1%) пациентов уровень Са составил более 2,0 ммоль/л, причём клинические проявления гипокальциемии отмечены только у 1 (0,9%) пациента. У 16 (12,3%) больных уровень Са составил от 1,9 до 2,0 ммоль/л, из них у 4 отмечены клинические проявления гипокальциемии. Еще у 6 (4,6%) больных уровень Са составил менее 1,9 ммоль/л; у половины из них (3 пациента) отмечены симптомы гипокальциемии. На вторые сутки после операции средний уровень Са составил 2,13 ± 0,17 ммоль/л, медиана – 2,13 ммоль/л. Уровень Са не снизился по сравнению с исходным у 17 (13,1%) больных. У 91 больных уровень Са превысил значения 2,0 ммоль/л; клинические проявления гипокальциемии у них отмечено не было. У 16 пациентов уровень Са составил 1,9-2,0 ммоль/л, из них клинические проявления гипокальциемии отмечены у 3 пациентов. Еще у 15 больных уровень Са составил менее 1,9 ммоль/л; у 5 из них (каждый третий пациент) развилась клиника гипокальциемии. На этом этапе из исследования были исключены 8 пациентов у которых в течение первых суток после операции развилась манифестная клиника гипокальциемии, потребовавшая назначения заместительной терапии препаратами Са. В первые сутки после операции средний уровень ПТГ составил 25,5 ± 19,3 пг/мл, медиана 22,6 пг/мл. У 15 (11,5%) больных ПТГ не изменился по сравнению с исходным. Еще у 41 (31,5%) больного, снижение уровня ПТГ составило менее 50% от исходного; у всех этих пациентов уровень Са превышал значения 2,0 ммоль/л, и клинические проявления гипокальциемии не отмечались. У 36 (27,7%) больных снижение ПТГ составило от 50 до 72% от исходных значений, причём уровень Са у них превышал значения 1,9 ммоль/л. Ещё у 38 (29,2%) пациентов отмечено снижение уровня ПТГ более 72% от исходных значений. Всего клинические проявления гипокальциемии были отмечены у 16 (12,3%) больных..

Выводы: Очевидно, что после тиреоидэктомии у большинства пациентов снижается уровень ПТГ, и закономерно, снижается уровень Са. Важно, что снижение уровня ПТГ менее чем на 50% от исходных значений не приводило к снижению уровня Са крови ниже 2,0 ммоль/л и, таким образом, у этих пациентов предпосылки к возникновению клинических проявлений гипокальциемии отсутствовали. Следовательно, снижение уровня Са в первые сутки после операции менее чем на 10% позволяет не опасаться развития гипокальциемии в более поздние сроки после тиреоидэктомии.

Ключевые слова: Гипопаратиреоз, гипокальциемия, тиреоидэктомия, прогнозирование риска развития гипокальциемии, щитовидная железа, зоб

369. 20-ти летний опыт применения малоинвазивных методов лечения осложнений портальной гипертензии

Затевахин И.И. (1), Цициашвили М.Ш. (1), Шиповский В.Н. (1), Монахов Д.В. (1,2), Шагинян А.К. (2), Забадаева О.Б. (1)

Москва

1. ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. ПироговаКафедра факультетской хирургии педиатрического факультета
2. Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева ДЗМ

Актуальность Среди хирургических осложнений портальной гипертензии значимыми являются- кровотечения, резистентный асцит и гидроторакс. В лечении осложнений ведущее место занимают эндоскопические и эндоваскулярные операции

Цель иследования Оценить отдаленные результаты применения малоинвазивных методов лечения с условиях многопрофильной больницы.

Материалы и методы. Работа основана на анализе хирургического лечения 3015 пациентов с портальной гипертензией за период с 2003-2023: 2348 пациентам с высокой угрозой кровотечения из ВРВП и ВРВЖ выполнено профилактическое лигирование. 414 пациентов с кровотечением из ВРВП и ВРВЖ, из них- 312 с печеночной формой ПГ, из которых 286 выполнен TIPS. 102 пациентам ввиду противопоказаний к TIPS выполнялись сеансы лигирования. 163 пациента с резистентным асцитом и 7 с печеночным гидротораксом, которым выполнен TIPS. 17 больным выполнена эмболизация внеорганных вен желудка, как самостоятельный метод лечения. 73 пациентам выполнена эмболизация селезеночной артерии. Структура больных с кровотечением (n-312): 291 пациент с состоявшимся кровотечением и 21 пациент с продолжающимся: 4-м пациентам с целью экстренного гемостаза выполнено лигирование вен, а 17 установлен зонд-обтуратор. 286 пациентам проведен TIPS с использованием голометаллических стентов у 85 пациентов и стент-графтов у 201 пациента. При этом 111 пациентам дополнительно выполнена эмболизация внеорганных вен желудка как дополнительный этап TIPS. Из 163 больных с резистентный асцитом у 35 был эпизод кровотечения портального генеза, у 4-х правосторонний гидроторакс. В дальнейшем 72-м пациентам выполнен TIPS (голометаллический стент-31, стент-графт-41). За время наблюдения у 44 выявлены признаки дисфункции внутрипеченочного шунта. Эти больным выполняли повторные вмешательства: реканализация стента и балонная дилатация 7, реканализация и стентирование «стент в стент» 18, при этом трем из них выполнена эмболизация левой желудочной вены, параллельный TIPS 8 и Y-образный TIPS 4 пациентам. У 7 пациентов попытки реканализации были неудачные.

Результаты Через 18 мес после TIPS голометаллическим стентом у 13 пациентов возник рецидив кровотечения из ВРВП, что было связано с тромбозом стента; увеличение степени ПЭ зафиксировано у 9, умерло 15 пациентов. В группе больных со стент-графтом случаев тромбоза стент-графта не было, однако кровотечение из ВРВП рецидивировало у 2 больных, увеличение степени ПЭ зафиксировано у 4 пациентов, умерло 6. Результаты лечения пациентов с резистентным асцитом (6 месяцев): После TIPS голометаллическим стентом умерло 6 пациентов от декомпенсации цирроза. У 7 больных отмечен тромбоз стента, что привело в двух случаях к эпизоду кровотечения, а к нарастанию асцита у 5. Рецидив осложнений ПГ был связан с тромбозом шунта. Увеличение степени ПЭ у 5 пациентов. При установке стент-графта скончался 1 пациент от декомпенсации цирроза. Увеличение степени ПЭ наблюдалось у 4 пациентов. Признаков тромбоза стента не было, но у двух больных выявлена миграция стента, что потребовало установки параллельного шунта. При проведении консервативной терапии в сочетании с лапароцентезом: рецидив кровотечения из ВРВП развился у 7, нарастание асцита у 18 пациентов, увеличение степени печёночной энцефалопатии было у 8, умерло 28 пациентов. Отдаленные результаты после проведения сочетанного эндоскопического и эндоваскулярного лечения прослежены через 1, 3, 5 и 10 лет, летальность составила- 87%, 68%, 59% и 47% соответственно После выполнения эндоскопического лигирования и TIPS в сотрудничестве с трансплантологами было выполнено 57 ортотопических трансплантаций печени- 12 пациентов после TIPS и 45 пациентов после лигирования в сроки от 1.5 до 79 месяцев ВЫВОДЫ: Эндоскопические и эндоваскулярные методы лечения осложнений ПГ являются «мостиком» к трансплантации печени и позволяют продлить жизнь пациента до пересадки печени

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени. TIPS, эндоскопическое лигирование вен пищевода

370. Ретроспективный анализ хирургической помощи беременным и роженицам с неотложной абдоминальной патологией

Попов Д.Н., Логвин Л.А., Корольков А.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

Актуальность: В последние десятилетия отмечается увеличение экстрагенитальных заболеваний, которые нередко проявляются во время беременности. При этом острая хирургическая патология оказывает негативное влияние на развивающийся плод и ухудшает перинатальные исходы. Заболеваемость острым животом у беременных составляет по разным данным 1 случай на 500–635 беременностей. Оперативное вмешательство при возникновении экстрагенитальной хирургической патологии требуется в 0,75–4,8% случаев. Почти в одной трети случаев перинатальной смертности новорожденных у матерей выявляется экстрагенитальная патология. Таким образом, любое острое хирургическое заболевание, развивающееся у беременной женщины, следует рассматривать как прямую угрозу жизни матери и плода.

Цель: Проанализировать структуру заболеваемости и потоки маршрутизации у беременных и рожениц с экстрагенитальной хирургической патологией в городе Санкт-Петербург.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ данных о законченных случаях лечения беременных пациенток с экстрагенитальной хирургической патологией в период с 2018 по 2021 годы в 14 многопрофильных стационарах города Санкт-Петербург. Оценена структура заболеваемости, сроки доставки в стационар, структура оперативных вмешательств, исходы лечения. Не включались пациентки с острой гинекологической, урологической, сердечно-сосудистой (кроме осложнений варикозной болезни) патологиями, а также с травмами, ожогами и обморожениями.

Результаты: Всего в период с 2019 по 2021 годы в экстренном порядке с различной патологией было госпитализировано 698 504 беременных, из них с подозрением на острую хирургическую патологию – 6 834 (1,0%). Экстренные и неотложные оперативные вмешательства были выполнены у 2 681 пациентки (35,1%). Наибольшую долю (44,7%) среди пролеченных консервативно составляют беременные с купированным болевым абдоминальным синдромом, расцененным как кишечная колика. Среди хирургической патологии требующей консервативной терапии наибольшую долю составляют пациентки с варикозной болезнью вен нижних конечностей, осложненные тромбозами и тромбофлебитами, а также осложненное течение геморроя и желчекаменной болезни с печёночной коликой. Наибольшую долю в структуре оперативных вмешательств у пациенток с неотложной экстрагенитальной хирургической патологией составили открытая аппендэктомия (27%), лапароскопическая аппендэктомия (19%) и ПХО ран различных локализаций (18%). При анализе маршрутизации беременной с подозрением на острую хирургическую патологию было отмечено, что после первичного обращения в скорую медицинскую помощь в стационары было доставлено 67,9% пациенток, 20,8% были переведены из родильных домов, из женских консультаций было направлено 7,5% и самостоятельно обратились в приёмный покой стационаров 5,7%. При этом наибольшее время от начала заболевания до поступления в стационар отмечалось при первичном обращений в родильный дом и последующем переводе (37,2 ± 5,1 ч; p>0,05).

Выводы: В структуре неотложных и экстренных госпитализаций у беременных экстрагенитальная хирургическая патология составляет около 1% Наибольшую долю (44,7%) среди пролеченных консервативно составляют беременные с купированным болевым абдоминальным синдромом, расцененным как кишечная колика. Среди хирургической патологии требующей консервативной терапии большую долю составляют пациентки с ВРВ нижних конечностей, осложненные тромбозами и тромбофлебитами, а также осложненное течение геморроя и ЖКБ с печеночной коликой. Общая доля оперативных вмешательств у пациенток с экстрагенитальной патологией составляет 35,1%. При этом наибольшую долю в структуре операций занимают открытая аппендэктомия – 27%, ЛС аппендэктомия – 19% и ПХО ран – 18%. Маршрутизация беременной с подозрением на хирургическую патологию путем первичного обращения в родильный дом увеличивает (p <0,05) среднее время до поступления в хирургический стационар.

Ключевые слова: Беременные, роженицы, экстрагенитальная патология, неотложная абдоминальная патология, маршрутизация

371. Организация микробиологического мониторинг микробный состава в многопрофильном хирургическом стационаре

Резников Я.З., Боклин А.А., Мачехин П.В., Каранов Д.В., Капалин А.А., Иванцева Н.В., Котькин В.А., Журавлева И.В., Старостина А.А.

Самара

ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко»

Актуальность. Организация контроля микробиологического статуса у разнопрофильных пациентов в хирургическом стационаре позволяет знать «микробное лицо» современных гнойно-воспалительных заболеваний, обеспечить оптимальный режим антибактериальной терапии, структурировать его и проводить лечение не стихийно, а упорядоченно и высокоэффективно. Соотнесение состава «входящей инфекции» позволяет правильно оценивать и внутрибольничную структуру патогенов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в 2021-2023 годах состояло 3275 человек, имевших заболевание воспалительной природы, не относящихся к категории ятрогенных внутрибольничных. Прошедшие больные были из хирургического, септического гинекологического, нейрохирургического и травматологического отделений. Всем больным при поступлении во время оперативного вмешательства проводили взятие мазков на флору и чувствительность к антибиотикам. При необходимости исследование повторяли по клиническим показаниям. Полученные результаты. В результате исследования выявлен рост следующих микроорганизмов: Staphylococcus spp. – 40,1%, Streptococcus spp – 22,9%, E. coli – 10,7%, Bacteroides spp. – 6,7%, Pseudomonas aeruginosa – 4,8%, Enterococcus spp. – 4,8%, Enterobacter – 4,8%, Proteus spp.2,9%. Изученный ранее микробный пейзаж выявил аналогичную структуру выявленных патогенов, которые можно считать убиквитарными в хирургической практике.

Обсуждение. Выявляемый микробный состав позволяет соотносить результаты данных исследований с результатами эпидемиологического контроля в каждом конкретном отделении, а также оценивать внутрибольничный характер осложнений, микробный спектр при которых существенно меняется.

Выводы. Правильно организованный микробиологический мониторинг за «входящей инфекцией» является серьезным инструментом обеспечения адекватности антибактериальной терапии и методом контроля за внутрибольничной инфекцией.

Ключевые слова: Микробиологический мониторинг, многопрофильный хирургический стационар внутрибольничная инфекция

---

372. Необходимость психологической подготовки пожилых пациентов к эндоскопии

Аль Мажмай Нурулдин М.Х., Горелик С.Г.

Белгород

НИУ «БелГУ»

Развитие медицины приводит к расширению применения инструментальных методов обследования и лечения, в том числе эндоскопических, у пациентов пожилого возраста. Но использование инструментальных методов может быть затруднено из-за ряда особенностей пожилого человека. К таким особенностям относятся гериатрические синдромы и возраст-ассоциированные состояния и заболевания. Поэтому считается, что любое исследование, статистически признаваемое безопасное, у пациентов старших возрастных групп несет дополнительную нагрузку на организм пожилого пациента, сопровождается более частыми осложнениями, порой специфическими, и рисками.

Цель нашего исследования: разработать подходы к медико-психологическому сопровождению людей пожилого возраста при проведении эндоскопических исследований.

Материал и методы исследования. Объектом исследования было 470 пациентов старших возрастных групп, которым было проведена диагностическая эзофагогастродуоденоскопия. Кроме стандартных методов исследования, принятых при ведении пациентов перед эндоскопией, были использованы методы изучение функционального статуса пожилого человека и широко применяемая в гериатрии. То есть всем пациентам проводилась комплексная гериатрическая оценка.

Результаты исследования. Мы выявили ряд факторов, которые были сопряжены с наличием клинически выраженной тревоги у пациентов пожилого возраста перед проведением эндоскопического исследования, и построили их рейтинг-шкалы. Достоверно сопряженными с наличием клинически выраженной тревоги перед эндоскопическим исследованием у людей пожилого возраста следующие гериатрические синдромы: когнитивные расстройства, депрессия, синдром падений, синдром полипрагмазии и сенсорный дефицит в виде некомпенсированного дефицита слуховой функции. При этом когнитивные расстройства на уровне MMSE 18-23 баллов занимают ведущее место в рейтинге, а когнитивное снижение, депрессия и синдром падений были попарно сопряжены между собой. На основании этого можно с большой долей вероятности предположить, что когнитивные расстройства являются одним из важных звеньев в формировании тревоги у людей пожилого возраста перед исследованием. Так когнитивные расстройства на уровне MMSE 18-23 баллов были на первом месте (p=0,0004). Депрессия на втором месте (p=0,0012), синдром падений

– на третьем месте (p=0,0063), когнитивные расстройства на уровне MMSE 24-27 баллов – на четвертом месте (p= 0,0087). Полипрагмазия заняла пятое место (p= 0,0300), а некомпенсированный дефицит слуховой функции занял последнее шестое место (p= 0,0362). Спектр негативных ожиданий эндоскопического исследования в пожилом возрасте заключался в следующем. Достоверно значимым был страх остановки сердца, асфиксии (он был достоверно сопряжен с наличием у пациентов ХОБЛ и/или вазомоторного ринита), страх экстракции зубов (он был достоверно сопряжен с наличием у пациентов компенсированной адентии). Страх аллергических реакций не был достоверно значимым, а страх боли, негативного результата исследования и потери сознания не занимал первые места в рейтинге. Особое место занимает страх не наладить контакт в врачом-эндоскопистом и страх дезориентироваться в новой для пациента обстановки эндоскопического кабинета.

Вывод. Таким образом, полученные нами данные показали, что с целью улучшения качества и объема эндоскопических методов исследования у пациентов пожилого возраста необходимо использовать специфические методы психологической коррекции тревожных состояний.

Ключевые слова: пожилой возраст, эндоскопическое исследование, комплексная гериатрическая оценка, тревога, депрессия, когнитивные расстройства, гериатрические синдромы

---

373. Анализ лечения ранений сердца и перикарда в ГАУЗ РК БСМП им. В.В.Ангапова за 1994-2023гг.

Саганов В.П., Хитрихеев В.Е.

Улан-Удэ

Бурятский Госуниверситет медицинский институт

Аннотация: Проведен анализ лечения ранений сердца в РК БСМП за 1994-2022 годы, где находилось на лечении 297 больных. В структуре всех травм грудной клетки частота ранений сердца и перикарда за исследуемый период составила 4,8%, а за последние годы (2011-20232гг) –12,1%, что показывает увеличение доли ранений сердца и перикарда среди всех ранений грудной клетки. Ключевые слова: Ранения сердца и перикарда.

Материалы и методы: за 1994-2022 годы лечилось 297 больных с ранениями сердца и перикарда (таб. 1), 280 мужчин и 17 женщин. Таблица 1 Количество ранений сердца и перикарда за 1994-2022 гг. Год Число случаев Год Число случаев Год Число случаев Год Число случаев 1994 2 2002 17 2010 7 2018 9 1995 11 2003 13 2011 16 2019 8 1996 6 2004 8 2012 16 2020 12 1997 9 2005 13 2013 7 2021 10 1998 11 2006 10 2014 11 2022 3 1999 11 2007 4 2015 11 Всего 297 2000 12 2008 20 2016 6 2001 20 2009 11 2017 14

Результаты и обсуждения: Определено, что колото-резанные ранения (278) доминировали над огнестрельными (16). При госпитализации 182 (61%) больных находились в состоянии алкогольного эксцесса. С времени получения травмы в течение одного часа поступило 201(67,7%) человек, позже 1 часа – 93(32,3%). В состоянии клинической смерти поступило 15(5%) пациентов. Геморрагический шок I степени отмечался в 24(9,4%) случаях, II степени – в 104(35%) и III степени – в 165(55,6%). Открытый пневмоторакс диагностирован у 44(14,8%) человек, гемоторакс – у 113 (38%). У 39(13,1%) пациентов выявлены изолированные ранения перикарда, у 159(53,5%) – ранения левого желудочка, у 30(10,1%) – ранения правого желудочка, ранения миокарда, не проникающие в полости сердца у 15(5%), у 9(3%)– ранения перегородочной области и левого предсердия. Торакоабдоминальные ранения у 39(13,1%) больных, повреждения легкого у 103(34,7%). Среди пациентов с ранениями сердца и перикарда доминировали лица трудоспособного возраста. У 16(5,4%) с остановкой сердца, проведена хирургическая реанимация. У 54(18,2%) проводился прямой массаж сердца. Хирургическим доступом являлась передне-боковая торакотомия в IV-VI межреберье, осуществлена в 18(6,1%) случаях справа и в 279(93,9%) слева. Перикардиотомия выполнялась параллельно диафрагмальному нерву. Ушивание сердца совершалось узловыми или П-образными швами через весь миокард с учетом местоположения коронарных сосудов. В 10(3,4%) случаях использовали протекторы с целю предупреждения прорезывания швов. Непременно проводился ЭКГ-мониторинг, в особенности в момент стягивания наложенных швов, с целью избежать травмирования проводящей системы сердца. Во время нарушения сердечного ритма безотложно убирали швы и ушивали заново. Интраоперационная реинфузия крови проведена 141(47,5%) больным. Перикард ушивался редкими швами с наложением задней контрапертуры. Плевральная полость дренировалась в VIII, IX межреберье дренажными трубками диаметром более 1 см с активной аспирацией. В ближайшем послеоперационном периоде в первые сутки осуществлена реторакотомия 21(7,1%) пациентам ввиду продолжающегося внутриплеврального кровотечения. У 19(6,5%) больных диагностирован перикардит, у12(4,1%) – эмпиема плевры, у 38(12,9%) – пневмония. Умерло 49(16,5%) больных. Из них на операционном столе 23(7,7%) из-за тяжести повреждения внутрисердечных структур, декомпенсированного геморрагического шока, ПОН. Послеоперационная интенсивная терапия осуществлялась в условиях ОРИТ. За последнее время увеличился удельный вес числа ранений сердца и перикарда среди всех ранений грудной клетки.

Выводы: 1. Хороший итог в лечении ранений сердца

напрямую зависит от ранней госпитализации раненого в стационар и от своевременной медицинской помощи. 2. Безусловно нужна высокая квалификация хирурга, определяющего тактику диагностических и лечебных мероприятий. 3. При тампонаде сердца – минимизация объема диагностических мероприятий, а в некоторых случаях и отказ от их проведения.

Ключевые слова: Ранения сердца и перикарда

---

374. Хирургическая тактика при хронических дуоденальных язвах осложненных рецидивирующим кровотечением

Танцев А.О., Корольков А.Ю., Попов Д.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова

Актуальность За последние 20 лет лечебная тактика при язвенных кровотечениях изменилась коренным образом. Это обусловлено развитием и внедрением в практику эндоскопических методов остановки кровотечения и появлением современных антисекреторных препаратов. В то же время во всем мире отмечено увеличение частоты осложнений язвенной болезни, что обусловлено растущим приемом НПВС, антикоагулянтных препаратов, антиагрегантной терапии и их комбинации по поводу различных коморбидных состояний, что приводит к увеличению эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта. Летальность при данной патологии достигает 16%, несмотря на успехи консервативного лечения и снижение хирургической активности. Основными факторами, способствующими неблагоприятным исходам, сегодня являются пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии и рецидив кровотечения. Согласно отчетам главных хирургов Российской Федерации за период с 2018 по 2021 гг., отмечается снижение оперативной активности с 17,90% до 13,28%, при этом отмечается рост послеоперационной летальности с 12,90% до 19,25% и общей летальности с 4,97% до 6,59%.

Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ историй болезни в 3 стационарах города Санкт-Петербург за период с 2018 по 2021 гг. В выборку были включены 280 пациентов с хроническими язвами двенадцатиперстной кишки осложненных кровотечением. Оценивались такие показатели как размер и локализация язвы, тип кровотечения по Forrest, вид первичного гемостаза, частота рецидива, койко-день, летальность.

Результаты При ретроспективном анализе средний возраст пациентов составил 59,4 ± 12,5 лет, средний койко-день 20,1 ± 10,3, общая летальность и частота рецидива составили 16,5%. Большую долю составили язвы с локализацией по передней и задней стенке двенадцатиперстной кишки, размером до 1 см, осложненные кровотечением по Forrest Ib и IIb. Большая доля первичного гемостаза пришлась на комбинированный эндогемостаз с применением инъецирования и коагуляции. При анализе летальности (n=45) установлено, что при рецидиве кровотечения летальность возрастает в 3,7 раза ($p<0.001$). При анализе рецидивных кровотечений большую долю составили язвы с локализацией по передней и задней стенке двенадцатиперстной кишки, размером 2 см и более, осложненные кровотечением по Forrest IIb, более половины пациентов имели коморбидную патологию и принимали антикоагулянты/антиагреганты. При проведении ROC анализа полученных данных было установлено, что при наличии 3 и более вышеуказанных критериев вероятность рецидива кровотечения составляет > 80% (AUC = 0,849314; Sp 83,48%; Se 82,01%). На основании полученных результатов в ПСПБГМУ им.акад. И.П.Павлова с середины 2022 г. применяется следующий алгоритм в лечении язвенных кровотечений ДПК. Пациенту с кровотечением из язвы ДПК размером 2 см и более выполняется гибридный гемостаз (комбинированный эндогемостаз+ангиоэмболизация). При наличии 3х и более критериев в срочном порядке выполняется оперативное лечение. При размере язвы не более 2х см. применялась клипса OVESCO. За указанный период выполнено 15 гибридных гемостазов из них 12 с оперативным вмешательством в срочном порядке, 3 клипирования OVESCO. Рецидивов кровотечения и послеоперационной летальности не наблюдалось.

Выводы Высокий показатель летальности (16,5%) у больных с дуоденальными язвами ассоциирован с большой частотой рецидива кровотечения ($p<0.001$). Основными предикторами рецидива кровотечения у пациентов с дуоденальными язвами являются язва больше 2х см, локализация по задней/передней стенке, кровотечение по Forrest 2b, наличие коморбидной патологии, прием пероральных антикоагулянтов/антиагрегантов. При наличии 3х и более указанных факторов, риск рецидива кровотечения более 80%. Нет единого подхода в хирургической тактике лечения кровотечений из хронических язв ДПК размером 2 и более см. Перспективным направлением в лечении данной категории больных является применение гибридного гемостаза.

Ключевые слова: дуоденальные язвы, кровотечение, ангиоэмболизация, хирургическая тактика, клипса OVESCO, эндогемостаз

---

375. Послеоперационный перитонит у больных пожилого и старческого возраста

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

Москва

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Актуальность. Неудовлетворительные результаты лечения послеоперационного перитонита связаны в значительной степени с поздней диагностикой развившегося осложнения. Вес больного, ожирение, сахарный диабет и ряд других сопутствующих заболеваний могут рассматриваться как независимые факторы риска возникновения и прогрессирования послеоперационного перитонита. Однако в литературе есть лишь несколько работ, касающихся прогноза и роли отдельных факторов. Особую трудность представляет диагностика и лечение послеоперационного перитонита у больных пожилого и старческого возраста. В связи с этим выявление больных с высоким риском неблагоприятного исхода заболевания с целью своевременной и адекватной коррекции нарушений является чрезвычайно актуальной задачей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 128 больных с послеоперационным перитонитом, находящихся на лечении в ГКБ 50 с 2018 по 2022 годы. Больные пожилого и старческого возраста составили 54%. Вероятность развития неблагоприятного исхода, по данным различных биохимических показателей в разных возрастных группах при поступлении и перед второй операцией, мы оценивали при помощи логистической регрессии в программе SPSS, а далее по формуле P=1/1+e?z, где Z- полученное по данным логистической регрессии число. Выделены наиболее достоверные показатели неблагоприятного исхода заболевания. Все полученные данные проанализированы также посредством корреляции Спирмена и Roc-кривой.

Результаты. При анализе зависимости исхода от уровня альбумина выявлены статистически значимые различия. При уровне альбумина 17-24 г/л, 25-34 г/л, более 35 г/л перед первой операцией вероятность неблагоприятного исхода достоверно высока в группе больных пожилого возраста. При уровне альбумина ниже 17 г/л вероятность неблагоприятного исхода выше средних значений в общей группе и группе больных молодого возраста. В группе больных пожилого возраста вероятность неблагоприятного исхода достоверно выше. Таким образом, низкий уровень альбумина при поступлении, до развития послеоперационного перитонита, является одним из прогностических критериев риска развития осложнений и неблагоприятного исхода заболевания, особенно в группе больных пожилого и старческого возраста. Низкий уровень альбумина (ниже 16 г/л) в день операции по поводу послеоперационного перитонита является прогностическим критерием неблагоприятного исхода заболевания. У больных пожилого и старческого возраста вероятность неблагоприятного исхода крайне высока и достигает 0,88. В группе больных с уровнем альбумина 17-24 г/л вероятность неблагоприятного исхода высокая в группе больных пожилого возраста. Данные, полученные при других значениях альбумина, статистически недостоверны. Таким образом, низкий уровень альбумина у больных пожилого и старческого возраста может служить прогностическим критерием неблагоприятного исхода послеоперационного перитонита. Аналогичным образом проанализированы другие показатели. При анализе корреляции Спирмена выявлено, что значимыми показателями являются уровень общего белка, альбумина перед повторной операцией, шкала Apache II, индекс коморбидности, МИП, возраст, уровень креатинина и количества лейкоцитов поступлении и перед повторной операцией. У первых двух прямая зависимость, у остальных показателей – обратная пропорциональная зависимость. При анализе данных на ROC-кривой, выявлены следующие данные: 1)Белок перед 2-ой операцией: AUC 0,789; пороговое значение (cut-off) 46,85; чувствительность 74,1%, специфичность 66,7%; 2)Альбумин перед 2-ой операцией: AUC 0,804; пороговое значение (cut-off) 18,85; чувствительность 77,8%, специфичность 67,5%; 3) Apache II: AUC 0,876±0.033, пороговое значение (cut-off) 17,5; чувствительность 81,8%, специфичность 79,5%; 4) Индекс коморбидности: AUC 0,706±0.050, пороговое значение (cut-off) 4,5; чувствительность 71,2%, специфичность 63,6%; 5)МИП: AUC 0,847; пороговое значение (cut-off) 22,5; чувствительность 81,2%, специфичность 76,5%; 6)Возраст: AUC 0,695; пороговое значение (cut-off) 64,5; чувствительность 69,6%, специфичность 61,5%; 7) Креатинин при поступлении: AUC 0,375. Показатели с AUC менее 0,5 достоверной связи не несут и их дальнейшее исследование в данном исследовании бессмысленно. При анализе уровня лейкоцитов перед второй операцией (AUC 0,234) связь также не подтверждена. При анализе корреляции Спирмена у пациентов пожилого и старческого возраста значимыми показателями являются возраст, белок перед 2-ой операцией, шкала Apache II и МИП. При анализе данных по ROC-кривой выявлены следующие показатели порогового значения: 1)Возраст: AUC 0,690; пороговое значение (cut-off) 73,5; чувствительность 80%, специфичность 62,5%; 2)Белок перед 2-ой операцией: AUC 0,769; пороговое значение (cut-off) 48,5; чувствительность 75%, специфичность 75%; 3)Apache II: AUC 0,809; пороговое значение (cut-off) 17,5; чувствительность 80%, специфичность 75%; 4)МИП: AUC 0,761; пороговое значение (cut-off) 25,5; чувствительность 65%, специфичность 79,2%.

Выводы. Выявление независимых факторов риска возникновения и прогрессирования послеоперационного перитонита позволяет улучшить результаты лечения за счет своевременной и адекватной коррекции нарушений.

Ключевые слова: Послеоперационный перитонит, коморбидность, пожилой возраст, прогностические критерии

---

376. Эндоваскулярные вмешательства при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Баглаенко М.В, Аносов В.Д., Овчинников С.В., Дё Хен Ми, Исмати А.О., Джуракулов Ш.Р.

Москва

ГБУЗ ГКБ№15 им. О.М.Филатова

Актуальность: Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ОЯГДК) и особенно рецидивы остаются актуальной проблемой, частота рецидивов достигает 20-25% случаев и приводит к повышению летальности. Современным стандартом при лечении ОЯГДК является выполнение первичного или профилактического эндоскопического гемостаза. Рецидив кровотечения после выполнения успешного эндоскопического гемостаза может быть обусловлен неадекватным объемом гемостаза и/или сохранением кровотока в области язвенного дефекта. Проведение профилактической трансартериальной эмболизации (ТАЭ) после эндоскопического гемостаза подразумевает эмболизацию наиболее вероятного артериального сосуда в области язвенного дефекта

Материал и методы: в рамках когортного исследования в период с 2020 по 2023 год в ГКБ №15 им. О.М.Филатова включено 810 пациентов с симптоматикой кровотечения из верхних отделов ЖКТ, из них у 550 (67,9%) отмечены острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ОЯГДК). ТАЭ была выполнена 50(9,1%) пациентам с ОЯГДК.

Цель исследования: Изучение эффективности ТАЭ при ОЯГДК, проблема рецидивов язвенных кровотечений, летальности, повторных оперативных вмешательств и осложнений.

Результаты: Среди пациентов с ОЯГДК, которым была выполнена ТАЭ, распределение по результатам первичной ЭГДС было следующим: язва желудка выявлена у 16(32%) пациентов и у 34(68%) – дуоденальная язва. Язвенные дефекты были классифицированы по Forrest et. al.: FIa – 6(12%), FIb – 10(20%), FIIa – 15(30%), FIIb – 13(26%), FIIc – 3(6%) и FIII – 3(6%) пациентов. Глубокие язвенные дефекты выявлены у 26(52%), размеры язвенного дефекта >20 мм у 19(38%) пациентов. Первичный эндоскопический гемостаз в группе с ТАЭ был выполнен 39(78%) пациентам: инфильтрационный гемостаз выполнен 33(84,6%), электрокоагуляция – 7(17,9%), аргоноплазменная коагуляция – 15(38,5%), клипирование 9(23,1%), большинству пациентов – 27(69,2%) – выполнен комбинированный гемостаз. Эндоваскулярные вмешательства выполнялись на следующих артериях: гастродуоденальная артерия – 34(68%) пациента, левая желудочная артерия – 9(18%) пациента, верхняя панкреатодуоденальная артерия – 4(8%), правая желудочная артерия – 1(2%), собственная печеночная артерия – 1(2%) и у 1 пациента попытка эмболизации гастродуоденальной артерии была безуспешной. Эмболизация с применением спиралей выполнена 39(78%) пациентам, 9(18%) пациентам – с помощью микросфер, окклюдер установлен – 1(2%) пациенту. Интраоперационные осложнения наблюдались у 1(2%) пациента – миграция спирали. Рецидивы кровотечения после ТАЭ отмечены у 16(32%) пациентов. Оперировано по поводу рецидива кровотечения 10(20%) пациентов, летальные исходы после оперативного вмешательства с применением лапаротомии отмечены у 5 пациентов. Общая летальность в группе пациентов с ТАЭ составила 38%.

Обсуждение и выводы: выполнение ТАЭ предпочтительно пациентам «высокого риска» на основании эндоскопических данных и коморбидного статуса и может быть применена как метод лечения «первой линии» до развития эпизода рецидива кровотечения. Частота рецидивов язвенных кровотечений после ТАЭ продолжает оставаться высокой (32%) и требует дальнейшего изучения проблемы и улучшения результатов лечения.

Ключевые слова: острые язвенные гастродуоденальные кровотечения, эндоваскулярные вмешательства, трансартериальная эмболизация, рецидив кровотечения

---

377. Хроническийпанкреатит с сегментарным стенозом и постокклюзионным расширением вирсунгова протока: диагностика и тактика лечения

Магомедова С.М., Меджидов Р.Т., Мирзоев И.А., Абдуллаева А.З., Габибуллаев А.Ф.

Махачкала

Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» (ДГМУ МЗ РФ) Минздрава России

Актуальность. Причинами формирования стриктур Вирсунгова протока являются вовлечение его в зону некроза паренхимы или в воспалительный процесс, атрофия и десквамация эпителия протоков с развитием фиброза стенок и гиперплазии базальных клеток. Стриктура основного ствола Вирсунгова протока приводит к развитию гипертензии дистальнее зоны обструкции, вовлекая

в патологический процесс.

Цель исследования. Определить лечебно-диагностическую тактику при морфологическом типе хронического панкреатита с сегментарным стенозом и постокклюзионным расширением Вирсунгова протока.

Материал и методы. Среди 176 пациентов морфологического типа В и С3 ХП (классификация M.Buchler и P.Malforstheiner 2002) находились 31 пациента с сегментарным стенозом и постокклюзионным расширением Вирсунгова протока, перенёсшие деструктивный панкреатит. В 68,6% наблюдениях панкреатит был алиментарного характера, а в 32,4%-билиарного генеза. Потеря веса до 13 кг отмечено у 8 (25,8%) пациентов, до 20 кг-13 (41,9%) и более 21 кг- у 15 (48,3%). Потеря массы при данном морфологическом типе хронического панкреатита во многом связана как с нарушением экзокринной и эндокринной функций железы, так и с болезнью приёма пищи из-за развивающегося болевого приступа. Инструментальные исследования пациентам с хроническим панкреатитом: ультрасонография, фиброэзофагогастродуоденоскопия, мультиспиральная тонкослойная компьютерная томография с внутривенным болюсным усилением. Наиболее информативным в плане диагностики данного морфологического типа и определения хирургической тактики является МРТ в режиме холангиопанкреатографии и компьютерной реконструкции данных МР – холангиопанкреатографии на программе RadiAnt. Операция Puestow-I выполнена 4 пациентам, Puestow-III -15, Фрея -10 и Duval -2 пациентам.

Результаты. Протоковая гипертензия, когда её причиной могут быть сегментарные стриктуры с расширением протока дистальнее стриктуры более показаны дренирующие вмешательства. Мы полагаем, что предложение Избицки о необходимости V-образного иссечения передней стенки железы над протоком, облегчает условия выполнения оперативного вмешательства и способствует улучшению непосредственных результатов. При коротких стриктурах Вирсунгова протока в области перехода тела в хвост целесообразно выполнений операций типа Дюваля. Альтернатива можно – операция Puestow II, по наличию упорного болевого синдрома, кальцификация паренхимы в зоне стриктуры, что наблюдалось в трёх наблюдениях, склонило чащу весов в сторону резекционной методики. В настоящее время наиболее широкое применение нашла операция Фрея, при которой выполняется частичная резекция головки ПЖ во фронтальной плоскости.

Обсуждение Самые тягостные проявления, снижающие качество жизни пациентов, это упорная абдоминальная боль, синдромы внешнесекреторной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы. Определяющим условием при выборе оперативного вмешательства является верификации причин боли. При протоке гипертензии на почве сегментарного стеноза главного панкреатического протока показаны менее травматичные дренирующие операции.

Выводы • Наиболее чувствительным и специфичным методом для топической диагностики морфологического типа хронического панкреатита является МР холангиопанкреатография в 3 D реконструкции. • При постокклюзионном дистальном расширении главного панкреатического протока более показательными являются дренирующие операции.

Ключевые слова: хронический панкреатит, морфологический тип, сегментарный стеноз

---

378. Результаты трансплантации почек, полученных от доноров с необратимой остановкой сердечной деятельности

Шабунин А.В. (1,2), Пушкарь Д.Ю. (1), Лоран О.Б. (1), Велиев Е.И. (1), Минина М.Г., (1), Дроздов П.А. (1,2), Нестеренко И.В. (1), Макеев Д.А. (1), Севостьянов В.М. (1), Тенчурина Э.А. (1), Журавель О.С. (1), Карапетян Л.Р. (1)

Москва

1. ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
2. Кафедра хирургии РМАНПО

Цель: Оценить непосредственные и отдаленные результаты трансплантации почки от доноров с необратимой остановкой сердечной деятельности.

Материал и методы: С июня 2018 по декабрь 2022 гг в отделении трансплантации органов и/или тканей человека ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ выполнено 349 трансплантаций почки от посмертного донора, из них 16 (4,6%) трансплантаций почки, полученной от доноров с необратимой остановкой сердечной деятельности. В 2020 году – 1 трансплантация (0,28%), в 2021 году – 4 трансплантаций (1,14%), в 2022 году – 11 трансплантаций (3,15%). Госпитальная летальность была зафиксирована у 9 доноров (56,3%), внегоспитальная летальность – 7 доноров (43,7%). В 3 случаях (18,75%) не использовалась машинная оксигенированная холодовая перфузия почечного трансплантата, в 13 случаях (81,25%) данная технология использовалась. Автоматизированная компрессия грудной клетки использовалась у 5 доноров (31,25%). Перфузионные технологии у доноров не использовались.

Результаты: Летальных исходов в раннем и позднем послеоперационном периоде не зафиксировано. Первичная функция почечного трансплантата зафиксирована у 4 реципиентов (25%), отсроченная функция (ОФПТ) –

10 (62,5%), первично-нефункционирующий трансплантат (ПНФТ) – 2 (12,5%). При использовании доноров с внегоспитальной необратимой остановкой сердечной деятельности достоверно чаще развивалась ПНФТ (p = 0,02), развития ОФПТ не зависело от типа используемого донора (p = 0,84). Послеоперационные осложнения развились у 4 больных (25%), в 2 случаях (12,5%) – гематома на фоне усиления антикоагулянтной терапии при высоких индексах резистентности на почечной артерии, в 1 случае (6,25%) – стриктура мочеточника, в 1 случае (6,25%) – нагноение послеоперационной раны. Статистической значимости развития послеоперационных осложнений при использовании доноров с госпитальной и внегоспитальной необратимой остановкой сердечной деятельности не получено (p = 0,783). При среднем сроке наблюдения 11 ± 3,23 месяцев, средний креатинин реципиентов при использовании доноров с госпитальной необратимой остановкой сердечной деятельности составил 161,45 ± 54,39 мкмоль/л, при внегоспитальной – 214,86 ± 42,67 мкмоль/л (p = 0,184)

Выводы: Использования доноров почечных трансплантатов с необратимой остановкой сердечной деятельности – безопасный и эффективный метод расширения пула эффективных доноров. Худшие непосредственные и отдаленные результаты использования доноров с необратимой внегоспитальной остановкой сердечной деятельности диктует необходимость внедрения регионарных методов нормотермической перфузии у доноров.

Ключевые слова: трансплантация почки, асистолический донор

---

379. Профилактика кровотечения при удалении образований слизистой оболочки полых органов путем применения эндоскопической лигирующей петли

Натальский А.А. (1), Филимонов В.Б. (1), Шадский С.О. (2), Иванов Н.А. (2), Пашкин К.П. (1).

1) Рязань,
2) Мытищи МО

1) ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова,
2) ГБУЗ МО «МГКБ»

Актуальность В настоящее время основным способом профилактики возникновения злокачественных новообразований слизистой ЖКТ является раннее выявление и удаление доброкачественных новообразований, обладающих потенциалом малигнизации. предпочтительным методом удаления в большинстве случаев является эндоскопический, который заключается в выполнении эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое, либо без нее. Резекции, выполняемые по поводу полиповидных образований (0-1p по Парижской классификации), могут осуществляться в пределах ножки полипа. Частым осложнением такого вмешательства является кровотечение из питающей ножки полипа. По данным многоцентровых исследований, самая высокая эффективность профилактики кровотечения при удалении полиповидных образований слизистых ЖКТ продемонстрирована при профилактическом лигировании ножки полипа эндопетлей. Однако, отсутствие дешевого и доступного лигатора на российском рынке эндоскопического инструментария является тормозящим фактором для широкого применения этой методики.

Материалы и методы Исследование проведено на 35 пациентах с 36 полиповидными образованиями слизистых толстой кишки с диаметром питающей ножки полипа не менее 5 мм. Лигирование выполнялось с помощью устройства, вводимого через инструментальный канал эндоскопа, и позволяющего осуществлять затягивание на ножке удаляемого образования заранее заготовленной нераспускающейся петли типа Редера.

Результаты Все обнаруженные образования слизистой были удалены без технических особенностей, извлечены и направлены на гистологическое исследование. Средний возраст пациента составил 64 года (от 52 до 81 года). Средний размер верхушки полипа удаляемого образования – 15,6 мм (от 10 до 40 мм). Средняя толщина ножки удаляемых образований составила 8 мм (от 5 до 12 мм). Возникновения осложнений во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде отмечено не было. Все пациенты, включенные в исследование, были выписаны на амбулаторное наблюдение на 2-й послеоперационный день.

Выводы Предлагаемый способ профилактики кровотечения при удалении полиповидных образований слизистых ЖКТ может считаться простым, эффективным и безопасным и быть рекомендованным к применению в клинической практике.

Ключевые слова: Полип, гиперплазия, аденома, резекция слизистой, эндоскопическая, профилактика, кровотечение.

---

380. Сравнительный анализ оперативного лечения деструктивных форм острого аппендицита

Авакимян С.В., Попандопуло К.И., Авакимян В.А., Громак С.С., Чилингаров Ю.Р.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Кубанский Государственный Медицинский Университет” министерства здравоохранения РФ)

Актуальность темы. В настоящее время лапароскопическая аппендэктомия считается «золотым» стандартом оперативного лечения острого аппендицита. На данный момент имеется лишь незначительное количество научных работ, посвященных сравнительному анализу методов оперативного лечения деструктивных форм острого аппендицита.

Цель данного исследования – провести сравнительный анализ послеоперационных осложнений оперативного лечения деструктивных форм острого аппендицита.

Материал и методы. Нами было выполнено ретроспективное исследование медицинских карт 163 пациентов, находившихся на лечении с января 2020 г. по февраль 2022 г. в ГБУЗ Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи МЗ КК. 103 пациента были оперированы лапароскопическим методом (94 человека с диагнозом острый флегмонозный аппендицит, как с местным перитонитом, так и без, и 9 больных с диагнозом острый гангренозный аппендицитом, с местным перитонитом). 60 человек было прооперированно лапаротомным доступом (из которых 27 гангренозных и 33 острых флегмонозных форм). Конверсия, была выполнена у 8 больных, остальные, изначально оперированы открытым доступом (во всех случаях разрезом Волковича-Дьяконова-МакБурнея). Послеоперационные осложнения в данных группах пациентов были разделены на 2 основные группы: внутрибрюшные (инфильтраты, абсцессы, перитонит, внутрибрюшные кровотечения) и раневые (нагноение ран, серомы, гематомы, болевой с-м). Катаральные формы острого аппендицита в наше исследование не были включены, из-за их незначительного количества.

Результаты. Общее число внутрибрюшных осложнений при лапароскопической аппендэктомии составило 16,5% (то есть 17 случаев из 103, среди которых 9 пациентов с послеоперационным инфильтратом, 3 – с абсцессом правой подвздошной области, 3 – с некупирующимся перитонитом, 2 – с внутрибрюшным кровотечением). Со стороны ран передней брюшной стенки – 1 осложнение в виде нагноения раны параумбиликальной области (0,97%). При традиционной (открытой) аппендэктомии внутрибрюшные осложнения развились у 5 пациентов (7,9%). 2 инфильтрата, 2 абсцесса и 1 кровотечение. У 9 человек возникли раневые осложнения 14,3% (нагноение раны).

Обсуждение. Внебрюшные осложнения после лапаротомии встречались значительно чаще, чем при лапароскопической аппендэктомии 9 (14,3%) и 1 (0,97%) соответственно (p? 0,001). Внутрибрюшные осложнения при лапаротомии составили 5 (7,9%), а при лапароскопической операции – 17 (16,5%) (p?0.05). Стоит отметить, что лапаротомия выполнялась наиболее тяжелому контингенту больных, с выраженной сопутствующей патологией, атипичным расположением аппендикса, запущенным воспалительным процессом и противопоказаниями к карбоксиперитонеуму, что и объясняет достаточно высокий процент осложнений при лапаротомном доступе. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась менее тяжелым пациентам, несмотря на это, процент внутрибрюшных осложнений более чем в 2 раза превышает таковые при лапаротомии.

Выводы. При лапароскопической операции раневые осложнения встречаются значительно реже, чем при лапаротомии. При лапароскопической операции внутрибрюшные осложнения встречаются чаще, чем при лапаротомии (более чем в 2 раза). Мы не ставили перед собой задачу противопоставить методы аппендэктомии, а лишь определить дифференцированный подход к выбору метода выполнения операции индивидуально, в каждом конкретном случае.

Рекомендации. Необходим индивидуальный подход к выбору способа аппендэктомии, как лапароскопической, так и традиционной (открытой), базируясь на визуализации патологического процесса и его распространенности в брюшной полости.

Ключевые слова: осложнения, острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, традиционная аппендэктомия

381. Результаты реализации комплексной программы лечения осложнений цирроза печени в многопрофильном стационаре с программой трансплантации печени

Шабунин А.В. (1,2), Павлов Ч.С. (1), Сороколетов С.М. (1), Левина О.Н. (1), Дроздов П.А. (1,2), Чеченин Г.М. (1,2), Араблинский А.В. (1), Иванова Н.А. (1), Цуркан В.А. (1), Олейник Ю.А. (1)

Москва

1. ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ. Москва
2. Кафедра хирургии РМАНПО

Цель: Оценить результаты внедрения комплексной программы лечения осложнений цирроза печени в многопрофильном стационаре с программой трансплантации печени.

Материал и методы: С июля 2018 по декабрь 2022 гг в ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ обследовано и включено в лист ожидания на трансплантацию трупной печени 198 пациентов с терминальной стадией диффузных заболеваний печени. У 148 больных (74,7%) применялись один или несколько компонентов комплексной профилактики осложнений цирроза печени с использованием миниинвазивных технологий. У 49 больных (24,7%) выполнено эндоскопическое лигирование вен (ЭЛВ) пищевода, у 33 больных (16,7%) выполнено трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS), у 21 больного (10,6%) – частичная эмболизация селезенки (ЧЭС), у 32 больных (16,2%) применялась комбинация TIPS и ЧЭС, у 1 больного (0,5%) – комбинация балон-ассистированной ретроградной чрезвенозной облитерации и эндоскопического лигирования вен пищевода, у 9 больных (4,5%) – интрапортальное введение мононуклеарных стволовых клеток (МСК), у 2 больных (1%) – введение МСК и TIPS, у 1 больного (0,5%) – введение МСК, TIPS, ЧЭС.

Результаты: Осложнения после ЭЛВ наблюдались у 3 больных, что составило 6,1%. После ЭЛВ пищевода рецидив варикоза наблюдался у 33 больных, что составило 67,3%, кровотечение из вен пищевода – у 16 больных (22,7%). Осложнения после TIPS зафиксированы у 2 больных (6,1%), регресс варикоза вен (ВРВ) пищевода наблюдался у 26 больных (78,7%), регресс асцитического синдрома у 21 больного (63,6%), гиперспленизм прогрессировал у 24 больных (72,7%), прогрессирование печеночной энцефалопатии наблюдалось у 5 больных (15,2%). Осложнения после ЧЭС зафиксированы у 2 больных (9,5%), регресс гиперспленизма был у всех больных (100%). При совместном использовании TIPS и ЧЭС регресс ВРВ наблюдался у 29 больных (90,6%), регресс асцитического синдрома у 19 больных (59,3%), гиперспленизма у всех больных. После интрапортального введения МСК средний MELD больных снизился с 19 до 16, однако наблюдалось прогрессирование осложнений портальной гипертензии в виде нарастания асцитического синдрома, гиперспленизма, ВРВ пищевода. При совместном использовании МСК, TIPS и ЧЭС наблюдалось снижение среднего MELD с 18 до 16, а также регресс осложнений портальной гипертензии. Из 198 больных, включенных в лист ожидания, до конца 2022 года ортотопическая трансплантация печени выполнена 147 больным. Летальность в листе ожидания составила 3,03%.

Выводы: Реализация программы хирургической коррекции осложнений цирроза печени, основанной на применении миниинвазивных технологий позволяет улучшить состояние больных и безопасно дождаться операции по ортотопической трансплантации печени.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени

---

382. Эндоскопический гемостаз по линии санитарной авиации при кровотечениях, в том числе рецидивных, из верхних отделов пищеварительного тракта

Пантелеев В.С. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2), Салимгареев И.З. (2), Погорелова М.П. (2)

Уфа

1.Башкирский государственный медицинский университет
2.Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова

Актуальность Кровотечения, в том числе рецидивные, из верхних отделов пищеварительного тракта являются сложной проблемой по диагностике и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях первого уровня. В таких случаях эвакуировать пациента в медицинский центр небезопасно, в связи, с чем приходиться оказывать помощь на выезде (вылете) специалистами санитарной авиации.

Материалы и методы За 2012-2022 годы врачами – эндоскопистами ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, г. Уфа было выполнено 578(100%) выездов (вылетов) в Центральные Районные Больницы (ЦРБ) Республики Башкортостан по санитарной авиации для диагностики и эндоскопического гемостаза, как при первичных, так и при рецидивных кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта. Причинами кровотечений явились: варикозно-расширенные вены (ВРВ) пищевода – 345(60%), из них 86 рецидивных; язвенная болезнь 12 перстной кишки – 119(21%), из них 24 рецидивных; язвенная болезнь желудка – 41(7%), из них 11 рецидивных. В 73(12%) случаях, из которых в 12 рецидивные, были кровотечения при Синдроме Мелло-

ри-Вейсса и язве Дьелафуа. Эндоскопическая остановка кровотечений из ВРВ пищевода осуществлялась лигированием вен. Эндоскопическая остановка кровотечений у больных с кровоточащими язвами желудка и 12 перстной кишки осуществлялась двумя способами, зависящими от наличия расходных материалов, а также характера и расположения язвы: 1) обкалывание язвы адреналином; 2) клипирование источника кровотечения.

Результаты Отмечено, что вероятность рецидива кровотечения из ВРВ пищевода зависит от количества, установленных лигатур. При эндолигировании использовали следующие варианты: А) – кровоточащий дефект вены (1 лигатура); В) – кровоточащий дефект вены, верхний и нижний участки этой вены (3 лигатуры); С) – кровоточащий дефект вены, верхний и нижний участки этой вены, а также лигирование близлежащих расширенных вен (6-8 лигатур). Проведена оценка результатов и вероятности повторного кровотечения из ВРВ пищевода в зависимости от количества установленных эндолигатур. При использовании: варианта А, рецидив кровотечения наблюдался в 57% случаев; варианта В – 34%, а при варианте С в 14% случаев. Отдельно проведен анализ эндоскопического гемостаза при рецидивном кровотечении у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки – 34 случая, из которых в 19 гемостаз ограничивался обкалыванием язвы, а в 15 случаях произведено эндоклипирование. Количество возникших повторных рецидивов составило в группе с обкалыванием – 7(37%) случаев, а в группе с клипированием – 3(20%), при этом среднее время от гемостаза до повторного рецидива кровотечения составило 5 часов при обкалывании, тогда как при клипировании – 18 часов.

Заключение При остановке кровотечения из ВРВ пищевода наиболее лучшие результаты показал вариант С, который предусматривает лигирование не только кровоточащего участка вены, но и профилактически рядом расположенные ВРВ на расстоянии, что позволяет снизить риск кровотечения из них. Клипирование кровоточащей язвы позволило не только сократить количество повторных рецидивов язвенного кровотечения, но и увеличить время с момента завершения гемостаза до возможного рецидива кровотечения, что позволяет лучше подготовить больного к возможной предстоящей операции.

Ключевые слова: санитарная авиация, рецидивные кровотечения, эндоскопический гемостаз

---

383. Эндоскопическая хирургия эпителиальных образований правых отделов толстой кишки

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

Уфа

1. Башкирский государственный медицинский университет
2. Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова

Актуальность Выполнение эндоскопических оперативных пособий на правом фланге толстой кишки подразумевает более сложное манипулирование по отношению к левому флангу, а исследование и последующее выполнение эндоскопической операции в одном центре значительно повышает качество проведенной операции.

Материалы и методы В ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова (2021-2023гг) проведено эндоскопическое удаление эпителиальных новообразований проксимальных отделов ободочной кишки 69(100%) пациентам различными способами: эндоскопическая полипэктомия – 30(44%), эндоскопическая петлевая резекция (EMR) – 32(46%), эндоскопическая подслизистая резекция (ESD) – 7(10%). Из 69 пациентов было 28(41%) мужчин, 41(59%) женщин. У 21(30%) пациента новообразования локализовались в слепой кишке, у 28(41%) – восходящей и у 20(29%) – в проксимальном отделе поперечно-ободочной кишки. Видеоколоноскопию выполняли по методике ротационного введения, при которой колоноскопу придавали вращательные движения, а также способ сегментарного присборивания и ручное пособие через брюшную стенку.

Результаты Запланированное эндоскопическое удаление новообразований удалось выполнить в полном объеме во всех случаях. Однако были отмечены следующие интраоперационные осложнения у пациентов, которым обследование проводилось в других медицинских организациях, данные которого не совсем совпадали во время оперативного вмешательства: – при полипэктомии – 1 кровотечение, купированное клипированием одной клипсой; – при петлевой резекции – 2 кровотечения, купированные в одном случае клипированием одной клипсой, а во втором случае используя эндоскопический инструмент коаграспер; – при подслизистой диссекции – 1 кровотечение, купированное клипированием тремя клипсами и одна перфорация кишки, устраненная клипированием двумя клипсами. Осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах не наблюдалось.

Заключение Тщательное предварительное исследование с последующим эндоскопическим удалением выявленных новообразований специалистами одного центра позволяет выполнить полный объем запланированного оперативного пособия без осложнений. Используе-

мые технологии позволили купировать все осложнения интраоперационно.

Ключевые слова: эндоскопическая хирургия, новообразования правого фланга толстой кишки

---

384. Особенности эндоскопической декомпрессии при проксимальной злокачественной билиарной обструкции

Маринова Л.А. (1), Леонова А.И. (1), Остапчук В.С. (1), Коваленко Ю.А. (1), Чжао А.В. (2).

Москва

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия;
2) АО «Европейский Медицинский Центр», Москва, Россия.

Актуальность: Ведущими причинами злокачественной обструкции проксимальных желчных протоков являются воротная холангиокарцинома, рак желчного пузыря и вторичное поражение лимфоузлов ворот печени. Долгое время для билиарной декомпрессии широко использовались антеградные методики, однако, с развитием эндоскопических технологий последние годы всё чаще применяется ретроградное дренирование. Данный метод отличается физиологичностью и минимальным риском осложнений при условии учета особенностей транспапиллярных вмешательств при проксимальном блоке.

Материалы и методы: С 03.2017г. по 03.2023г. выполнено 108 эндоскопических вмешательств у 93 пациентов со злокачественными заболеваниями проксимальных внепеченочных желчных протоков: -воротная и внутрипеченочная холангиокарцинома–55 -рак желчного пузыря–18 -вторичное поражение печени и лимфоузлов–20 Показаниями являлись механическая желтуха и холангит. Все вмешательства проводились с учетом особенностей выполнения эндоскопических манипуляций при высоком билиарном блоке. Для предоперационной декомпрессии использовались пластиковые стенты и назобилиарные дренажи (69 случаев). В качестве паллиативного окончательного восстановления желчеоттока использовались металлические саморасширяющиеся стенты (38 случаев). В зависимости от уровня обструкции устанавливались один или два стента/дренажа (унилатерально, билатерально или ипсилатерально): -1 назобилиарный дренаж–21 -2 назобилиарных дренажа–5 -пластиковый стент+назобилиарный дренаж–5 -1 пластиковый стент–10 -2 пластиковых стента–28 -1 металлический стент–14 -2 металлических стента–24 Полученные результаты: Попытки ретроградной декомпрессии осуществлены в 108 случаях. В 105 случаях дренирование выполнено в запланированном объеме (технический успех–97,2%). Причинами 3-х неудач были: 2–выраженная деформация и значительная протяженность стриктуры, 1–выраженная деформация 12-перстной кишки. Постманипуляционные осложнения отмечены у 12 (12,9%) пациентов: панкреатит легкой степени–4 (4,3%), холангит легкой степени–6 (6,5%), холангит средней степени–2 (2,2%). Летальный исход наступил у 3 (3,2%) пациентов с метастазами печени от прогрессирующей печеночной недостаточности, несмотря на технически успешное стентирование. Снижение исходной билирубинемии на 30% и более после эндоскопической декомпрессии расценивали как клинический успех, он отмечен в 87 (93,6%) случаях.

Обсуждение: ЭРХПГ при проксимальной злокачественной обструкции является крайне сложным и операторозависимым методом. При отсутствии учета различных технических аспектов эндоскопические вмешательства могут сопровождаться большим количеством серьезных осложнений. В данной ситуации имеет несомненное преимущество антеградный доступ. Помимо этого, наличие наружных дренажей удобно для хирургов во время операции. Тем не менее, у транспапиллярного метода имеются такие достоинства, как физиологичность, отсутствие риска диссеминации, возможность одномоментного внутреннего дренирования, диагностические возможности.

Выводы: Эндоскопическая билиарная декомпрессия является эффективным методом лечения пациентов с опухолевыми поражениями проксимальных желчных протоков. Соблюдение рекомендованных принципов является залогом технического и клинического успеха, позволяет снизить риск осложнений и повысить качество жизни пациентов. Однако во избежание дискредитации метода следует адекватно оценивать техническое обеспечение и опыт эндоскопической бригады.

Рекомендации: -выбор метода декомпрессии должен осуществляться на междисциплинарном консилиуме; -следует стремиться к дренированию более половины объема печени; -определение целевых внутрипеченочных протоков следует производить по данным МРХПГ; -бесконтрастная канюляция целевых желчных протоков; -введение контрастного вещества после аспирации содержимого протоков (с направлением на бактериальный посев); -использование пластиковых стентов и назобилиарных дренажей при предоперационной декомпрессии или в неясных случаях и непокрытых металлических стентов – при паллиативном лечении.

Ключевые слова: ЭРХПГ, эндоскопическое стентирование, холангиокарцинома, проксимальная злокачественная билиарная обструкция

---

385. Возможности оптимизации системы профилактики венозных тромбоэмболических осложнений при плановых хирургических вмешательствах на основе теста тромбодинамики.

Лебедев Н.Н. (1), Давыденко В.В. (2), Шихметов А.Н. (1), Бабицкий А.А. (2)

1) Москва,
2) Санкт-Петербург

1) ОКДЦ ПАО «Газпром»
2) ПСПбГМУ

В мире отмечается увеличение количества плановых оперативных вмешательств, а соответственно и связанных с ними осложнений. Среди них большое значение занимают послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), которые не только встречаются достаточно часто, но и становятся причиной внезапной смерти даже у лиц молодого возраста. Существующая система профилактики ВТЭО при плановых оперативных вмешательствах включает в себя предоперационную стратификацию пациентов на группы риска «низкий», «умеренный» и «высокий», которую осуществляют в соответствии с критериями Российских клинических рекомендаций. Дифференцированное воздействие в пред- и послеоперационном периодах включает механическую профилактику в группе низкого риска и, дополнительно, прием антикоагулянтов в группах умеренного и высокого рисков. Лабораторный контроль за эффективностью применяемых схем профилактики ВТЭО далек от совершенства, доказывается нередкими случаями развития этих осложнений даже на фоне фармакопрофилактики. С целью оптимизации системы профилактики послеоперационных ВТЭО при плановых хирургических вмешательствах в условиях ОКДЦ ПАО «Газпром» изучается возможность применения интегрального метода диагностики плазменного звена гемостаза тест тромбодинамики (ТТ) в сравнении с чувствительностью и специфичностью стандартных лабораторных методов. В проспективное исследование были включены 120 человек, которым в 2021-2022 гг. в медицинских учреждениях г. Москвы и г. Санкт-Петербурга проводилось плановое хирургическое лечение по поводу ЖКБ и грыж передней брюшной стенки. Распределение пациентов по группам риска осуществлялась по рекомендации Американской коллегии торакальных врачей от 2012 года на основании критериев шкалы Caprini. Перед госпитализацией всем пациентам исследовались показатели плазменного звена гемостаза и фибринолитическая система гемостаза (D-димер). Интегральный метод диагностики включал изучение коагуляционного потенциала с использованием ТТ. Указанные обследования повторялись и в послеоперационном периоде на 3, 7 и 14 дни. Так же пациентам перед операцией проводилось УЗИ вен нижних конечностей и таза с целью визуализации венозного тромбоза, которое повторялось и в послеоперационном периоде в соответствии с указанными датами. Профилактика ВТЭО проводилась на основании Российских клинических рекомендаций.

Результаты наших исследований: стандартные показатели плазменного звена гемостаза как на предоперационном этапе, так и в послеоперационном периоде у всех пациентов оставались в пределах референсных значений и не выявляли гиперкоагуляцию, в т.ч. и на фоне фармакопрофилактики антикоагулянтами у пациентов групп умеренного и высокого рисков. В послеоперационном периоде выявилось нарастание показателей D-димера у 27 (22,5%) пациентов к 7 суткам во всех группах риска и сохранением этих цифр более 14 дней. По данным ТТ на предоперационном этапе выявлена гиперкоагуляция у 22 пациентов (18,3%) с её нарастанием у 34 (28,3%) пациентов к 7 суткам после операции преимущественно у пациентов низкого риска ВТЭО. Снижение гиперкоагуляции до нормальных цифр отмечалось к 14 суткам у 16 пациентов (47,1%). По данным УЗИ вен нижних конечностей в послеоперационном периоде выявлены тромбозы вен голеней у 18 (15%) пациентов. Из них – у 13 (72,2%) пациентов группы низкого риска ВТЭО, которые не получали фармакопрофилактику и имели исходную гиперкоагуляцию по данным ТТ без повышения цифр показателей стандартной коагулограммы.

Выводы: по данным ТТ выявлено значительное количество пациентов, преимущественно не получающих фармакопрофилактику ВТЭО и потенциально готовых к тромбозу в послеоперационном периоде; ТТ показал более высокую чувствительность и специфичность в выявлении гиперкоагуляции и диагностике ВТЭО в сравнении со стандартными лабораторными исследованиями; использование ТТ при плановом хирургическом лечении обеспечит персонифицированный подход и оптимизирует существующую стандартную систему профилактики ВТЭО.

Ключевые слова: Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений, тест тромбодинамики

386. Воспалительные осложнения герниоаллопластики: причины и тактика

Енгенов Н.М., Диденко М.В., Комбаров И.М.

Донецк

ГООВПО»Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

Воспалительные осложнения герниоаллопластики: причины и тактика.

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¬. Одна из таких осложнений как глубокая раневая хирургическая инфекция, периодический 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- 2019гг. Всем больным выполнялась ненатяжная аллопластика дефектов передней брюшной стенки с применением монофиламентных полипропиленовых протезов (Линтекс, Этикон), плетеными материалами (Mersilene, Surgipro), а так же композитных протезов. Все больные оперированы в плановом порядке по методике «Sub Lay» и «In Lay». Средний размер протеза составил 15х22см. 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. При чем по нашим наблюдениям чаще всего нагноению подвергались пациенты, у которых применялись протезы, изготовленные из плетенных материалов, а так же композитные протезы.

Выводы: На наш взгляд наиболее неблагоприятным с точки зрения развития нагноений является использование плетенных и композитных протезов, а так же 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 10микрон 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 обьеме тотального удаления протеза. Однако в таком случае рецидив неизбежен.

Ключевые слова: Герниоаллопластика, грыжа, хирургическое лечение, сетчатые импланты, осложнения

---

387. Новая методика комбинации радиочастотной абляции и криодеструкции чрескожным доступом под ультразвуковым контролем при злокачественных новообразованиях печени

Ионкин Д.А.1, Степанова Ю.А. 1, Чжао А.В. 2

Москва

1ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России;2 «Европейский Медицинский Центр»

Актуальность: Первичный и метастатический рак печени занимают одно из ведущих мест по частоте выявления среди онкологических заболеваний. Резектабельность злокачественных новообразований печени не превышаетболее чем 15-25%, в тоже время продолжительность жизни пациентов без лечения остается довольно низкой. В связи с этим в лечении данной категории пациентов необходимо применение различных методов локальной термодеструкции – криодеструкции (КД), радиочастотной абляции (РЧА) и их различные комбинации.

Цель: улучшение результатов лечения, качества и продолжительности жизни у пациентов с первичным и мета-

статическим раком печени.

Материалы и методы. В 2022 г. в центре была разработана новая методика комбинированного применения РЧА и КД при злокачественном поражении печени. Методика была применена у 3-х пациентов (мужчин – 2, женщин – 1). Средний возраст больных был 68±6,4 года. Размеры опухолей – от 1,0 до 2,5 см. В условиях операционной под анестезией при помощи УЗИ находилась безопасная короткая трасса до опухоли. Через 2-мм разрез в брюшную полость до печени вводился сосудистый интрадьюсер диаметром 5F, длиной 11 см. Через интрадьюсер в опухоль вводилась игла-аппликатор для выполнения криодеструкции. Длина рабочей части иглы- аппликатора выбиралась в зависимости от размеров очага. Под УЗ-контролем проводился сеанс быстрой заморозки, затем проходил период пассивной разморозки. Желательно выполнение 3-подобных сеансов: быстрая заморозка-пассивное оттаивание. После извлечения иглы-аппликатора под УЗ-контролем в опухоль вводилась игла-электрод для выполнения РЧА соответствующего размера рабочей части. Проводилась дополнительная термообработка опухолевого узла. Затем постепенно подтягивая интродьюсер и иглу-электрод проводилась термообработка пункционного канала. При УЗ-контроле оценивались возможные проявления интраоперационных осложнений. Если по данным УЗИ-контроля создавалось впечатление о неполной термообработке опухолевого узла было возможно повторить всю комбинацию заново по другой трассе. В послеоперационом периоде УЗ-контроль осуществлялся на 1-е, 3-и сутки, далее в соответствии с разработанным нами протоколом послеоперационного контроля. МРТ выполнялась в 1-е сутки после вмешательства.

Результаты. Осложнений в интраоперационном и ближайшем послеоперационном периодах отмечено не было. Во всех случаях по данным МРТ область термовоздействия полностью перекрывала опухоль. Средний койко-день после операции составил 2,5 дня. Всем больным в последующем проводилась адьювантная химиотерапия. Все больные живы. Признаков продолженного роста злокачественного новообразования не отмечено.

Выводы. Комбинированное термовоздействие при первичном и метастатическом злокачественном поражении печени у нерезектабельных больных является операцией выбора, в значительной степени улучшающем качество жизни онкологических пациентов и лбщую выживаемость.

Ключевые слова: опухоли печени, комбинация РЧА и криодеструкции

---

388. Эндоскопическое лечение «сложного» холангиолитиаза

Маринова Л.А., Остапчук В.С., Титов Г.С., Макатова Б.И., Трифонов С.А.

Москва

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

Актуальность: под термином «сложный холангиолитиаз» понимают желчные конкременты, эндоскопическое извлечение которых сопряжено с техническими трудностями. К причинам относят: анатомические особенности (измененная анатомия верхних отделов ЖКТ, пери/парапапиллярный дивертикул), характеристику камней (крупные – от 15мм и более, форма – бочкообразная или квадратная, количество – множественные); локализацию (внутрипеченочные, надстриктурный холангиолитиаз, фиксированные конкременты, конкременты пузырного протока, включая синдром Миризси); статус пациента (возраст старше 65 лет, тяжелое состояние, нарушения свертывающей системы). Транспапиллярный метод лечения этих заболеваний долгое время считался трудно выполнимым, однако, в последние годы, по мере усовершенствования технологий, данный способ стал активно развиваться. К его преимуществам можно отнести: миниинвазивность, физиологичность, низкие риски осложнений, в связи с чем дальнейшее изучение возможностей эндоскопических методик при «сложном» холангиолитиазе являются актуальным.

Материалы и методы: с 03.2017г по 03.2023г. в НМИЦХ им. А.В.Вишневского у 103 пациентов со «сложным» холангиолитиазом были предприняты попытки эндоскопического лечения. Выявленные причины сложности литоэкстракции: Анатомические особенности: -измененная анатомия ЖКТ–5 -пери/парапапиллярный дивертикул–17 Характеристика конкрементов: -конкремент более 15 мм–33 -множественные конкременты–44 Локализация конкрементов: -надстриктурный холангиолитиаз–17 -фиксированные конкременты–6 -синдром Миризси–4 -гепатиколитиаз–22 Статус пациента: -пожилой возраст–44 -тяжелое состояние–5 -нарушения свертывающей системы–4 Полученные результаты: извлечение всех конкрементов удалось выполнить у 99 пациентов из 103 (технический успех 96,1%). В большинстве случаев (62,6%) применялся этапный метод лечения: частичная литотрипсия, частичная литоэкстракция и назобилиарное дренирование. При наличии стриктур дополнительно использовались баллонная дилатация и стентирование. Чаще всего этапы повторялись в течение одной госпитализации, через 3-5 суток. Среднее количество этапов у пациентов до полного извлечения конкрементов составило 3 (от 1 до 8). У 4 пациентов полная литоэкстракция транспапиллярным способом была невозможна, им проведено хирургическое вмешательство. Причинами неу-

дачи стали: синдром Мириззи – 1, множественный гепатиколитиаз – 1, надстриктурный холангиолитиаз – 2. У 8 (8,1%) больных отмечалось рецидивное формирование камней, у них повторно успешно применен эндоскопический метод. Осложнений и летальных исходов не было. Таким образом, клинический успех при первичном обращении пациента отмечен в 91 (88,3%) случаях.

Обсуждение: в настоящее время не существует единого лечебно-диагностического алгоритма при «сложном» холангиолитиазе, однако большинство исследователей отдают предпочтение миниинвазивным методикам. Тем не менее, несмотря на неоспоримые достоинства эндоскопического доступа, следует отметить такие его недостатки, как техническую сложность, необходимость дорогостоящего оборудования и опыта оператора, а также нередкую этапность лечения.

Выводы: благодаря активному развитию технологий, эндоскопическая литоэкстракция стала возможной и при «сложном» холангиолитиазе. Миниинвазивность и физиологичность, в сочетании с клиническим успехом 88,3% и отсутствием серьезных осложнений может сделать ЭРХПГ методом выбора в лечении данного заболевания. Тем не менее, требуется дальнейшее изучение и накопление опыта применения методики у этой категории пациентов.

Рекомендации: -выбор метода лечения «сложного» холангиолитиаза должен осуществляться на междисциплинарном консилиуме; -во избежание дискредитации методики следует адекватно оценивать техническое обеспечение и опыт эндоскопической бригады; -данные МРХПГ помогают достоверно определить характеристики холангиолитиаза; -в случае применения транспапиллярного доступа следует убедиться в настроенности пациента на этапное лечение.

Ключевые слова: «сложный» холангиолитиаз, гепатиколитиаз, надстриктурный холангиолитиаз, ЭРХПГ, эндоскопическая литоэкстракция

---

389. Консервативное ведение больных с проксимальным неокклюзивным венозным тромбозом

Рыльников Д.В., Селиверстов Е.И., Лебедев И.С.

Москва

ФГАОУ ВО РНИМУим. Н.И. ПироговаМинздрава России

Актуальность: Имплантация кава-фильтра (КФ) является основным хирургическим методом профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Общепринятыми показаниями к имплантации КФ во всем мире являются невозможность проведения антикоагулянтной терапии (АКТ), неэффективность АКТ. В нашей стране имплантация КФ считается необходимой также при расширенных показаниях, которые включают распространенный эмболоопасный тромбоз и риск рецидивирующей ТЭЛА при сниженном кардиопульмонарном резерве. По последним двум показаниям устанавливается значительное число КФ. Часть установленных КФ рассматриваются как временные. Однако на практике доля успешно удаленных временных КФ не превышает половины от общего количества. Оставленный кава-фильтр может быть источником множества осложнений, включая увеличение риска рецидива тромбоза глубоких вен, посттромботическую болезнь, фрагментацию кава-фильтра, а также осложнений, связанных с удалением кава-фильтра. Учитывая эти данные, актуальной задачей остается изучение возможности консервативного ведения больных с неокклюзивным проксимальным венозным тромбозом.

Цель исследования: оценить частоту осложнений у пациентов с эмболоопасными тромбозами глубоких вен (ТГВ), получающих только антикоагулянтную терапию.

Материалы и методы: В сравнительное исследование включили 224 пациента, госпитализированных в хирургические отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова по поводу проксимального ТГВ нижних конечностей. В основную группу включили 60 пациентов с проксимальным уровнем тромбоза не ниже поверхностной бедренной вены, имеющих длину «флотирующей» верхушки 7 см и более. В контрольную группу включили 164 пациента с аналогичной локализацией ТГВ, у которых проксимальная часть тромба носила неэмболоопасный характер. Всем пациентам проводили антикоагулянтную терапию, хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии не выполнялась. Критерием оценки служила частота развития ТЭЛА в период нахождения пациента в стационаре.

Результаты: В основной группе 35% (21 чел.) составили женщины и 65% (39 чел.) мужчины. В контрольной группе доля женщин составила 46% (76 чел.) и 54% (88 чел.) мужчин. Средний возраст составил в 1-й группе и 59,6 ± 14,7 года во второй 64,9 ± 16,4 года ($p < 0,05$). Средняя длина

флотации в основной группе составила 9,3 ± 2,3 см, в контрольной – 2,2 ± 2,2 см. Средний койко-день составил 9,2 ± 3,3 и 6,0 ± 1,9 дней, соответственно (p < 0,00001). В 1-й группе проксимальная часть тромба располагалась в 49 случаях (81,6%) на уровне бедренного сегмента, в 11 (18,4%) на уровне илиокавального сегмента. В контрольной группе проксимальная часть тромба располагалась в 102 случаях (62%) на уровне бедренного сегмента, в 62 (38%) на уровне илиокавального сегмента. Во время нахождения в стационаре тромбоэмболия легочных артерий развилась у 2 (1%) пациентов контрольной группы, в основной группе ТЭЛА не зафиксировали (p > 0,1).

Выводы: у пациентов с эмболоопасными ТГВ, получающих адекватную антикоагулянтную терапию, частота ТЭЛА не отличается от таковой у пациентов с неэмболоопасными тромбозами.

Ключевые слова: ВТЭО, тромбоз глубоких вен, эмболоопасный тромбоз, эмбологенный тромбоз

---

390. Опыт хирургического лечения свищей анального канала и прямой кишки

Борота А.В., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Плахотников И.А., Кухто А.П., Башмаков М.Н., Лыков В.А., Волков В.И., Танасов И.А.

Донецк

ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.М.ГОРЬКОГО

Актуальность. Проблема эффективного хирургического лечения свищей анального канала (АК) и прямой кишки (ПК) продолжает оставаться актуальной несмотря на значительные успехи, достигнутые в хирургии и колопроктологии в течение последних десятилетий. Наибольшую дискуссию вызывает выбор способа хирургического лечения. Согласно литературным источникам в результате нерадикального лечения частота перехода острого парапроктита в хронический достигает 70% и зависит от способа лечения, хотя при адекватно проведенном вмешательстве образования свищей можно избежать более чем в 50% случаев. Рецидивы после операций по поводу интра- и транссфинктерных свищей наблюдаются в 6-7%, а при операциях по поводу экстрасфинктерных – в 8,3-10% случаев.

Цель работы. Изучить результаты хирургического лечения свищей анального канала и прямой кишки.

Материалы и методы. Обобщен материал хирургического лечения 76 пациентов с экстрасфинктерными свищами АК и ПК за период с 2016 по 2021 годы в условиях проктологического отделения ДОКТМО. Использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования по общепринятым стандартам в колопроктологии.

Результаты. У 29 (38,2±5,6%) пациентов применены методики радикально-пластических вмешательств по способу Масляка В.М. и соавторов (1990 г.). 47 (61,8±5,6%) пациентам произведена пластика внутреннего свищевого отверстия слизисто-мышечным лоскутом по разработанной в клинике методике. Согласно методике производили иссечение свищевого хода как можно полнее, желательно вместе с внутренним свищевым отверстием в АК и ПК. Иссекали кожу анального канала перед внутренним отверстием свища, мобилизовавали лоскут всей стенки прямой кишки, а не только ее слизистой оболочки, до анального сфинктера. На 1\4 окружности отпрепаровывали от сфинктера лоскут трапециевидной формы, обращенный своим основанием к проксимальной части кишки, иссекали часть лоскута вместе с внутренним отверстием, а затем низводили его, при этом вкол иглы производили с внешней стороны мышечной оболочки ПК на расстоянии 2-3 см от края, а выкол – в подслизистом слое ПК, не нарушая целостность ее слизистой. При наложении швов использовали атравматический материал. Все пациенты удовлетворительно перенесли вмешательство. У 3 (10,3±5,6%) пациентов, оперированных по методике Масляка В.М., выявлен рецидив заболевания в срок от 1 до 3 месяцев после вмешательства. Указанные пациенты были оперированы повторно. Послеоперационный койко-день в данной группе больных составил в среднем 10,6±1,8 суток. Среди пациентов, оперированных согласно разработанной в клинике методике операций, в 2 (4,3?2,9%) случаях возник рецидив свища в виде интрасфинктерной формы заболевания, потребовавшей повторной операции в объеме Габриэль-1. Послеоперационный койко-день составил в среднем 6,8±2,0 суток.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения в хирургической практике трансанальных пластических вмешательств с перемещением слизисто-подслизистого и слизисто-мышечного лоскутов по известным и усовершенствованным нами методикам.

Ключевые слова: свищ прямой кишки, свищ анального канала, парапроктит

---

391. Задняя TAR-сепарация при срединных послеоперационных грыжах: путь от открытой к эндовидеохирургической

Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2), Андрияшкин А.В. (1,2), Мамадумаров В.А. (2), Лобан К.М. (1,2), Калинина А.А. (1)

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2) Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ

Актуальность. Задняя сепарационная пластика с релизом поперечных мышц живота (TAR-пластика) считается оптимальным вмешательством у пациентов со срединными послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Данная методика позволяет выполнять пластику сложных и гигантских грыж. Эндовидеохирургическая TAR-аллогерниопластика по технологии экстраперитонеального доступа (eTEP-TAR) внедрена в мировую клиническую практику лишь в течение последних 5 лет и является перспективной малоинвазивной методикой лечения послеоперационных грыж.

Материал и методы. Были проанализированы результаты лечения пациентов, перенесших открытую и эндовидеохирургическую TAR-пластику по поводу срединной ПОВГ в период с 2018 по 2022 гг. в ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ, являющейся базой кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

Результаты. Всего за указанный период задняя сепарационная пластика с релизом поперечных мышц живота выполнена 133 пациентам, из них 82 пациентам -открытым доступом (TAR), 51 пациенту – эндовидеохирургическим (eTAR/ лапароскопически). Средний возраст пациентов составил 58,9 ± 11,3 лет, преобладали женщины (56,4%). Частота конверсий составила 3,8% (5 пациентов). Средняя ширина грыжевого дефекта в открытой группе составила 11,1 ± 3,59 см, преобладали грыжи W3 по классификации EHS – 57 пациентов (69,5%), в группе eTAR средняя ширина дефекта составила 9,01 ± 2,72, преобладали грыжи W2 (62,7%–32 пациента). Средняя продолжительность оперативного вмешательства в открытой группе – 213 ± 61,1 мин, длительность госпитализации – 6,72 ± 2,14 койко-дней, в эндовидеохирургической группе средняя продолжительность операции составила 298 ± 68,2 мин, длительность госпитализации после операции – 5,2 ± 1,65 койко-дней. Общая частота осложнений у пациентов, перенесших открытую TAR-пластику, составила 68,3% (56 пациентов), при этом преобладали раневые осложнения (41,5%, 34 пациента), из них количество инфекционных осложнений области хирургического вмешательства (ИОХВ) отмечена у 5 (6,1%) пациентов. Повторное вмешательство потребовалась трём пациентам в связи с нагноением послеоперационной раны и одному пациенту – с целью остановки кровотечения из нижней эпигастральной артерии. В открытой группе зафиксировано 2 летальных исхода (2,4%). Частота осложнений у пациентов, перенесших эндовидеохирургическое вмешательство, составила 35,3% (18 пациентов). Количество раневых осложнений – 13 (25,5%), все они представлены серомами и гематомами, а также одним случаем нагноения послеоперационной раны, не потребовавшими хирургического вмешательства (I–II класс по Clavien Dindo). Летальных исходов в эндовидеохирургической группе не было. Доля открытых TAR-сепараций с 2019 по 2022 года снизилась с 75% до 48%.

Обсуждение. При внедрении технологии эндовидеохирургической задней TAR-аллогерниопластики наблюдается снижение частоты как всех послеоперационных осложнений, так и ИОХВ.

Выводы. Задняя сепарационная TAR – аллогерниопластика является безопасным методом лечения послеоперационных вентральных грыж и перспективным в плане снижения частоты раневых осложнений.

Рекомендации. Целесообразно внедрение эндовидеохирургической задней сепарационной TAR – аллогерниопластики в клиническую практику. Необходима оценка отдалённых результатов лечения.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа; задняя сепарационная пластика

---

392. «Открытый живот» при абдоминальной травме

Щеголев А.А. (1,2), Товмасян Р.С. (1,2), Васильев М.В. (2,1), Мурадян Т.Г. (1), Захаров И.И. (1), Абрамов Д.А. (1)

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
2. Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗ Москвы

Актуальность. Несмотря на очевидные успехи стратегии «Damage Control» (DC) в травматологии за последние два десятилетия, остаётся открытым вопрос оптимального способа временного закрытия живота (ВЗЖ) при абдоминальной травме. Вакуум-ассистированная лапаростома (ВАЛС) или банальное ушивание кожи? Однозначного ответа на данный вопрос в настоящее время нет. Ещё более трудным становится ответ после освоения большинством травматологических школ принципов «рестриктивного» принципа ресусцитации и снижения риска интраабдоминальной гипертензии (ИГ) вследствие

массивных инфузий.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 24 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 2022 гг., у которых при абдоминальной травме применялась стратегия Damage Control Surgery (DCS). Критерием включения в исследование были: применение стратегия DCS и тяжесть травмы по шкале Injury Severity Score (ISS) более 16 баллов. Женщин – 9 (37,5%), мужчин – 15 (62,5%). Средний возраст составил 42,6 лет. Тяжесть травмы по ISS в общей когорте составила 28,4±5,2. I группа – 14 больных, которым в качестве ВЗЖ выполнялось ушивание кожи в лапаротомной ране (10 случаев). II группа – 10 больных, которым в качестве ВЗЖ выполнена ВАЛС (хирургическая стратегия «открытого живота»). Группы были репрезентативны для сравнения по полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний. Тяжесть травмы по ISS в I группе составила 24,4±2,6, во II группе – 31,3±4,6. Таким образом, тяжесть травмы во II группе была несколько выше.

Результаты лечения. Общая летальность в исследовании составила 29,2% (7 больных). В I группе – летальность 28,6% (4 больных), во II группе – летальность 30% (3 больных). Количество релапаротомий в I группе – 2,3±1,1; во II группе – 1,2±0,4. В I группе частота повреждения полых органов составила 28,6% (4 больных), во II частота повреждения полых органов составила 50% (5 больных), причём в 40% (4 больных) имел место перитонит. I группа – причина смерти травматический и геморрагический шок 2 больных (умерли до 48 часов от поступления), сепсис – 2 больных (умерли более 72 часов от поступления). II группа – у всех умерших причиной смерти был шок, все 3 больных 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 – 30% (3 больных).

Обсуждение результатов и выводы. Несколько меньшая летальность в группе ВАЛС, несмотря на большую тяжесть травмы по ISS, чем в группе сравнения. Однако разница результатов статистически недостоверна (небольшое количество наблюдений). Также обращает на себя внимание меньшее количество релапаротомий и низкая частота сепсиса в группе ВАЛС. Но главное отличие заключается в следующем: в группе ВАЛС частота повреждения полых органов и перитонита была достоверно выше, чем в группе ушивания кожи. По-видимому, ВАЛС можно рассматривать как приоритетный способ ВЗЖ в рамках DC при повреждении полых органов и перитоните.

Ключевые слова: Абдоминальная травма, Damage Control, перитонит

---

393. Ретроспективный анализ первичной профилактики варикозных кровотечений у пациентов с отечно-асцитическим синдромом в листе ожидания трансплантации печени

Коробка В.Л. (1), Пасечников В.Д. (2), Коробка Р.В. (1), Пак Е.С. (1), Шаповалов А.М. (1)

1) Ростов-на-Дону
2) Ставрополь

1) РостГМУ
2) Ставропольский ГМУ

Цель работы: ретроспективный анализ эффективности медикаментозной и хирургической профилактики первичного варикозного кровотечения (ВК) у больных циррозом печени (ЦП) в листе ожидания трансплантации печени (ЛОТП) при условии наличия отечно-асцитического синдрома.

Актуальность: Комбинация асцита с ВК имеет более тяжелые последствия для декомпенсации ЦП, чем любое из этих событий в самостоятельном варианте. Показано, что пятилетний риск смерти у больного ЦП – 20% при развитии ВК как самостоятельного события, 30% – при сочетании ВК с асцитом, 88% – при комбинация событий, обуславливающих декомпенсацию ? 3 эпизодам. В этой связи декомпенсация ЦП является показанием для внесения пациентов в ЛОТП. При увеличении сроков ожидания ТП на фоне повсеместного дефицита донорских органов, у пациентов увеличивается риск развития повторных событий, обусловливающих декомпенсацию, что предопределяет актуальность мероприятий, направленных на предотвращение этих событий, и сохранение жизни в ЛОТП.

Материалы и методы: Клинико-лабораторные и инструментальные данные 204 пациентов из ЛОТП. Распределение больных по полу: 39,16% женщин и 60,84% мужчин. Возраст мужчин: от 21 до 72 лет, женщин – от 19 до 68 лет.

Результаты: 204 пациента с декомпенсированным ЦП вирусной и алкогольной этиологии, перенесших первичное ВК после внесения в ЛОТП. Условиями включения были наличие асцита и отсутствие ВК до включения в ЛОТП. Пациенты были разделены на 2 группы по способу первичной профилактики (ПП) ВК. Первую группу составили 112 пациентов, которым проводилась ПП ВК посредством назначения неселективных ?-блокаторов (НСББ), вторую – 92 пациента с пищеводными варикозами среднего и большого размера с высоким риском развития первого ВК, перенесших эндоскопическое лигирование (ЭЛ). В группе НСББ получали пропранолол – 32, надолол – 24, карведилол – 56 пациентов, велся контроль ЧСС и АД, при снижении этих показателей доза препарата подвергалась коррекции. Повторные ЭЛ проводились через 4 недели после первой процедуры и повторялись до тех

пор, пока все вариксы, отвечающие критериям “varices needing treatment” (VNT) в соответствие рекомендациям Baveno VII, не были облитерированы. С кратностью 3 месяца проводились контрольные ЭГДС. При развитии рецидива проводились повторные процедуры ЭЛ. Выраженность асцита у пациентов определялась согласно критериям International Ascites Club. Сравниваемые группы пациентов не имели значимых различий при сравнении демографических, клинических, лабораторных показателей, этиологии ЦП, индекса MELD-Na, частоты асцита 2-й степени и 3-й степени тяжести, частоты вариксов среднего и большого размера. За указанный период наблюдения умерло 107 пациентов. Выживаемость пациентов не имела значимых различий при сравнении групп больных, получавших НСББ и перенесших ЭЛ (метод Каплана-Майера, Log-Rank критерий, p=0,172).

Обсуждение: Консенсусы по ведению больных с первым эпизодом декомпенсации (Baveno VI и VII) отдают приоритет в проведении ПП ВК НСББ. В случае наличия противопоказаний или непереносимости НСББ рекомендуется проведение ЭЛ, что послужило основанием для включения этих пациентов в нашем исследовании в группу сравнения. Мы не выявили различий при сравнении выживаемости пациентов, получавших НСББ и перенесших ЭЛ при сроках наблюдения до 36 месяцев. Мы считаем, что в основе различий наших данных и данных, полученных при постановке схожих задач у ряда авторов, лежит то обстоятельство, что мы в своем исследовании не проводили подразделение пациентов по их гемодинамическому ответу на прием НСББ.

Выводы: Назначение НСББ и процедуры ЭЛ пациентам с ЦП являются эффективными равнозначными методами первичной профилактики ВК, обеспечивая сохранение жизни и предупреждение выбывания пациентов с асцитом из ЛОТП.

Рекомендации: Для повышения выживаемости пациентов в ЛОТП и снижения погрессирующей декомпенсации пациентов с ЦП, необходимо выделять пациентов, отвечающих и не отвечающих на терапию НСББ на основе мониторирования гемодинамического ответа.

Ключевые слова: лист ожидания трансплантации печени, неселективные бета-блокаторы, варикозное кровотечение

---

394. Оценка технического успеха чрескожного чреспеченочного дренирования в лечении послеоперационой билиарной недостаточности

Воронцов О.Ф. (1,2), Абрамян Е.И. (2), Акинчиц А.Н. (2), Михин И.В. (2), Раделефф Б. (1), Грэб К (1)

1) Германия Хоф,
2) Волгоград, Россия

1) Сана клиник, Германия Хоф
2) ВолгГМУ

Актуальность. В настоящее время количество пациентов с осложнённым течением заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны прогрессивно увеличивается и вопросы тактики лечения становятся более актуальными. Выбор способа хирургической коррекции осложнений требует индивидуального подхода с применением современного мультидисциплинарного подхода. Наиболее частыми осложнениями после билиодигестивных операций выступают недостаточность билиодигестивного анастомоза (до 5%), кистозная культя (до 3%). Хирургическое лечение послеоперационной недостаточности желчевыводящих путей влечет за собой высокую инвалидность (до 37%) и летальность (до 18%).

Материалы и методы. Для проведения лечения послеоперационной билиарной недостаточности была исследована группа из 24 пациентов (14 мужчин и 10 женщин), средний возраст 69,3+-11,7 (45-93 года). Успешное первичное применение чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД) было в 95,8% (23 из 24 пациентов). Послеоперационный период 16,4+-19,8 дней (3-77дней). Неудавшееся ЧЧД у 1 (4,16%) больного – проведение было технически невозможно, летальный исход через 28 дней от основного опухолевого заболевания. ЧЧД было выполнено под ЭТН у 8 (33,3%), под седацией – у 16 (66,6%) пациентов. Установку ЧЧД проводили под УЗ-контролем с последовательным использованием больших дренажей (8-10-12F), замену проводили в обратном порядке (12-10-8-5F). Дополнительно дренировали околопеченочные билиомы для оптимального сброса желчи. Полученные результаты. У 16 из 23 пациентов (69,6%) успешное лечение – при первичном ЧДД нет билиарной недостаточности, из них выжило 13 – 693+-336 дней (от 344 до 1339дней), летальный исход у 3 – в результате опухолевого процесса – 267+-233(от 34 до 500дней). Умерли 7 пациентов (30,4%) в процессе проведения лечения 24+-21день (от 2 до 27дней): от полиорганной недостаточности -3, от септического шока -2, от геморрагичесого шока -1, от опухолевого процесса – 1. В одном случае выполнили релапаратомию после ЧЧД, при массивном увеличении параметров воспаления и увеличение билиомы с установкой Т-дренаж; летальный исход – фульминантный сепсис с ОРДС и полиорганной недостаточностью через 14 дней после релапаратомии. После выполнения ЧЧД всего было 2 (8,7%) осложнения в виде гематом печени,

но смертности связанной с вмешательством не было, незначительные осложнения возникли еще у 2 пациентов (послеоперационный холангит).

Выводы. Интервенционное лечение имеет высокий показатель технического успеха для первоначальной установки ЧЧД (95,8%) и низкий процент осложнений из всех выполненных вмешательства. Клинический успех достигнут у большинства пациентов (69,6%) без дальнейшей необходимости проведения операции.

Ключевые слова: осложнения хронического панкреатита, чрескожное чреспеченочное дренирование, билиодигестивный анастомоз

---

395. Эффективность сепарационных пластик при срединных вентральных грыжах(экспериментальное исследование)

Федосеев А.В., Харламова Т.М., Инютин А.С., Ершов А.А.

Рязань

РязГМУ

Сепарационные пластики передней брюшной стенки широко используются в лечении срединных, в том числе послеоперационных грыж. Выбор способа сепарации тканей носит эмпирический характер и зачастую зависит от предпочтений и компетенций оперирующего хирурга. Определение эффективности используемого оперативного пособия осуществляется путем измерения расстояния между краями сшиваемого апоневроза и не обладает надлежащей объективностью.

Цель настоящего исследования заключалась в создании модели срединной вентральной грыжи, на которой осуществлялись базовые сепарационные пластики передней брюшной стенки с последующим измерением натяжения сшиваемых тканей. Острый эксперимент включал оперативные пособия на 24 свиньях и 12 трупах. Оригинальная модель срединной вентральной грыжи включала продольное тотальное рассечение белой линии живота, создание внутрибрюшной гипертензии путем нагнетания воздуха через трубку с манометром в резиновый баллон, внедренный в брюшную полость. Расхождение краев рассеченного апоневроза до 10-12 см имитировало срединную вентральную грыжу. Измерение натяжения краев апоневроза в ньютонах осуществлялось с помощью оригинального устройства. Как в экспериментах на животных, так и при кадаверном исследовании базовое натяжение тканей в группах было одинаковым. Далее осуществлялась сепарационная пластика в трех равнозначных группах животных, так и трупов по Новицки, Карбонелл и Рамирес II, с этапным измерением остаточного натяжения тканей. Финальное снижение натяжения апоневроза у животных после сепарационной пластики по Рамирес II составил 43,24±6,49%, после Карбонелл – 54,32±3,78%, после Новицки – 60,27±4,59%. Примерные результаты получены и при кадаверном исследовании.

Выводы: 1. Модель обладает всеми признаками срединной вентральной грыжи, как по натяжению тканей, так и по внутрибрюшной гипертензии и может быть использована для отработки практических навыков, так и для научных исследований 2. Набольшей эффективностью по снижению натяжения тканей обладает сепарационная пластика по Новицки

Ключевые слова: Грыжа, Сепарационная пластика, Новицки, Карбонелл, Рамирес

---

396. Влияние операции, неоперативного лечения и эндоваскулярной эмболизации на выживаемость пациентов с COVID-19 со спонтанными кровотечениями в мягкие ткани брюшной и грудной стенки.

Тягунов А.Е. (1,2), Трудков Д.Ю. (1,2), Поляев А.Ю. (1,2), Лайпанов Б.К. (1,2), Мирзоян А.Т. (1,2), Тавадов А.В. (1,2), Мосин С.В. (1,2), Сажин А.В. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»,
2) Кафедра факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Вступление: Спонтанные кровотечения (гематомы) в переднюю брюшную стенку, забрюшинное пространство, грудную клетку указаны в качестве осложнений антикоагулянтной терапии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Для остановки кровотечения применяется неоперативное лечение, открытая операция и эндоваскулярная эмболизация, однако влияние указанных методов на выживаемость пациентов находится в стадии изучения.

Цель: оценить влияние различных лечебных подходов на результаты лечения спонтанных кровотечениях в мягкие ткани брюшной и грудной клетки у пациентов к COVID-19.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование включено 227 пациентов с новой коронавирусной инфекцией, осложнённой спонтанными кровотечениями (гематомами), находившихся на лечении в ММКЦ Коммунарка ДЗМ в период с марта 2020 года по февраль 2022 года. Неоперативное лечение проведено 144 (63%)

пациентам, открытая операция – 24 (10,6%). пациентам. Рентгеноконтрастная ангиография проведена 60 (26,4%) пациентам, из них 46 пациентам выполнена эмболизация целевого сосуда. У 7 пациентов после эмболизации, в связи увеличением размера гематомы и подозрением на продолжающееся кровотечение, выполнено открытое вмешательство. Таким образом, открытое вмешательство проведено 30 (13,2%) пациентам. В группе открытой операции был самый большой размер гематомы 1527±839 мл, который значимо отличался от группы неоперативного лечения – 815±648 мл (p<0,001) и группы эндоваскулярного вмешательства 1015±581 мл (p=0,002). Объем гематом групп неоперативного лечения и эндоваскулярного гемостаза значимо не отличался (p=0,061). Было проведено сравнение 30-ти дневной летальности в зависимости от метода лечения.

Результаты: В течение 30-ти суток летальный исход наступил у 93 (41%) пациентов. Из них при неоперативном лечении умер 51 (35%) пациент, открытой операции – 22 (73%) пациента, ангиографии – 20 (38%). Летальность при неоперативном лечении (p<0,001) и эндоваскулярных вмешательствах (p=0,004) была значимо меньше, чем при открытой операции. Летальность при неоперативном лечении и эндоваскулярной эмболизации не отличалась (p=0,764)

Вывод: Открытые операции при спонтанных кровотечениях у пациентов с COVID-19 сопровождались наивысшей летальностью, однако объем кровопотери в данной группе был самым большим. Не установлено увеличение выживаемости пациентов в группе эндоваскулярного гемостаза по сравнению с неоперативным лечением при сопоставимом размере гематом.

Ключевые слова: Гематома, COVID-19, Новая коронавирусная инфекция, SARS-CoV-19, кровотечение в мягкие ткани,

---

397. Способ хирургического лечения пациентов с хроническим геморроем 4 стадии заболевания

Карташев А.А. (1), Гайворонский И.В. (2), Чарышкин А.Л. (2), Колосова Е.О. (2)

1) Ульяновск,
2) Санкт-Петербург

1) ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. заслуженного врача России Е.М. Чучкалова
2) ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Актуальность. Хронический геморрой является самым распространенным колопроктологическим заболеванием. Пациенты с четвертой стадией заболевания представляют наибольшую проблему, так как на этом этапе развития болезни происходит нарушение анатомических соотношений слоев анального канала и необратимое разрушение его связочного аппарата. Хирургическое лечение способствует устранению большинства симптомов геморроя, но в полной мере не может восстановить анатомию анального канала и не обладает хорошими косметическими результатами, кроме того, при данной стадии болезни, значительно увеличивается риск послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Разработать и внедрить анатомически обоснованный способ геморроидэктомии для снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Материалы и методы. Нами предложен способ геморроидэктомии (патент РФ на изобретение № 2792253), направленной на восстановление нормальных анатомических слоев анального канала на месте разрушенной связки Паркса что, в дальнейшем, препятствует опущению слизистой оболочки, снижает риск рецидива заболевания и улучшает функциональные результаты операции. В исследование включено 116 пациентов с диагнозом «Хронический комбинированный геморрой 4 стадии», оперированных в хирургическом отделении №7 ГУЗ УОКЦСВМП, г. Ульяновска в 2020-2022 г.г. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую – включено 37 пациентов, оперированных по предложенной методике, во вторую – 79 пациентов, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с использованием ЭХВЧ аппарата с прошиванием ножки узла нитью ПГА без ушивания раны. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям.

Результаты и обсуждение. Средний срок госпитализации в первой группе составил 7,2±1,5 суток, во второй – 7,9±2,5 суток. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 2 (5,4%) пациентов первой группы и у 13 (16,5%) пациентов второй группы (p=0,22). Кровотечение из послеоперационных ран, потребовавшее назначение

гемостатической терапии, возникло у 1 (2,7%) пациента первой группы и у 7 (8,9%) пациентов второй группы (p=0,43). При этом во второй группе 1 (1,9%) пациенту потребовалось проведение повторной операции с целью остановки кровотечения, в первой группе – повторных операций не проводилось. Гнойно-воспалительных осложнений не было в обеих группах. Остальные осложнения были представлены рефлекторной задержкой мочеиспускания в 1 сутки послеоперационного периода. Летальных исходов не было. При рассмотрении отдаленных результатов лечения в течение года после операции рецидива заболевания не выявлено, однако у 10 (12,7%) пациентов второй группы сохранялись жалобы на, в той или иной степени выраженное, выпадение остаточных «геморроидальных узлов» или участков слизистой оболочки, подобных жалоб у пациентов 1 группы не наблюдалось (p=0,029). Это мы связываем с тем, что предложенный способ оперативного лечения позволяет зафиксировать слизистую оболочку анального канала (и создать некоторое функциональное подобие связки Паркса) за счет формирования рубцов в местах фиксации перевязанных ножек узлов. Это препятствует ее дальнейшему выпадению и улучшает функциональные и косметические результаты операции.

Выводы. Разработанный способ позволяет значительно улучшить функциональные и косметические результаты хирургического лечения пациентов с геморроем 4 стадии по сравнению с традиционной операцией, при которой у 12,7% пациентов сохраняются жалобы на наличие остаточных «узлов». При сравнении непосредственных результатов хирургического лечения следует отметить, что предложенный способ не повышает рисков возникновения ранних послеоперационных осложнений по сравнению с традиционной операцией.

Ключевые слова: Хронический геморрой, хирургическое лечение, способ геморроидэктомии

---

398. Современные подходы к лечению гастродуоденальных кровотечений у коморбидных пациентов

Гезалов Ф.Ф., Тверитнева Л.Ф., Ярцев П.А., Коков Л.С.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность: Уровень гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, составляет 43,3 на 100 тыс. взрослого населения. Общая летальность при гастродуоденальных кровотечениях (ГДК) колеблется от 1,8 до 6,3%, а послеоперационная летальности согласно статическим данным в РФ в 2021 г. составила 19,25%. Особую актуальность имеет проблема остановки кровотечений из злокачественных новообразований (ЗНО) желудка, возникающее у 40% пациентов. Наиболее часто кровотечение возникает при распаде или изъязвлении опухоли, что характерно для III-IV стадии процесса. У данной категории пациентов выполнение радикальных операций является трудно выполнимой задачей.

Цель: улучшить результаты лечения комордибных пациентов с ГДК путем применения наиболее эффективных методов достижения гемостаза

Материалы и методы исследования: с 2018 г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было пролечено 51 коморбидных пациента с ГДК. С целью достижения гемостаза первым этапом был выполнен эндоскопический гемостаз (ЭГ). Учитывая сохраняющийся высокий риск рецидива кровотечения(РРК), следующим этапом была выполнена эндоваскулярная эмболизация артерии, являющейся источником кровотечения. Источником кровотечения у 22(43,1%) пациентов явилась язва ДПК, у 12(23,5%) язва желудка, у 17(33,4%) рак желудка. Мужчин – 35 (58,5%); женщин – 16 (41,5%). Средний возраст пациентов: 65+ 9 лет. Тяжесть состояния по шкале SOFA в основной группе составила 10±2 балла. Индекс коморбидности Charlson 7±1 балл. РРК по шкале Rockall составила 7±1 балл. В группу сравнения вошли 40 коморбидных пациента с ГДК, в лечении которых рентгенохирургические методы не использовались, с целью остановки кровотечения был выполнен ЭГ. У 10 (25%) пациентов имело место кровотечение из язвы желудка, у 17 (42,5%) – из язвы ДПК, у 13 (32,5%) кровотечение из ЗНО желудка. Мужчин – 23 (57,5%); женщин – 17 (42,5%). Средний возраст пациентов: 62 + 8 лет. Тяжесть состояния по шкале SOFA в основной группе составила 9±2 балла. Индекс коморбидности Charlson 8±1 балл. РРК по шкале Rockall составила 7±1 балл. Всем пациентам выполнялся комбинированный эндоскопический гемостаз. Пациентам основной группы

при сохраняющемся высоком РРК выполнялась ангиография с попыткой эндоваскулярной эмболизации артерии, являющейся источником кровотечения.

Результаты. У 43 (84,3%) пациентов основной группы попытка эмболизации была успешной. Из них у 20 пациентов выполнена эмболизация левой желудочной артерии, у 19 гастродуоденальной артерии, у 2 –правой желудочной артерии, у 1 правой желудочно-сальниковой артерии, у 1 селезеночной артерии. У 8 (15,7%) пациентов выполнена ангиография, однако попытка рентгенэндоваскулярной эмболизации не была успешной. Из них у 2 (25%) из данных 8 пациентов выполнено оперативное вмешательство из лапаротомного доступа с окончательным достижением гемостаза. Остальным пациентам с безуспешной попыткой эндоваскулярной эмболизации выполнен повторный эндоскопический гемостаз с положительным эффектом. В основной группе пациентов, с успешно выполненной рентгенэндоваскулярной эмболизацией, у 38 из 43 пациентов рецидивов кровотечения не было, однако у 5 пациентов отмечен рецидив ЖКК. Таким образом, окончательный гемостаз после успешной эмболизации был достигнут в 88,4% случаев. Процент летальность в основной группе составил 21,6% (11 пациентов). В контрольной группе у 23 (57,5%) пациентов отмечен рецидив кровотечения, у 16 (40%) пациентов летальный исход.

Вывод: У комордибных пациентов с ГДК, выполнение эндоваскулярной эмболизации, при сохраняющемся высоком риске рецидива кровотечения после ЭГ, позволяет в 88,4% случаев достигнуть окончательной остановки кровотечения и значительно снизить летальность.

Ключевые слова: Гастродуоденальные кровотечения, язвенные кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения, эмболизация

---

399. Индивидуализированный подход в хирургическом лечении гиперпаратиреоза

Макаров И.В., Карпова Д.О., Прокофьева Н.А., Кривошеев Б.В.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ МИнздрава России

Несмотря на различную этиологию и патогенез первичного, вторичного и третичного гиперпаратиреоза радикальным методом лечения является хирургический. Результат оперативного вмешательства во многом зависит от дооперационной топической диагностики и интраоперационного успеха в поиске всех патологически измененных околощитовидных желез.

Цель исследования. Повышение радикальности оперативного вмешательства за счет применения предоперационного 3D-моделирование и интраоперационной навигации.

Материалы и методы. Для предоперационного 3D-моделирования и интраоперационной навигации использован уникальный автоматический программный комплекс «Автоплан», в котором за основу использовали КТ и/или МРТ органов шеи. В исследование включены 188 пациентов с гиперпаратиреозом (86 – с ТГПТ и 102 – с ПГПТ). Предоперационное 3D-моделирование проведено 52 пациентам, интраоперационная хирургическая навигация – 20 (первая группа пациентов).Вторая группа пациентов, 116 человек, оперирована без использования АПК «Автоплан».

Результаты. Среднее время операции в первой группе сократилось в 1,8 раза по сравнению со второй группой (p>0,05), при этом операции выполняли через минимальный кожный разрез 2-3 см. В первой группе не возникло каких-либо осложнений, технических трудностей, повреждений ВГН, кровотечений. Во второй группе у 8 пациентов (6,9%) наблюдали преходящий парез мышц гортани.

Заключение. Применение предоперационного 3D-моделирование и интраоперационной навигации сократило время выполнения оперативного вмешательства и позволило выполнить радикальное оперативное вмешательство без интра- и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: гиперпаратиреоз, хирургическое лечение, индивидуализированный подход

---

400. Использование интегральных показателей в диагностике первичного гиперпаратиреоза

Макаров И.В., Прокофьева Н.А., Кривошеев Б.В.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) является одним из самых распространенных эндокринных патологий. При этом диагностика, особенно стертых форм ПГПТ, не всегда является простой и доступной в рутинной практике.

Цель исследования. Разработка простых и адекватных способов лабораторной интегральной оценки фосфорно-кальциевого обмена и диагностики ПГПТ.

Материалы и методы. Проведено ретро- и проспективное исследование 102 пациентов с диагнозом ПГПТ (первая группа). Количество мужчин составило 15 человек

(14,7%), количество женщин – 87 человек (85,3%). Средний возраст всех пациентов составил 58,96±12,61 лет. Вторую группу составили 38 здоровых добровольцев, не страдающих эндокринной патологией, в возрасте от 19 до 22 лет. В первой группе 74 человека (72,5%) составили пациенты с симптомным ПГПТ гиперкальциемической формой; 28 человек (27,5%), – пациенты с бессимптомным ПГПТ, как гиперкальциемической (10 пациентов), так и нормокальциемической формой заболевания (2 пациента), и пациенты с симптомным ПГПТ нормокальциемической формой (16 пациентов). Для комплексной лабораторной оценки фосфорно-кальциевого обмена и биохимической диагностики ПГПТ рассчитывали 2 интегральных показателя ІПГПТ и КПГПТ(патенты РФ на изобретение №2730997 и №2730999 от 2020 г.)

Результаты. В результате обследования пациентов первой и второй групп было выявлено, что при значении ІПГПТ ? 2,46 можно достоверно судить о наличии у обследуемого ПГПТ. После удаления аденом рассчитанные значения ІПГПТ в первой группе в среднем были равны 9,7±5,68, что приближалось к полученному среднему значению здоровых добровольцев и подтверждало эффективность проведенной операции. При значении КПГПТ ? 1,95 у пациентов диагностировали ПГПТ. Среднее значение КПГПТ после операции было выше 1,95, и составило 3,30±1,34. Это свидетельствовало об эффективности оперативного лечения.

Вывод. Предложенные индексы интегральной оценки фосфорно-кальциевого обмена являются достоверными методами диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена и наличия или отсутствия ПГПТ.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, интегральные показатели

---

401. Диагностика печеночной недостаточности у пациентов с синдромом механической желтухи

Сумин Д.С. (1,2), Мамошин А.В. (1,2), Потапова Е.В. (1), Кандурова К.Ю. (1), Приземин В.Н. (1), Руднев В.О. (1)

Орел

1. ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», Орел
2. БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», Орел

Актуальность. Неуклонный рост числа пациентов с синдромом механической желтухи, случаи прогрессирования печеночной недостаточности после декомпрессии желчевыводящих путей определяют актуальность оценки функционального состояния печени. На современном этапе диагностика печеночной недостаточности при синдроме механической желтухи основана на анализе ряда данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Однако общепринятые показатели не могут в полной мере предоставить информацию о функциональном состоянии печени, глубине повреждения паренхимы и прогнозе течения заболевания.

Цель работы. Улучшение результатов диагностики печеночной недостаточности у пациентов с синдромом механической желтухи на фоне выполнения антеградной декомпрессии желчевыводящих путей.

Материал и методы. В исследование включены 35 пациентов с синдромом механической желтухи различной этиологической природы. Всем пациентам выполнены чрескожные минимально инвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчевыводящих путей и наружное желчеотведение. В момент формирования первичного доступа в билиарный тракт проводилась оценка метаболического состояния печеночной паренхимы волоконно-оптической системой флуоресцентно-отражательной спектроскопии. Для динамической оценки функционального состояния печени и эффективности декомпрессии желчевыводящих путей выполнялось исследование желчи, полученной по пункционной игле и в дальнейшем по дренажному катетеру методами клиновидной дегидратации и спектроскопии комбинационного рассеяния.

Результаты. По данным флуоресцентно-отражательной спектроскопии отмечено преобладание флуоресценции кофермента NADH, свидетельствующее о нарушении процесса утилизации кислорода и являющееся косвенным признаком гипоксии. Также выявлено нарушение мобилизации витамина А в печени. Результаты кристаллографического исследования желчи показали наибольшую чувствительность к изменению функционального состояния печени таких морфологических признаков, как однородность и упорядоченность зоны кристаллизации, угол наклона жидкокристаллических линий. С использованием метода спектроскопии комбинационного рассеяния обнаружены характерные изменения амплитуды пиков билирубина на длинах волн 1255 см-1 и 1611 см-1 в спектрах желчи после проведения антеградной декомпрессии. В соответствии с полученными данными о метаболизме печеночной паренхимы и её выделительной функции, выполнялась коррекция проводимой терапии с определением дальнейшей тактической позиции. Спектр впоследствии выполняемых чрескожных минимально инвазивных вмешательств, был представлен сохранением наружной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (35/74%), переводом в наружно-внутреннюю чрескожную чреспеченочную пре- или транспапиллярную холангиостомию (2/4,2%), антеградным эндобилиарным протезированием нитиноловым стентом (8/17,6%), чресфистульной холедохохолангиоскопией с контактной

литотрипсией и литоэкстракцией (2/4,2%). После проведенных чрескожных миниинвазивных вмешательств осложнения возникли в 4% наблюдений. Летальные случаи не зафиксированы.

Обсуждение. Результаты флуоресцентно-отражательной спектроскопии печеночной паренхимы отражают наличие метаболических сдвигов, свидетельствующих о гипоксии тканей, а изменения в спектрах комбинационного рассеяния служат диагностическим признаком нарушения выделительной функции печени при синдроме механической желтухи. Метод кристаллографического исследования желчи показал высокую чувствительность в оценке функционального состояния паренхимы печени.

Выводы. Представленные подходы оценки функционального состояния печени являются методами объективной диагностики, что позволяет их использовать в качестве дополнительного критерия тяжести печеночной недостаточности и прогнозирования её течения у пациентов с синдромом механической желтухи. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00487, https://rscf.ru/project/23-25-00487/.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, механическая желтуха, оптические технологии, флуоресцентная спектроскопия, клиновидная дегидратация.

---

402. Тиреоидэктомия и субтотальная резекция в хирургическом лечении токсических форм зоба – анализ послеоперационных осложнений

Макаров И.В., Князева В.М., Романов Р.М.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Основные осложнения хирургического лечения заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) – это парез возвратных мышц гортани, гипопаратиреоз и кровотечения. Процент осложнений – от 2 до 10% (кровотечения – от 0,3 до 5%, парез мышц гортани от 0,3 до 13,5%, гипопаратиреоз и гипокальциемия – от 3,5 до 34,2%.

Цель исследования – изучить частоту послеоперационных осложнений у пациентов с токсическими формами зоба в зависимости от объема оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проведена оценка ранних послеоперационных осложнений у 150 пациентов, оперированных по поводу ТФЗ. Мужчин было 33 (с ДТЗ – 24, с МТЗ – 9), женщин – 117 (с диагнозом ДТЗ – 67, с МТЗ – 50). Тиреоидэктомия (ТЭ) выполнена 105 пациентам, субтотальная резекция ЩЖ (СРЩЖ) – 45. Пациенты были в возрасте от 19 до 78 лет. У всех оперированных изучены послеоперационные осложнения: транзиторная гипокальциемия (гипопаратиреоз) и стойкий гипопаратиреоз; парез ВГН и послеоперационные кровотечения. Исследовали уровень кальция и паратгормона (ПТГ) на следующий день после операции и через 1, 3, 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. Из 150 пациентов у 16 (10,66%) отмечался преходящий парез мышц гортани, проявляющийся дисфонией в виде изменения тембра голоса. Из них у 14 (9,33%) после проведения ТЭ, у 2 (1,33%) – после СРЩЖ. Таким образом, среди всех 105 выполненных ТЭ, частота нарушения функции ВГН составила 13,33%, после 45 СРЩЖ – 4,44%. В 1 случае (0,66%) в раннем п/о периоде наблюдали кровотечение, что потребовало выполнение ревизии раны и его остановки. У 34 из 150 (22,66%) отмечали клинические проявления транзиторного п/о гипопаратиреоза: после ТЭ в 28 случаях (18,66%), после СРЩЖ – в 6 (4%). В группе ДТЗ данное осложнение встречалось у 20 (13,33%) пациентов, в группе МТЗ – у 14 (9,33%) пациентов.

Вывод. Парез мышц гортани и транзиторный гипопаратиреоз встречается в 3 и 2,5 раза чаще, соответственно, при выполнении тиреоидэктомии.

Ключевые слова: тиреоидэктомия, субтотальная резекция, послеоперационные осложнения

---

403. Новая концепция в диагностике и лечении пациентов с острыми нарушениями мезентериального кровообращения

Курилов А.Б., Демко А.Е., Платонов С.А., Хомчук И.А., Фомин К.Н., Магамедов И.Д., Батыршин И.М., Томченко А.И.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе

Актуальность: Острые нарушения мезентериального кровообращения (ОНМезК) продолжают оставаться чрезвычайно сложным заболеванием в ургентной хирургии. Отсутствие специфических симптомов на ранней стадии затрудняет диагностику и после обследования рутинными методами пациенты нередко остаются без динамического наблюдения. Более того, после лапароскопического исследования по поводу перитонита, выявленный инфаркт кишок нередко расценивается хирургами как инкурабельный случай. Несвоевременно выполненная или невыполненная вовсе реваскуляризация верхней брыжеечной артерии (ВБА), по причине отсутствия уни-

фицированной хирургической тактики, приводит к прогрессированию некроза и перитонита. Поэтому результаты лечения в хирургических стационарах в настоящее время остаются неудовлетворительными и сопровождаются высокой летальностью до 70-80%. Учитывая вышесказанное, имеется необходимость поиска новых решений данной проблемы. Настоящая работа предлагает использовать лечебно-диагностические алгоритмы, составленные на основе мировых согласительных документов (WSES 2022, ESVS 2017, ESTES 2016) с учётом реалий нашего практического здравоохранения.

Материалы и методы: Всего в НИИ скорой помощи с 2015 по 2022 гг. поступило 305 пациентов с ОНМезК. Средний возраст составил 72,4±11,9; медиана – 78 лет (от 21 до 99 лет). В исследование включены 152 пациента основной группы (I группа), поступившие с 2020 по 2022 гг., лечение которых осуществлялось с применением новых алгоритмов. И 153 пациента контрольной группы (II группа), госпитализированных с 2015 по 2019 гг. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.0 непараметрическими методами. Полученные результаты: Среди 152 пациентов I группы были признаны инкурабельными и получали только симптоматическую терапию 25 человек (16,4%), тогда как II группа из 153 человек насчитывала 62 (40,5%) инкурабельных больных ($p<0,05$). Следует отметить, что с внедрением в первичную диагностику ОНМезК СКТ-ангиографии в I группе выявлен у 16 (10,5%) больных венозный мезентериальный тромбоз (ВМТ) без признаков деструкции кишок. Летальность у оперированных пациентов I группы составила из 111 человек 63 случая (56,8%), а во II группе из 91 человека соответственно 56 (61,5%) ($p>0,05$). В итоге следует констатировать, что общая госпитальная летальность в I группе была значительно ниже и составила n=88 (57,9%), по сравнению со II группой n=118 (77,1%) ($p<0,05$).

Обсуждение: Нельзя забывать, что у лиц старше 70 лет с диагнозом «острый живот» ОНМезК встречается до 10%, поэтому тщательное физикальное обследование пациента позволяет своевременно заподозрить эту патологию. Более широкое применение СКТ-ангиографии выявляет заболевание в ранней стадии, что даёт шанс выполнить рентгенэндоваскулярную реваскуляризацию ВБА. Расценивать ОНМезК как “смертный приговор” и считать пациента безнадёжным недопустимо. Только тотальный некроз тонкой кишки или крайне тяжёлое состояние, даёт право признать больного инкурабельным. После лапаротомии в первую очередь необходимо выполнить ревизию и восстановить кровоток по ВБА, а затем провести обструктивную резекцию некроза тонкой кишки. При этом используется методика временного закрытия брюшной полости (ТАС) с помощью лапаростомы и запланированная лапаротомия Second look через 24-48 часов для окончательного завершения операции.

Выводы и рекомендации: 1. Определённая последовательность принятия решений при подозрении или с выявленными ОНМезК на основе предложенных лечебно-диагностических алгоритмов, доказала свою эффективность в клинической практике. 2. В результате проводимых мероприятий снижены: количество инкурабельных пациентов на 24%; послеоперационная летальность на 5%; и в результате общая госпитальная летальность больных с ОНМезК понизилась на 19%. 3. Новые подходы подробно изложены в методических рекомендациях, изданных в 2023 году и могут быть с успехом использованы хирургами в стационарах различной оснащённости.

Ключевые слова: Острые нарушения мезентериального кровообращения, лечебно-диагностические алгоритмы, новая концепция, госпитальная летальность

---

404. Применение реконструктивно-восстановительных операций в комплексном лечении злокачественных новообразований молочных желез

Шабаев Р.М., Староконь П.М., Ходырев С.А., Левчук А.Л., Богданов С.Н.

Москва

1) Военно-медицинская организация, г. Москва, Россия
2) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова МО РФ, г. Москва, Россия
3) ФГБУ «Национальный медико

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает 1 место среди злокачественных новообразований (ЗНО) у женщин во всем мире. В 2015 году в РФ впервые диагностированы 66621 новых случаев ЗНО молочных желез. Лечение ЗНО молочных желез должно быть мультидисциплинарным, направленным не только на первичный очаг, но и на организм пациентки в целом, и включать в себя хирургический этап, полихимиотерапию (ПХТ) и лучевую терапию. Основной целью хирургического лечения ЗНО является избавление пациентки от РМЖ с сохранением оптимальных эстетических результатов. Реконструкция молочной железы (МЖ), выполненная женщине, перенесшей радикальную мастэктомию (РМЭ) по поводу ЗНО, позволяет минимизировать эстетические дефекты со стороны МЖ и снизить психологические последствия в связи с утратой МЖ. Однако остаются спорными сроки проведения реконструкции (одномоментная или отсроченная) МЖ после радикального лечения ЗНО.

Материалы и методы. В наше исследование вошли 258 женщин, перенесших хирургическое лечение в ЛПО в период с 2007 – 2016 гг. по поводу ЗНО. Все женщины поделены по объему выполненного хирургического

лечения на 3 группы (гр): I гр. – 170 женщин (65,9%), которым выполнена РМЭ по поводу ЗНО, но не выполнялось одномоментное или отсроченное восстановление МЖ; II гр. – 80 женщин (31,0%), которым проведено восстановление МЖ как одномоментное, так и отсроченное, III гр. – 8 женщин (3,1%) с высоким риском развития РМЖ, которым проведено подкожное удаление МЖ с сохранением САК с одномоментным их восстановлением. Возраст женщин колебался от 15 до 70 лет, в основном это были пациентки трудоспособного возраста. Полученные результаты. В ходе нашего наблюдения установлено, что среди 25 женщин II группы с неоадъювантной ПХТ зафиксировано 10 случаев осложнений, у 27 женщин II группы без неоадъювантной ПХТ выявлено 15 случаев осложнений, а у 19 женщин II гр. с отсроченной реконструкцией развилось 10 случаев осложнений. Из 5 случаев осложнений, развившихся у женщин III гр., 4 связаны с недостаточным кровоснабжением оставляемых ткане. Прогрессирование онкопроцесса у женщин I гр. установлено в 22 случаях (8,1%), из них на 1 году наблюдения в 12 случаях (4,6%), через 2 года у 8 женщин (2,7%), у двух женщин (0,8%) через 5 лет. В 2 случаях с HER2-зависимым РМЖ первым проявлением прогрессирования онкопроцесса явились внутрикожные метастазы РМЖ в зоне, ранее выполненной операции. У женщин II группы в ходе нашего наблюдения прогрессирование онкопроцесса верифицировано в 8 случаях (3,1%) в виде отдаленного метастазирования, из них через 1 год наблюдения у 2 женщин (0,8%), через 2 года у 3 женщин (1,1%), через 3 года у двух женщин (0,8%), через 5 лет у 1 женщины (0,4%). При этом локальных рецидивов онкопроцесса после КМЭ не установлено. По общему количеству случаев прогрессирования онкопроцесса статистически достоверной разницы между 1 и 2 гр. не получено (OR = 1,27 [0,54 до 3], F = 0,676), что может свидетельствовать о сопоставимой радикальности и абластичности операций. За время наблюдения скончалось 17 женщин (10,1%) I гр. с прогрессированием онкопроцесса, из них 5 женщин со II стадией, 5 женщин с III стадией, 6 женщин с IV стадией. Во II гр. за время наблюдения умерло 6 женщин (2,3%), из них с I стадией РМЖ одна женщина, с IIa стадией РМЖ 3 пациентки, с IIb стадией РМЖ 2 пациентки.

Обсуждение. Мы еще раз убедились в онкологической безопасности КМЭ с одномоментной реконструкцией МЖ при соблюдении определенных требований. При наличии соответствующих условий возможно сохранение САК в ходе КМЭ.

Выводы и рекомендации. Мультидисциплинарный подход к лечению РМЖ позволяет в большинстве случаев сохранить пациенток трудоспособными, социально адаптированными в семье, обществе. Комбинированное использование собственных тканей и эндопротеза позволяет уменьшить ущерб для эстетического внешнего вида и функциональной активности в донорских областях, добиться оптимального и желаемого пациенткой результата за меньшее количество оперативных вмешательств.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции, рак молочной железы, злокачественные новообразования молочных желез

---

405. Хирургическая тактика при ретроабдоминальных постнекротических осложнениях деструктивного панкреатита

Коровин А.Я., Нарсия В.В., Зайцев Л.Л.

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Значимость проблемы лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) обусловлена ростом заболеваемости. Больные ОДП составляют 5-10% от общего числа пациентов с ургентной хирургической патологией. У больных, переживших период панкреатогенного шока, в 25-35% случаев формируются ретроабдоминальные постнекротические осложнения (ПНО), отграниченные (кисты, абсцессы) и неотграниченные – забрюшинная флегмона (ЗБК), которые требуют активного хирургического лечения по мере их развития.

Материал и методы. Наблюдали 225 случаев ретроабдоминальных ПНО, что составило 44,7% от общего числа пролеченных пациентов с ОДП. Отграниченные и неотграниченные ПНО составили 131 и 94 случая соответственно. Пациенты разделены на две сопоставимые группы: основную и группу сравнения. В основной группе ретроабдоминальные ПНО развились у 113 пациентов. Отграниченные ПНО 65 (57,5%): псевдокисты 39 (34,5%), абсцессы 26 (23%) случаев, неотграниченные ПНО: флегмона ЗБК 48 (42,5%) случаев. В группе сравнения из 112 пациентов отграниченные ПНО составили 66 (58,9%), псевдокисты и абсцессы 42 (37,5%) и 24 (21,4%) соответственно. Флегмона ЗБК встретилась у 46 пациентов, что составило 41,1%. Применяли чрезкожные, чрезфистульные, лапароскопические миниинвазивные и лапаротомические (и мини), люмботомические (и мини) дренажные процедуры. Мониторинг течения процесса и навигация при выполнении процедур осуществлялись с помощью УЗИ и РКТ.

Результаты. Частота интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений была статистически достоверно ниже в основной группе, чем в группе сравнения: 14,6% против 20,0 ($p<0,05$) и 18,8% против 26,7% ($p<0,05$) соответственно. При флегмонах ЗБК в основной группе первичная операция лапаротомным доступом выполнена лишь у 4,2% (2 из 48) больных, чрезкожное миниинвазивное дренирование (ЧМД) в различных комбинациях у 70,8% (34 из 48) и у 25% (12 из 48). У наиболее тяжелых

больных, оперативное лечение было разделено на два этапа: – в группе сравнения у 40% (18 из 45) больных первичная операция выполнялась лапаротомным доступом, у 37,8% (17 из 45) минилюмботомическим способом и лишь у 22,2% (10 из 45) посредством ЧМД. У менее тяжелых больных лечение на два этапа не разделялось. Средний койко/день после операции у пациентов основной группы был достоверно меньше, чем в группе сравнения: 18,8±4,0 против 24±4,5 ($p<0,05$). Общая летальность в основной группе была статистически достоверно ниже, чем в группе сравнения: 18,8% против 26,7% соответственно ($p<0,05$).

Обсуждение. Тактика хирургического лечения ретроабдоминальных ПНО смещается в сторону поэтапного подхода, к пошаговой миниинвазивной хирургии. Роль санирующих миниинвазивных вмешательств становится решающей, а в случае невозможности окончательной санации, они позволяют подготовить больного для других методов/способов дренирования. Формирование дренажных каналов к жидкостным образованиям в ЗБК широкопросветными дренажами и/или металлическими стентами повышает эффективность санаций, в том числе с применением их в качестве портов для фиброэндоскопии. Применение гибковолоконной оптики показано при сложной конфигурации жидкостных образований, при наличии больших или фиксированных секвестров, эффективность секвестрэктомии при этом достигает 90%.

Заключение. Персонализированные показания к хирургическому вмешательству у больных ОДП с ретроабдоминальными ПНО: при отграниченных вариантах – миниинвазивные технологии (ЧМД, лапароскопия, фиброэндоскопия) с выбором различных способов/методов санации в зависимости от локализации, размеров, формы и наличия секвестров; у тяжелых больных с флегмоной ЗБК показан этапный подход к оперативному лечению. Применение миниинвазивных вмешательств в основной группе в 70,8% случаев (в группе сравнения 22,2%) и использование у тяжелых больных тактики этапной санации забрюшинного пространства, позволило достоверно снизить уровень ранних послеоперационных осложнений, уменьшить летальность и сроки пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, ретроабдоминальные осложнения, псевдокиста, абсцесс, забрюшинная флегмона, этапное лечение

---

406. Гидроклин и гидросорбгель в лечении глубоких пролежней

Исрапилов М.М, Омарова Х.З, Курбанова З.В, Багаудинова С.Г

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема профилактики и лечения пролежней и сегодня сохраняет свою актуальность. Несмотря на наличие большого выбора различных средств, облегчающих уход за больными, число пациентов с пролежнями не уменьшается, что существенно тормозит процесс лечения, Говоря о пролежнях, очень многие не представляют себе в полной степени механизм и причины их образования. Опыт практической деятельности показывает, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены, пролежни могут все же появляться. Имеет значение совокупность причин, приводящих к развитию пролежней, даже на фоне грамотного ухода за пациентом. В последние десятилетия произошел пересмотр многих устоявшихся в практической хирургии представлений о местном лечении хронической раны. Такие перемены явились следствием значительного прогресса в разработке перевязочных средств. Другой эффективной возможностью лечения ран является современное инновационное высокотехнологичное средство лечения «Гидросорб гель»

Цель исследования: уменьшение сроков заживления пролежней в стадии некротизации с использованием гидроклина и гидрособгеля. В задачи исследования входило- определение стадии раневого процесса при котором наиболее эффективно сочетание применения гидросорбгеля и гидроклина; – разработка очередности и времени наложения повязок

Материалы и методы исследования: за период с 2022 по 2023 гг в ЧУЗ «Клиническая больница «РДЖ – Медицина» проведено лечение 57 больных с глубокими пролежнями. Гидросорбгель представляет собой прозрачный, вязкий, стерильный гель, который способствует размягчению и отторжению некроза, благодаря прекрасной влаговыделяющей способности; создает влажную среду в ране и позволяет быстро и тщательно очистить рану, обеспечивая быстрое и полное ее заживление. Применение шприца обеспечивало точную дозировку и выделение геля непосредственно в рану, что снижало риск неправильного расходования геля. ГидроКлин суперабсорбирующая гидроактивная повязка с антисептическими свойствами активированная раствором Рингера для лечения хронических и плохо заживающих ран на стадиях некротизации. Повязка предназначена для лечения глубоких и плоских ран. Водонепроницаемая полипропиленовая пленка на внешней стороне повязки предотвращает преждевременное высыхание

повязки, благодаря чему влага может поступать к ране до 3 дней, непрерывно выделяет раствор Рингера в рану и поглощает раневой экссудат, обеспечивая эффективное очищение раны посредством механизма «промывание – поглощение раневого экссудата». Антибактериальный компонент – полигексаметилен бигуанид – связанный в ядре с суперабсорбирующим полиакрилатом, оказывает антибактериальное воздействие и сдерживает рост микроорганизмов внутри подушечки, предотвращая реконтаминацию раны. При наличии некроза на дне пролежня мы в начале использовали гидросорбгель в дозировке 0,5-1,0 в сутки, в зависимости от размеров и некротического поражения, затем использовали в комбинации с бранолиндом или атравманом 2 раза в день, в течение 7 дней. Следующим этапом мы использовали гидроклин с гидросорбгелем, тампонируя оставшуюся полость на 1-2 сутки.

Результаты. При использовании авторской методики сочетания и кратности применения инновационных повязок гидросорбгеля и гидроклина, значительно уменьшались сроки заживления раны, рана очищалась от некротических тканей, снижался болевой синдром,

Выводы. Использование гидросорбгеля и гидроклина существенно уменьшает сроки заживления длительно незаживающих глубоких пролежней; легко выполнимы и не требуют усилия; можно внедрить для широкого использования в органы здравоохранения.

---

407. Лечение и профилактика осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии

Зайцев О.В., Панина Л.Ю., Бизяев С.В., Кошкина А.В.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (далее ЭПСТ), даже произведенная в условиях специализированных клиник, имеет частоту осложнений, достигающую 7,5-10,6%. При этом летальность, по разным данным, может достигать 1,5-2,0%. (Федоров А.Г. и др., 2012). Одним из опасных осложнений ЭПСТ, лечению и профилактики которого посвящена данная работа, является кровотечение из папиллотомического разреза. Частота встречаемости данного осложнения по данным разных авторов варьирует от 2 до 11%. Кровотечение из места ПСТ (папиллосфинктеротомии) может возникнуть как во время проведения данной манипуляции, так и в различные сроки после её выполнения. Кровотечения, требующие оперативного вмешательства, возникают в 3% случаев, при этом летальность достигает 1%. (Луценко В.Д. и др., 2018). Наиболее простым эндоскопическим методом остановки кровотечения из зоны ПСТ является орошение последней гемостатическими препаратами. В настоящее время в практическое применениевнедряется новое гемостатическое средство местного использования «Гемоблок®», разработанное на базе Московского областного научно-исследовательского института крови и зарегистрированное как медицинское изделие ФСР 2021/13587. Препарат «Гемоблок®» широко применяется в клинической практике. В нашей работе препарат Гемоблок впервые будет использован с гемостатической целью при кровотечениях после папиллосфинктеротомии В состав данного препарата входит неполная соль полиакриловой кислоты и наночастицы серебра. При взаимодействии с альбуминами крови «Гемоблок®» образует полимерный комплекс, в результате чего наступает гемостаз. Гемостатический эффект достигается в течение 1-2 мин за счёт образования сгустка с белками плазмы крови, прежде всего, с альбумином. Препарат взаимодействует с молекулами альбумина по механизму ионной связи, при этом возникает устойчивый комплекс – матрица – и формируется прочная полиметакрилатная плёнка. В последующем молекулы альбумина восстанавливают ионы серебра, чем обусловлен бактерицидный эффект плёнки. Постепенно фибрин замещает поверхностную структуру «гемоблок»-белок, а полиакрилатная матрица плазмолизируется. Адекватная профилактика кровотечения из области БДС после эндоскопических манипуляций, является, таким образом, актуальной проблемой.

Цель работы. Улучшение результатов лечения желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, путем совершенствования методики выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, используя препарат «Гемоблок®» для лечения и профилактики кровотечений из рассеченного БДС. Улучшение результатов проведения ЭПСТ путем минимизации риска развития или остановки кровотечений и прочих осложнений в зоне БДС путем применения препарата «Гемоблок®».

Материалы и методы. В период с 2021 по 2022 год в 1 хирургическом отделении областной клинической больницы г. Рязани при наличии соответствующих показаний (диагностика патологии панкреатобилиарной зоны и необходимость проведения хирургических манипуляций на БДС, прежде всего при холедохолитиазе) было выполнено 203 ЭРХПГ. Все пациенты поступали в экстренном порядке. Стандартное предоперационное обследование проводилось в условиях стационара. Пациенты разделены на две группы. В группу I вошли 107 больных, которым не проводили медикаментозную профилактику раствором неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, а ПСТ осуществляли по стандартной методике. Группу II составили 96 пациентов, у которых производилось орошение папиллотомического разреза препаратом неполной серебряной соли полиакриловой кислоты.

Исследуемые группы больных по полу и возрасту различались незначительно. Оценивали частоту развития кровотечения из области БДС, его характер, потребность в проведении повторных эндоскопических исследованиях (ЭГДС) для определения рецидивов кровотечения. С целью снижения риска возникновения и интенсивности кровотечения из папиллотомного разреза у пациентов с изменениями в свертывающей системе крови на фоне механической желтухи (общий билирубин выше 100 мкмоль/л, повышение печеночных трансаминаз в 2 и более раз), а также коагулопатией потребления в следствие гиперферментемии (в изменениях состояния системы гемостаза преобладали гипокоагуляционные и гипофибринолитические явления: снижение ПТИ – менее 0,8 и фибриногена – менее 1,8 г/л). Выполняли ЭПСТ как канюляционным способом, так и торцевым папиллотомом, после чего проводилось ретроградное контрастирование желчных протоков. Зону папиллотомного рассечения орошали препаратом неполной серебряной соли полиакриловой кислоты в объеме 20мл. При данном методе обработки рассеченного БДС формировался плотно-эластичный сгусток крови, надежно фиксированный к рассеченному БДС (при отмывании изотоническим раствором сгусток не дислоцировался, кровотечение не возобновлялось). Проводились консервативные лечебные мероприятия, направленные, в том числе и на нормализацию системы гемостаза. При нормализации биохимических и коагуляционных показателей проводился контроль ФГДС (через 3 суток и повторно через 1 месяц) с осмотром рассеченного БДС для оценки эффективности использования препарата неполной серебряной соли полиакриловой кислоты.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ результатов лечения в двух группах. В группе исследования (96 пациентов) ЭПСТ выполняли по выше описанной методике. В группе сравнения (107 пациентов) использовалась общепринятая методика ЭПСТ без обработки препаратом неполной серебряной соли полиакриловой кислоты. Критериями включения в исследование являлись: 1) механическая желтуха с уровнем общего билирубина выше 100 мкмоль/л, повышение уровня трансаминаз более чем в 2 раза, отклонения в системе гемостаза: ПТИ менее 0,8, Фибриноген менее 1,8г/л; 2) необходимость протяженного рассечения большого дуоденального сосочка от 1,0 до 1,5см, необходимая для извлечения достаточно крупных конкрементов (от 0,8мм и более). Критерием исключения из исследования являлись: 1) злокачественные новообразования терминального отдела холедоха; Пациенты обеих групп получали одинаковую инфузионную дезинтоксикационную, гемостатическую, антисекреторную, спазмолитическую терапию. У всех пациентов в группе исследования кровотечение, выявленное непосредственно после манипуляции, было остановлено эндоскопическими методами, причем у 43 орошением раствором неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, а у 53 выполнена профилактика кровотечения раствором неполной серебряной соли полиакриловой кислоты. У всех пациентов в контрольной группе кровотечение, выявленное непосредственно после манипуляции, было остановлено эндоскопическими методами, причем у 41 орошением холодным раствором аминокапроновой кислоты, а у 23 обкалыванием области постпапиллотомического разреза раствором адреналина с физиологическим раствором в концентрации 1:10. И у 4х пациентов кровотечение остановлено методом клипирования кровоточащего сосуда. Помимо клинически выраженного кровотечения, у 38 пациентов отмечалось небольшое кровотечение из постпапиллотомического разреза, которое продолжалось 10—15 секунд и остановилось самостоятельно в процессе динамического эндоскопического наблюдения. В контрольной группе в течение первых 24 часов после проведения ЭРХПГ у 7 больных, перенесших кровотечение, были отмечены клинические признаки его рецидива, что потребовало проведения экстренной ЭГДС. При этом у 4 больных кровотечение на момент осмотра или остановилось самостоятельно и потребовало проведения лишь эндоскопической профилактики. Однако трем пациентам с продолжающимся струйным кровотечением из постпапиллотомического разреза (Forrest Ia), в дальнейшем была выполнена полостная операция (дуоденотомия, ушивание кровоточащего сосуда). Следует отметить, что среди пациентов группы исследования рецидивов кровотечения отмечено не было. Всем пациентам, перенесшим кровотечение из области БДС после ЭРХПГ (как клинически выраженное, так и минимальное) в плановом порядке через 72 часа проводилась контрольная ЭГДС. Так же выполнялось контрольное ФГДС исследования через месяц после вмешательства, где у 2х пациентов основной группы отмечено формирование грубого рубца по типу стриктуры терминального отдела холедоха. В группе исследования формировался гладкий рубец без признаков стриктуры. Полученные данные показали, что кровотечение является частым и серьезным осложнением, возникающим после ПСТ. Важно отметить, что у пациентов основной группы кровотечение было эффективно остановлено эндоскопическими методами (орошение аминокапроновой кислотой, инъекции раствора адреналина, клипирование кровоточащего сосуда, монополярная электрокоагуляция), несмотря на это возникли рецидивы кровотечений. В то время как в группе исследования рецидивов кровотечения не отмечено. Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Выводы Изучаемый нами метод профилактики и лечения кровотечений после папиллосфинктеротомии позволяет значительно сократить частоту развития этого осложнения. Нами была выполнена обработка папиллосфинктеротомического разреза препаратом неполной серебряной соли полиакриловой кислоты с целью профилактики и лечения кровотечений из данной области. Выявлено, что применение препарата неполной серебряной соли полиакриловой кислоты снижает риск возникновения рецидивных кровотечений, как массивных,

так и малоинтенсивных, а так же снижает риск возникновения воспалительных процессов (за счет входящих в состав ионов серебра), а, следовательно, и стриктур терминального отдела холедоха и зоны большого дуоденального сосочка (БДС). Литература: 1. Громыкина М.С., Городничев К.И., Морозов А.М. Обзор современных консервативных и малоинвазивных методов лечения желчнокаменной болезни // FORCIPE. 2020. №S. 2. Кабанов М.Ю. Кровотечения после панкреатодуодеальных резекций / Кабанов М.Ю., Семенцов К.В., Яковлева Д.М., Алексеев В.В. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2018, т. 13, № 2 3. Каимова К.А., Нажмудинова З.Ш., Шамгунова И.И., Стяжкина С.Н. Актуальные проблемы механической желтухи за 2015-2016 год. // Наука через призму времени. 2018. № 2. С. 128–130. 4. Кукош М.В., Демченко В.И., Колесников Д.Л., Ветюгов Д.Е. Этапное лечение механической желтухи, вызванной желчнокаменной болезнью. // Ульяновский медико-биологический журнал. 2018. № 2. С. 26–31. 5. Михайлов А. П., Цыбульская И. А., Данилов А. М., Напалков А. Н. Тактика при послеоперационных внутрибрюшных и гастродуоденальных кровотечениях в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2006. №3. 6. Мухамеджанов Г. К. Гемостазиологические изменения у больных с механической желтухой / Г. К. Мухамеджанов, А. С. Ибадильдин, Ж. А. Джакашева, Д. Ж. Шаграева. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2014. – № 8 (67). – С. 354-357. 7. Назыров Ф. Г., Струсский Л. П., Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Джуманиязов Д. А. Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой // Новости хирургии. 2011. №4. 8. Нишневич Е.В., Алексейцев А.В., Мерсаидова К.И. и др. Эффективность ретроградных транспапиллярных эндобилиарных вмешательств в лечении механической желтухи. // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии Материалы XXIV Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Под ред. В.А. Вишневского, С.Ф. Багненко, Ю.А. Степановой. СПб., 2017. С. 132–133. 9. Плоткин А.В., Покровский Е.Ж., Воронова Г.В., и др. Оценка эффективности гемостатического действия препарата «гемоблок» при полостных и лапароскопических вмешательствах. Мультицентровые клинические исследования // Вестник современной клинической медицины. 2015. Т. 8, №1. С. 56-61. 10. Стяжкина С.Н., Нажмудинова З.Ш., Шамгунова И.И., Каимова К.А. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи. // European Science. 2018. № 2. С. 43–45. 11. Хрусталева М.В., Крендаль А.П. Технические аспекты эндоскопических транспапиллярных вмешательств при патологии панкреатобилиарной зоны // Анналы НЦХ РАМН. – 1999. – № 6. – С. 2938 12. Щербюк А.Н., Дыдыкин С.С., Жандаров К.А. и др. Методика количественной оценки степени тяжести состояния пациентов с механической желтухой. Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2018. Т. 6. № 2. С. 48–54. 13. Lewis KM, Li Q, Jones DS, Corrales JD, Du H, Spiess PE, Lo Menzo E, DeAnda A Jr. Development and validation of an intraoperative bleeding severity scale for use in clinical studies of hemostatic agents. Surgery. 2017 Mar; 161(3): 771-781. doi: 10.1016/j.surg.2016.09.022. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27839931.

Ключевые слова: эндоскопический гемостаз, гемоблок, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, кровотечение

---

408. Оценка эффективности этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии у пациентов с геморроем и доброкачественными новообразованиями толстой кишки

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

Донецк

общей хирургии №1 ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького МЗРФ

Актуальность темы: Одной из наиболее распространенных и часто встречаемых хирургических патологий была и остается геморроидальная болезнь, осложнения которой служат показанием к хирургическому лечению. В комплекс необходимых обследований перед операцией пациентам после 40 лет входит исследование толстой кишки в т. ч. эндоскопическое. Одной из наиболее частых находок при фиброколоноскопии по данным мировой литературы являются новообразования (полипы толстой кишки). В результате тщательного обследования (в том числе и фиброколоноскопии), многие пациенты узнают о наличии одного или нескольких полипов толстой кишки. Новообразование необходимо удалять, т.к. полипы толстой кишки склонны к жизнеугрожающим состояниям – озлокачествлению, кровотечениям и т.д. Подавляющее большинство исследователей предлагают разделить эндоскопичекое удаление полипов толстой кишки при наличии геморроя, на два этапа. На первом этапе выполняется полипэктомия, спустя несколько недель – геморроидэктомия. Все это происходит за два эпизода госпитализации.

Материалы и методы: В колопроктологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО), которое является клинической базой кафедры общей хирургии №1 ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького МЗРФ с 2017 по 2023 годы было пролечено 35 пациентов с диагнозом геморрой и полипы толстой кишки 20 – мужчин и 15 – женщин. Воз-

раст пациентов на момент госпитализации составил от 34 до 80 лет. Все пациенты были госпитализированы плановом порядке, во всех случаях – новообразования полипы толстой кишки были обнаружены во время прохождения диагностической фиброколоноскопии. На этапе предоперационного дообследования. При фиброколоноскопии у всех пациентов была взята биопсия из новообразования для верификации процесса. Размеры полипов колебались от 0,6 до 3,4 см в диаметре. Во всех 35 случаях пациентам проведено этапное симультанное хирургическое лечение за один эпизод госпитализации, при которой первым этапом выполняли эндоскопическую полипэктомию, затем последующую геморроидэктомию через 48-72 часа при получении убедительных данных за отсутствие осложнений после эндоскопической полипэктомии.

Результаты и обсуждения: При выполнении эндоскопической полипэктомии в условиях колопроктологического отделения ДОКТМО осложнений не наблюдались. Из места удаленного полипа у 2 пациентов отмечалось незначительное кровотечение, которое остановлено коагуляцией и в дальнейшем не возобновлялось. У 6 пациентов были жалобы на умеренный дискомфорт в животе, обусловленные избыточным введением воздуха в процессе выполнения эндоскопической полипэктомии. Оценка эффективности эндоскопической полипэктомии, проводилась нами по результатам контрольных фиброколоноскопий. Во всех 35 случаях для детального анализа были отобраны результаты диспансерного наблюдения за 35 пациентами – все пациенты проходили динамическое наблюдение в клинике, которым при фиброколоноскопии было выполнено эндоскопическая полипэктомия и геморроидэктомия. Осложнений в послеоперационном периоде у пациентов отмечено не было. Развития рецидивов после эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не выявлено. Во всех случаях диагноз доброкачественные новообразования (полипы толстой кишки) подтверждались гистологически.

Выводы: Симультанное оперативное лечение пациентов с диагнозом полипы толстой кишки и геморрой, можно выполнить последовательно за один эпизод госпитализации. Непосредственные и отдаленные результаты при этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не отличались от таковых при стандартной эндоскопичской полипэктомии.

Ключевые слова: эндоскопическая полипэктомия, геморроидэктомия

---

409. Сравнение ППМС и параллельного бипластикового стентирования при повторных эндобилиарных вмешательствах при доброкачественных дистальных билиарных стриктурах

Шабунин А.В., Багателия З.А., Лебедев С.С., Коржева И.Ю., Тавобилов М.М., Карпов А.А., Афанасьева В.А.

Москва

ГКБ им. С.П. Боткина

Актуальность. У соматически тяжелых пациентов предпочтительным методом лечения дистальных билиарных стриктур доброкачественной этиологии является эндоскопическое ретроградное стентирование вследствие его малотравматичности в сравнении с полостными либо чрескожными чреспеченочными хирургическими вмешательствами. При этом предпочтительные типы стентов для установки при повторных эндобилиарных рестентированиях с заменой по поводу дисфункции ранее установленного стента на сегодняшний день остаются неопределенными, в связи с чем нами было проведено сравнение параллельного бипластикового стентирования с применением полностью покрытого металлического стента (ППМС).

Материалы и методы. Так как металлические стенты в клинике с целью потенциального пролонгирования длительности функционирования устанавливались только при отсутствии клинико-лабораторной картины дисфункции стента, то группы были набраны среди пациентов с рестентированием в плановом порядке. В основную группу вошли 40 пациентов, которым при исследуемом рестентировании в дистальный отдел холедоха был установлен ППМС. В группу сравнения вошли 32 пациента, которым при исследуемом рестентировании в дистальный отдел холедоха было параллельно установлено 2 пластиковых стента. Статистически значимых различий между группами по полу, возрасту, диагнозу и основным лабораторным показателям перед выполнением исследуемого повторного эндобилиарного вмешательства выявлено не было. Сравнение проводилось по длительности функционирования стента до появления признаков его дисфункции и по количеству осложнений по классификации Clavien-Dindo и по качественной характеристике. Для статистического анализа были использованы Хи-квадрат Пирсона и анализ Манна-Уитни. Полученные результаты. В основной группе с применением ППМС было выявлено 23 осложнения (57,5%), в 1 случае (2,5%) постманипуляционный панкреатит легкой степени тяжести, купированный консервативной терапией, в 22 случаях (55%) миграция стента – как проксимальная (32,5%), так и дистальная (22,5%). По классификации Clavien-Dindo 4 осложнения (10%) были I степени тяжести, 1 осложнение (2,5%) было II степени тяжести и 18 осложнений (45%) IIIb степени тяжести. В группе сравнения с применением

параллельного бипластикового стентирования количество осложнений составило 7 случаев (21,9%): из них у 2 пациентов (6,25%) ранняя дисфункция стента в пределах одной недели после вмешательства вследствие билиарного сладжа и у 5 пациентов (15,6%) дислокация стента, во всех случаях дистальная. По классификации Clavien-Dindo 1 осложнение (3,1%) было I степени тяжести и 6 осложнений (18,8%) IIIb степени тяжести. При сравнении количества осложнений между группами статистически значимая разница была выявлена по количеству осложнений IIIb степени по Clavien-Dindo (p=0,019), количеству осложнений III-V степеней по Clavien-Dindo (p=0,019), а также количеству дислокаций стента (p=0,001) – во всех случаях меньшее количество осложнений было в группе сравнения (бипластикового стентирования). При сравнении длительности функционирования стента без учета случаев дислокации была выявлена статистически значимая большая длительность функционирования ППМС (средняя длительность функционирования ППМС составила 185,4±16,7 дней против 69,0±9,3 дней при применении бипластикового стентирования, p<0,001). Однако при оценке длительности функционирования всех случаев, включая пациентов с дислокацией стента, вследствие большого количества дислокаций (45%), потребовавших рестентирования до возникновения дисфункции стента вследствие билиарного сладжа, в группе ППМС средняя длительность функционирования оказалась значительно ниже (112,3±20,1 дней против 64,8±11,9 дней при применении бипластикового стентирования) и статистически достоверной разницы по длительности функционирования между группами выявлено не было.

Обсуждение. ППМС по данным разных авторов демонстрирует более продолжительную длительность функционирования в сравнении с полипластиковым стентированием. Однако наше исследование показало, что при повторных эндобилиарных вмешательствах при учете случаев дислокации стента вследствие большого количества ранних дислокаций статистически достоверного преимущества ППМС в сравнении с бипластиковым стентированием нет. Помимо этого, группа ППМС продемонстрировала статистически значимое большее количество осложнений IIIb степени по Clavien-Dindo (p=0,019), осложнений III-V степеней по Clavien-Dindo (p=0,019), а также дислокаций стента (p=0,001).

Выводы. Между параллельным бипластиковым стентированием и ППМС можно рекомендовать применение бипластикового стентирования при повторных эндобилиарных вмешательствах в плановом порядке при доброкачественных дистальных стриктурах холедоха.

Рекомендации. Для рестентирования в плановом порядке при повторных эндобилиарных вмешательствах у пациентов с доброкачественными стриктурами дистального отдела холедоха предпочтительно применение параллельного бипластикового стентирования в сравнении с ППМС.

Ключевые слова: Повторные эндобилиарные вмешательства, дистальные доброкачественные билиарные стриктуры, параллельное полипластиковое стентирование, ППМС

---

410. Оптимизация диагностики узловых образований щитовидной железы с неопределенным цитологическим заключением (Bethesda III, IV) с использованием молекулярно-генетического исследования

Катанян Г.А., Дурлештер В.М., Титов С.Е., Деменков П.С., Лукьянов С.А., Сергийко С.В.,., Веряскина Ю.А., Иванов М.К.

Краснодар

ГБУЗ ККБ №2 Межтерриториальный эндокринологический центр

По распространенности узловые образования щитовидной железы (ЩЖ) доминируют среди патологий эндокринной системы. Из них около 7% являются злокачественными и требуют оперативного вмешательства, решение о котором принимается на основании дооперационного диагноза (Hutchison, 2011). Основным методом дооперационной диагностики является цитологическое исследование препаратов, полученных тонкоигольной аспирационной пункционной биопсией (ТАПБ) под УЗ-контролем. Однако, неопределенные цитологические результаты получаются в 10-35% случаев, и эту категорию подразделяют на 2 подкласса, основываясь на различиях в ожидаемом риске злокачественности (Baloch, 2008; Cross, 2010), который варьирует от 5 до 75% (чаще всего 15-30%) в зависимости от системы классификации. Кроме того, риск злокачественности в узлах с неопределенным результатом цитологии может значительно варьировать между разными учреждениями. В частности, это характерно для узлов с предоперационным диагнозом “атипия неясного значения” (категория Bethesda III; риск злокачественности- 5-28%) или “фолликулярная опухоль/подозрение на фолликулярную опухоль” (категория Bethesda IV; риск злокачественности 15-40%) (Bongiovanni, 2012; Wang, 2011; Cibas, 2017; Sheffield, 2014). При цитологическом заключении «фолликулярная неоплазия», или «фолликулярная опухоль», рекомендована операция, инвалидизирующая большое количество пациентов с доброкачественными процессами, так как процент злокачественной патологии в данной ситуации только 15-20% (Хмельницкий, 2002). С другой стороны, 15-40% результатов составляют атипия неясного значения и недиагностический материал, требующие повторного забора спустя время (Cibas, 2017). В результате часть злокачественных опухолей не подвергается своевремен-

ному лечению.

Материалы: Был выполнен ретроспективный анализ 122 пациентов с неопределенной цитологией (Bethesda III: 13 пациентов, Bethesda IV: 109 пациентов) с помощью ПЦР в реальном времени на содержание молекулярных маркеров злокачественного процесса: мутация BRAF V600E, содержание HMGA2, мРНК, 3 микроРНК и соотношение митохондриальная/ядерная ДНК). Для дифференциации доброкачественных и злокачественных опухолей использовали классификатор на основе дерева решений.

Результаты. Молекулярное тестирование выявило злокачественные новообразования в цитологических мазках с неопределенной цитологией с чувствительностью 89,2%, положительной прогностической ценностью 84,6%, специфичностью 92,9% и отрицательной прогностической ценностью 95,2%. Остаточный риск малигнизации узлов щитовидной железы, которые были признаны доброкачественными с помощью этого молекулярного метода, не превышал зарегистрированный риск малигнизации при гистологическом диагнозе Bethesda II.

Выводы. Показана возможность дооперационной дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы с неопределенной цитологией с использованием панели молекулярных маркеров на основе ПЦР с использованием окрашенных мазков. Данная методика превосходит по основным диагностическим критериям цитологическое заключение и может быть использована при неопределенных заключениях Bethesda III и Bethesda IV для улучшения дифференциальной диагностики опухолевого поражения щитовидной железы и снижения необоснованных хирургических вмешательствах с доброкачественными образованиями.

Ключевые слова: Узловой зоб, фолликулярная опухоль, рак щитовидной железы., моллекулярная генетика

---

411. Качество жизни пациентов после реконструктивно-пластических операций по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита

Борота А.В., Золотухин С.Э., Борота А.А.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ

Актуальность: Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, которая отражает способность человека адаптироваться к проявлениям болезни. Множество исследований указывают на тот факт, что оценка пациентом качества жизни очень часто не совпадает с оценкой врача.

Материалы и методы: Изучению качества жизни в динамике подверглись 57 пациентов, которым в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 2012 по 2021 годы были выполнены реконструктивно-пластические операции по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита, а именно колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоучректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией. В основе анкетирования использовали международный специализированный опросник по определению качества жизни больных воспалительными заболеваниями кишки IBDQ. Опрос путём заполнения пациентами стандартного индивидуального экземпляра анкеты IBDQ проводили по разработанной в клинике программе: – до проведения основного этапа реконструктивно-пластической операции; – перед плановым закрытием протективной илеостомы, после проведения одноэтапной или двухэтапной реконструктивно-пластической операции; – в раннем послеоперационном периоде после закрытия протективной илеостомы, при первых признаках восстановления естественного пассажа кишечного содержимого; – через 1 месяц после закрытия протективной илеостомы при контрольном визите в клинику; – через 6 месяцев после закрытия протективной илеостомы при контрольном визите в клинику; – через 1 год после закрытия протективной илеостомы и затем ежегодно в течение 5 лет наблюдения при контрольных визитах в клинику. Полученные результаты: После проведения одноэтапной или проведения второго этапа реконструктивно-пластической операции при наличии протективной илеостомы у пациентов выявлена тенденция к снижению показателей как по общим баллам, так и по системным, социальным эмоциональным и кишечным проявлениям, однако, разница не является статистически достоверной. В ранние сроки восстановления естественного пассажа кишечного содержимого (сразу после закрытия протективной илеостомы) разница в социальной и кишечной сфере не является достоверной, а значения эмоциональной и системной сфер достоверно повышаются. Уже через 1 месяц после закрытия протективной илеостомы и далее до 5 лет наблюдения достоверно повышаются все показатели: кишечные, системные, социальные, эмоциональные проявления. В сроке 1 год после проведенного реконструктивно-пластического хирургического вмешательства отмечено снижение показателей по всем проявлениям, но они все равно остаются статистически значимо выше дооперационных. Мы не нашли логических причин этого события, и предлагаем обратить внимание на этот феномен в последующих исследованиях. Все показатели достигают максимальных, статистически значимых уровней к 2 годам после проведенной рекон-

структивно-пластической операции и остаются до 5 лет наблюдения приблизительно на одном высоком уровне.

Обсуждение: Следует отметить, что именно в сроки от 2 лет морфологические изменения состояния стенки культи прямой кишки после высокочастотной электротермической мукозэктомии приобретали стойкий характер, и картина не менялась при последующих исследованиях в сроки наблюдения до 5 лет – возможно, данный фактор можно связать со стойким повышением показателей качества жизни.

Выводы: Исследованное качество жизни доказывает эффективность предложенных реконструктивно-пластических методов хирургического лечения у пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита – среднее значение общего результата IBDQ до операции – 114,83 и спустя 5 лет после операции – 177,5 ($p<0,05$).

Ключевые слова: язвенный колит, качество жизни, реконструктивно-пластическая хирургия

---

412. Морфологический тип хронического панкреатита с вирсунголитиазоом и стриктурой протока: диагностика и лечение

Меджидов Р.Т.1,2, Муртузалиева А.С.2, Мирзоев И.А.1, Хабибулаева З.Р.1

Махачкала

1) Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
2) Хирургическое отделение ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2»

Введение. Среди всех морфологических типов хронического панкреатита (ХП) наиболее сложным в определении лечебной тактики является вирсунголитиаз и интрапаренхиматозные окклюзии панкреатических протоков. Консервативная терапия при данном типе ХП практически неэффективна, лишь патогенетически обусловленные оперативные вмешательства предупреждают обострение панкреатита и существенно улучшают качество жизни пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность предпринятой нами лечебно-диагностической тактики при клинико-морфологическом ХП с вирсунголитиазом и интрапаренхиматозной окклюзией панкреатического протока.

Материал и методы. В структуре пациентов с различными клинико-морфологическом типами ХП, которым показано оперативное лечение в 78 наблюдениях отмечены вирсунголитиаз и интрапаренхиматозные стриктуры панкреатического протока. Алиментарный характер ХП ХП имел в 69 (88,4%) случаях, билиарного – 7 (8,9%) и в 2 (2,7%) наблюдениях рефлюксного характера из-за наличия парафатерального дивертикула двенадцатиперсной кишки. Операция Пьюстоу в модификации Избицки выполнена в 57 (73,0%) случаях, операция Дюваля – 3 (3,9%), операция Фрея – 14 (18,1%), операция Бегер в бернском варианте – 2 (2,5%), панкреатодуоденальная резекция – в 2 (2,5%) наблюдениях. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено в 100% случаях, ФЭГДС – в 100%, лапароскопия – в 13,4%, РХПГ – в 50,2%, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ – в 23,5%, функция внешнего дыхания – в 35,5%, КТ – в 21,4%, МСКТ – в 37,34, МРТ – в 100%, МР-холангиопанкреатография в 100% наблюдениях.

Результаты и обсуждение. В 74 (94,9%) наблюдениях имелось резкое усиление болей, вынуждающее к повторной госпитализации. Периодическая рвота наблюдалась в 936% случаях, чувство тяжести в эпигастрии – 85694. Снижение массы тела на 10-15 кг имело место у 17 больных, на 16-20 кг – у 29, более 21 кг – в 32 наблюдениях. Нарушение обмена глюкозы отмечено в 29,5% случаях, анемия – в 33,3:, повышение уровня амилазы сыворотки крови – в 39%, липазы – в 19%, снижение уровня белка – в 47%, альбумина – в 62%, повышение билирубина – в 6,4%6 гипокоагуляционное состояние – в 52% наблюдениях. Выполнить вирсунгографию удалось у 46,9% больных. Расширение протока более 4 мм выявлено в 95,7% случаях, сужения или обрывы на различном протяжении – в 93,5% наблюдениях. Грубая деформация пилородуоденального перехода выявлена в 5,3% наблюдениях. Конкременты в протоках поджелудочной железы обнаружены у 45,7% пациентов. Чувствительность и специфичность МСКТ составила 98,3% и 96,7% соответственно. МРТ при данном морфологическом типе хронического панкреатита способствовало в 95% случаях выявить причины панкреатической гипертензии. Чувствительность и специфичность метода составили 99,3% и 98,4% соответственно. Течение послеоперационного периода почти у всех оперированных пациентов было гладкое, умер один пациент, причиной смерти послужил панкреонекроз. При оценке результатов хорошими были признаны в 85,4% наблюдениях, удовлетворительными – в 10,4%, неудовлетворительными – в 4,2% случаях. Поскольку предложено большое количество оперативных вмешательств, залогом успеха является патогенетически обоснованный выбор способа операции. Определяющим условием при выборе оперативного вмешательства является верификация причины боли. Операция Пьюстоу показана при протоковой гипертензии. Резекционные технологии следует использовать при фиброзе и кальцификации паренхимы в области головки и тела поджелудочной железы. При наличии трех, весьма сложных осложнений, таких, как: желчная гипертензия, панкреатическая гипертензия и дистрофия двенадцатиперстной кишки лучше выполнить панкреатодуоденальную резекцию.

Заключение. Современные методы лучевой навигации позволяют провести точную диагностику стриктур и калькулеза Вирсунгова протока. Оперативные вмешательства при этом значительно повышают качество жизни пациентов.

Ключевые слова: панкреатит, Пьюстоу, стриктура, пор, резекция, вирсунголитиаз, калькулез, билиарный, алиментарный, Дюваль, рентген, МРТ, МСКТ, УЗИ, лапароскопия, хирургия, хронический панкреатит, наблюдения, наука, исследование, статья, тезис, пилородуоденостеноз, поджел

---

413. Методы и способы хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза

Прокофьева Н.А., Макаров И.В., Кривошеев Б.В.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) является третьей эндокринологической эпидемией, требующей, как правило, хирургического лечения.

Цель исследования. Оценить объем и способы оперативного вмешательства пациентов с ПГПТ.

Материалы и методы. В исследование включены 102 пациента с ПГПТ. Мужчин было 15 человек (14,7%), женщин – 87 человек (85,3%). Средний возраст составил – 58,96±12,61 лет. Первую группу, – 74 человека (72,5%), – составили пациенты с симптомным ПГПТ гиперкальциемической формой. Вторую группу, – 28 человек (27,5%), – составили пациенты с сомнительными лабораторными и клиническими проявлениями ПГПТ (пациенты с бессимптомным ПГПТ, как гиперкальциемической (10 человек – 9,8%), так и нормокальциемической формой заболевания (2 – 2%) и пациенты с симптомным ПГПТ нормокальциемической формой (16 пациентов – 15,7%). Сопутствующее поражение щитовидной железы (ЩЖ) выявлено в 47 наблюдениях (46,1%). Изолированное поражение околощитовидных желез (ОЩЖ) наблюдали в 55 наблюдениях (53,9%)

Результаты исследования. Паратиреоидэктомию и двустороннюю ревизию шеи (ПЭ+ДРШ) выполнили 51 пациенту (50%). Паратиреоидэктомию и одностороннюю ревизию шеи (ПЭ+ОРШ) – 17 пациентам (16,7%). Селективную паратиреоидэктомию (СПЭ) – 34 пациентам (33,3%). В 1 группе ПЭ+ДРШ выполнили 47 (63,5%) пациентам, ПЭ+ОРШ выполнена 10 (13,5%) пациентам, СПЭ – 17 пациентам (23%). Во 2 группе с сомнительными лабораторными и клиническими проявлениями ПЭ+ДРШ выполнили 4 (14,3%) пациентам, ПЭ+ОРШ выполнена 7 (25%) пациентам, СПЭ – 17 пациентам (60,7%). В группе с сочетанным поражением ЩЖ всем 47 (100%) пациентам выполнили ПЭ+ДРШ, объём оперативного вмешательства на ЩЖ соответствовал известным подходам и клиническим рекомендациям. В группе с изолированным поражением ПЭ+ДРШ выполнили 4 (7,3%) пациентам, ПЭ+ОРШ выполнена 17 (30,9%) пациентам, СПЭ – 34 пациентам (61,8%). В группе с предоперационным 3D-моделированием, – 15 пациентов, –выполнили СПЭ. В группе со стандартными методами предоперационной топической диагностики ПЭ+ДРШ выполнили 51 пациенту (58,6%), ПЭ+ОРШ выполнена 17 пациентам (19,5%), СПЭ – 19 пациентам (21,9%). Всем пациентам удаляли 1-2 пораженные ОЩЖ. Всего было удалено 148 образований ОЩЖ (у женщин удалено 124 аденомы, у мужчин 24). При этом у женщин чаще всего встречались аденомы от 1 до 3 см (76 аденом – 61,3%) (p = 0,0001), а у мужчин – аденомы до 1 см (13 аденом – 54,2%) (p = 0,02). Солитарное поражение ОЩЖ интраоперационно было выявлено у 58 пациентов (56,9%), 2 пораженные ОЩЖ – у 44 пациентов (43,1%).

Заключение. Таким образом, в 1 группе с явными лабораторными и клиническими проявлениями преобладающим объемом оперативного вмешательства явилась ПЭ+ДРШ – 63,5% случаев. Во 2 группе с сомнительными лабораторными и клиническими проявлениями преобладающим объемом хирургического лечения явилась СПЭ – 60,7%. Выбор объёма оперативного вмешательства определялся тем, что в 1 группе несколько чаще диагностировали сочетанное поражение ЩЖ (51% наблюдений в 1 группе, 32% случаев во 2 группе), а также тем, что в 1 группе множественное поражение ОЩЖ выявляли чаще (47,3% случаев в 1 группе, 32,2% наблюдении во 2 группе).

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз

---

414. Хилярная холангиокарцинома: диагностика и лечение

Меджидов Р.Т. (1,2) Муртузалиева А.С. (2), Абдуллаева А.З. (1)

Махачкала

1) Клиника общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
2) ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2»

Введение. Наиболее часто раком воротной локализации страдают лица пожилого и старческого возраста. Гистологически рак воротной локализации является холангиокарциномой (ХК). Она резистентна к химиолучевой тера-

пии. Только хирургический метод является радикальным способом лечения. Локализация и характер роста ХК обусловливают значительные трудности ее хирургического лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность используемых для диагностики и лечения ХК воротной локализации методик.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 74 пациентов с хилярной ХК. Первый тип ХК (по Bismuth-Corlette) отмечен в 9 (12,2%) наблюдениях, II тип – 16 (21,6%); IIIa тип – в 11 (14,8%), IIIb – в 12 (16,2%) и IV тип – в 26 (35,2%). Синдром механической желтухи (МЖ) имелся у 33,8%. Всем пациентам проведены: общеклинические исследования; онкомаркеры: СА-19-9; РЭА; альфа-фетопротеин; УЗИ, МР-холангиопанкреатография; МСКТ с контрастированием сосудов и билиарного тракта (БТ) через холангиостомический катетер; лапароскопия и ЭРХПГ по показаниям. Декомпрессия (БТ) проведена всем пациентам с МЖ путем выполнения ЧЧХС. В 51,4% случаях проведены радикальные оперативные вмешательства, а в 48,6% наблюдениях – паллиативные, из них в 8,21% случаях стентирование БТ.

Результаты и обсуждение. Точность УЗИ в определении состояния БТ и распространенности опухолевого процесса достигает 80%, а в определении уровня окклюзии БТ – 90%; чувствительность и точность МР-холангиопанкреатографии составили 98,34 и 99,1% соответственно. Чувствительность и точность МСКТ в определении распространенности опухолевого процесса составили – 94,5% и 96,4% соответственно. Синдром «быстрой декомпрессии» БТ отмечен в 23,2% наблюдениях; холангит, ассоциированный с эндобилиарным вмешательством – в 19,7%. Специфические осложнения, связанные с ЧЧХС отмечены у 6,5% пациентов. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения имели место в 15,3% наблюдениях. В ближайшем послеоперационном периоде специфические местные осложнения отмечены у 17,1% пациентов. В послеоперационном периоде прогрессирование печеночной недостаточности отмечено у 2,9% пациентов, а в одном случае наступил летальный исход. В отдаленном послеоперационном периоде стеноз билиодигестивного соустья отмечен в 11,4%, рецидив опухоли – в 28,6% наблюдениях, пятилетняя выживаемость составила 17,0%. Билиарные, геморрагические осложнения и печеночная недостаточность – нередкие явления после радикальных операций по поводу хилярной ХК. В этом плане наши показатели коррелируются с литературными данными.

Заключение. Для уточнения уровня окклюзии БТ и определения распространенности опухолевого процесса наиболее чувствительными являются МР-холангиография и МСКТ с контрастированием сосудистой системы и БТ через холангиостомический катетер. Формирование билиодигестивного соустья на «мигрирующихся» внутрипросветных коротких стентах является наиболее адекватным способом в плане профилактики билиарных осложнений и стеноза соустья.

Ключевые слова: холангиокарцинома, хилярная, рак, воротный рак, печень, желчные путиб УЗИ, МСКТ, МР-холангиопанкреатография, желчные пути, холедох, билиарная система, воротная система, печень, ЧЧХС, стент, билиодигестивный анастомоз, озноб, температура, опухоль, эндобили

---

415. Тактика амбулаторного хирурга при хронической рецидивирующей глубокой пиодермии

Тараско А.Д., Алексеев А.М., Валуйских Ю.В.

Новокузнецк

Новокузнецкий ГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Хроническая рецидивирующая глубокая пиодермия (ХРГП) является групповой разновидностью дерматозов, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, ее придатков, а также подкожной жировой клетчатки. ХРГП относится к реестру кожных болезней и поэтому в хирургическом кабинете лечатся относительно редко. Распространенность ХРГП достоверно не установлена. острые гнойные поражения кожи и ее придатков (фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс) встречаются в практике хирурга часто и трудностей в диагностике и определения лечебной тактики обычно не вызывают. ХРГП встречаются реже. Нередко перед посещением хирургического кабинета больные длительно лечатся у дерматолога. Диагностика ХРГП хирургом проводится по алгоритму острой пиодермии, а лечебная тактика не всегда является оптимальной.

Цель работы: ознакомить хирургов с диагностикой и лечением ХРГП.

Материал и методы. С 2007 по 2022 годы мы наблюдали 34 случая ХРГП (20 мужчин и 14 женщин). Локализация процесса в 9 случаях волосистая честь головы -абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффманна (мужчины), подмышечные ямки и паховые складки – 6 случаев (мужчины), субмаммарные складки-хронические абсцессы молочных желез – 6 случаев (женщины), пахово-бедренно-промежностная область-8 случаев (2 мужчин, 6 женщин), околокопчиковая область-пилонидальные кисты-5 случаев (мужчины). Методы исследования: анамнез жизни, выявление проявлений эндокринопатии (инсулинорезистентность и сахарный диабет, гиперкортицизм), иммуносупрессивная терапия после

трансплантации органов, длительная глюкокортикоидная терапия, анализ клинических наблюдений и лабораторных показателей, исследование микрофлоры отделяемого из свищей и фистул.

Результаты. Поскольку в большинстве случаев перед обращением к хирургу пациенты лечились в кожном кабинете без заметного результата, мы применяем хирургический метод лечения в объеме рассечения полостей и фистул с их санацией (некрэктомия, обработка пульсирующей струей антисептика) или, если очаг не имеет значительных размеров, то его первично-радикально иссекали с наложением первичных или первично-отсроченных швов. Перед хирургическим вмешательством удаляли волосяной покров методом выбривания. Вмешательство проводили под местной инфильтрационной анестезией. Больных с пилонидальными кистами направляли для лечения в кабинет проктолога. Во всех случаях при изолированных процессах мы получили хорошие результаты с заживлением ушитых ран первичным натяжением. Рассеченные полости и фистулы заживали вторичным натяжением, воспалительные явления быстро регрессировали. Хирургический метод сочетали с применением аутовакцинотерапии, антибиотико- и антисептикотерапией, которые играют в лечении подчиненную роль. В двух случаях в течение года пришлось применить иссечение вновь возникших очагов, не дожидаясь перехода процесса в фистулезную фазу. В одном случае при распространенном процессе с поражением подмышечных, пахово-бедренно-промежностных областей и межягодичных складок не удалось добиться радикальной санации и больной направлен для лечения в условиях стационара.

Выводы: 1) При изолированных формах хронической рецидивирующей глубокой пиодермии наиболее эффективным методом лечения является хирургический. 2) При распространенных формах хронической рецидивирующей глубокой пиодермии больных следует для радикальной санации очагов направлять в хирургический стационар.

Ключевые слова: Хроническая рецидивирующая глубокая пиодермия, хирургическое лечение

---

416. Преимущества лапароскопического доступа в хирургическом лечении острого аппендицита

Штофин С.Г., Гатилов А.В., Штофин Г.С., Жуков В.В., Комков Н.А., Бобохидзе Д.Н., Чеканов А.М.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинской университет

Лапароскопические технологии к сожалению не везде могут быть реализованы. По этим соображениям в данном исследовании рассматривается опыт клиники, владеющей этими технологиями и клиники, в которой эти возможности отсутсвуют. В обеих клиниках с 2020 года по 2022 год оперировано 2006 пациентов. В первой клинике 840, во второй – 1166. Последовательно в 2020-2021-2022 годах лапароскопическим доступом в первой клинике оперированы 95,5% – 96,2% – 99,6% пациентов. Катаральные формы выявлены у 1 пациента (0,39%) – 1(0,36%) – 1(0,31%). Деструктивные формы отмечены 99,6% – 99,2% -99,6%. Среднее время пребывания пациентов составило 4,8 – 4,7 – 4,6 дней. Летальных исходов не отмечено. Осложнений 5 (1,6%). Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась лигатурным способом. Во второй клинике, не имеющей возможности оперировать лапароскопически, оперированы открытым доступом 363 – 382 – 421 пациент. Летальных исходов не было. Осложнения отмечены у 3 (0,2%). Катаральные формы при этом отмечены, соответственно у 10 (2,7%) – 11 (2,8%) – 12(2,8%), то есть в 7 раз больше, чем при лапароскопическом доступе. Среднее время пребывания составило 6,5 -6,3 – 6,3 дня. Таким образом, опыт применения лапароскопического доступа позволяет достоверно верифицировать катаральную форму воспаления червеобразного отростка и избежать таким образом напрасных аппендэктомий. Снижение срока пребывания пациентов соответствует условиям «fast track». Метод лигатурной аппендэктомии не обозначил себя осложнениями. Опыт клиники еще раз подтверждает необходимость более широкого использования лапароскопического доступа в хирургическом лечении острого аппендицита.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопия

---

417. Использование малоинвазивных технологий в диагностике и лечение неотложных состояний в онкологии

Черкасов М.Ф., Пономарев А.В., Турбин М.В., Старцев Ю.М., Бондаренко В.А., Бондаренко И.В.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Актуальность исследования. Ургентные состояния в онкологии включают в себя несколько клинических состояний, которые могут быть результатом декомпенсации сопутствующей патологии, осложнением диагностических или лечебных процедур, следствием прогрессирования опухолевого процесса. Неотложные состояния в онкологии можно охарактеризовать как клинически значимые события, возникающие на фоне течения опухолевого процесса и требующие отдельного алгоритма коррекции, который зачастую может быть не связан с противоопухолевым воздействием.

Цель исследования: показать возможности малоинвазивных технологий в диагностике и лечение неотложных состояний в онкологии.

Материалы и методы. В данном исследовании рассматривались группы онкологических больных со следующими осложнениями (n=211): 1. Кровотечения из опухолей желудка, толстой кишки. 2. Механические желтухи. 3. Толстокишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. В хирургическом отделении МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону» в 2022 г. пролечено 68 больных с кровотечениями из желудочно-кишечного тракта опухолевого генеза, из них 78% больных составили кровотечения из опухолей желудка, 22% представлены кровотечениями из опухолей толстой кишки. ЭФГДС (колоноскопия), биопсия образования выполнялась всем больным при поступлении. Остановка кровотечения проводилась с использованием электрокоагуляции, аргоноплазменной коагуляции, рентгенэндоваскулярной эмболизации ветвей правой желудочной артерии при кровотечении из опухолей желудка. Во всех случаях был достигнут эндоскопический гемостаз. В 33% проводились повторная ЭФГДС, аргоноплазменная коагуляция с целью профилактики рецидива кровотечения. Два пациента из исследуемой группы умерли в связи с развитием полиорганной недостаточности вследствие запущенного онкологического процесса. Рецидивов кровотечений не наблюдалось. В 2022 году также получили лечение 138 больных с механической желтухой опухолевого генеза: ? опухоли головки поджелудочной железы – 79 больных (57%); ? опухоли гепатикохоледоха – 35 (26%); ? сдавление холедоха метастазами лимфатических узлов в области ворот печени – 24 (18%). Диагноз устанавливался на основании данныхУЗИ, МРТ. Пациентам с данной патологией выполнены: чрескожная чреспеченочные холангиостомия (69%), чрескожная чреспеченочная холецистостомия (22%), в 9% произведено эндоскопическое стентирование (установка холедоходуоденального стента). Осложнений при выполнении данных вмешательств не наблюдалось, 5 пациентов умерло от развития полиорганной недостаточности на фоне запущенного онкологического процесса. В 2022 году в хирургическом отделении пролечено 5 больных с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью, во всех случаях выполнена диагностическая лапароскопия, выявившая опухоль толстой кишки с острой кишечной непроходимостью, через минилапаротомный доступ выполнена лапароскопически ассистированная колостомия. В послеоперационном периоде в данной группе больных осложнений не наблюдалось.

Выводы и рекомендации. 1 Малоинвазивные технологии позволяют улучшить диагностику неотложных состояний в онкологической группе больных, а также в большинстве случаев ликвидировать их, снизить летальность в исследуемой группе. 2 Следует шире применять лапароскопические операции у больных с острой опухолевой кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: неотложная онкология, толстокишечная непроходимость, механическая желтуха, кровотечение ЖКТ

---

418. Опыт лечения больных с острой неопухолевой тонкокишечной непроходимостью

Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Бондаренко В.А., Наматян А.Б.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Актуальность исследования. Пациенты с острой тонкокишечной непроходимостью неопухолевого генеза составляют более 50% среди всех больных острой кишечной непроходимостью, поступающих в хирургические стационары. Однако до настоящего времени малоинвазивные методы лечения данной группы пациентов не получили широкого внедрения в практическое здравоохранение.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острой неопухолевой тонкокишечной непроходимостью (ОНТН).

Материалы и методы. В хирургическом отделении МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону» за последние 3 года (с 2020 по 2022 гг.) пролечено 558 больных с неопухолевой тонкокишечной непроходимостью, из них мужчин – 54%, женщин – 46% в возрасте от 19 до 87 лет, оперировано 344 больных (62%), у 214 (38%) применялось консервативное

лечение. В структура исследуемой группы преобладали больные острой спаечной тонкокишечной непроходимостью – 468 (84%), заворотом – 33 (6%), воспалительными заболеваниями (болезнь Крона, дивертикулит Меккеля и др.) – 17 (3%), обструкцией тонкой кишки пищевым комком (безоаром) – 7 (1,3%), обструкцией тонкой кишки желчным камнем – 11 (2%), прочие причины установлены у 22 больных (3,7%).

Результаты и обсуждение. Неотложные лапароскопические вмешательства были выполнены в 141 случае. Лапароскопический доступ избирался в следующих случаях: первый эпизод тонкокишечной непроходимости, небольшой срок от начала заболевания, клиника острой тонкокишечной непроходимости при отсутствии рентгенологического подтверждения после хирургического вмешательства на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Основными причинами для отказа от применения лапароскопических вмешательств являлись: множественные послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке, перитонит, тяжелая кардиальная патология, выраженное расширение (более 4 см) петель тонкой кишки на всем протяжении, воспалительные конгломераты петель тонкой кишки. Конверсия потребовалась у 71 больного (50%) в связи с выявленными резко раздутыми петлями кишечника, невозможностью выполнить полноценную ревизию органов брюшной полости, массивным конгломератом петель, деструктивными изменениями стенки кишки, перитонитом, обнаружением злокачественной опухоли. ОНТН устранена лапароскопическим методом у 70 больных, среди которых у 38 выполнено рассечение штранга (55%), у 14 разделены петли тонкой кишки (20%), у 7 произведена ликвидация узлообразования (10%), у 3 – лапароскопическая резекция дивертикула Меккеля (4%), у 8 – устранение заворота (11%). У 18 пациентов при видеолапароскопии выявлена обструкция тонкой кишки безоаром. желчным камнем, выполнялась минилапаротомия в проекции уровня непроходимости (разрез до 4–5 см), через который в рану выводилась петля кишки, выполнялась энтеротомия, устранялась причина. Из лапаротомного доступа выполнено устранение кишечной непроходимости в 274 наблюдениях (у 203 больных операция изначально производилась из лапаротомного доступа, у 71 лапаротомия выполнялась после видеолапароскопии): у 123 больных произведено разделение петель тонкой кишки (45%); у 59 – рассечение штранга (21.5%), у 36 – резекция тонкой кишки с наложением анастомоза (13%), у 25 – устранение заворота (9.1%), у 4 – резекция тонкой кишки с энтеростомией (при распространенном перитоните и высокой резекции тонкой кишки) (1,5%).

Выводы и рекомендации. Видеолапароскопия является дополнительным методом диагностики ОНТН, а также в определенных случаях разрешить непроходимость. Более чем у трети пациентов частичная тонкокишечной непроходимость разрешилась применением консервативных мероприятий. В группе оперированных больных 20% вмешательств проведено видеолапароскопически. Внедрение лапароскопического лечения больных с острой неопухолевой тонкокишечной непроходимостью позволило сократить общую летальность с 8,2% до 4,4%. Требуется дальнейшее совершенствование видеоэндоскопических методик с целью их более широкого внедрения в хирургическую практику лечения больных острой кишечной непроходимостью.

Ключевые слова: неотложная хирургия, кишечная непроходимость, острая неопухолевая тонкокишечная непроходимость, видеоэндохирургия

---

419. Рабочая нагрузка хирурга в ходе робот-ассистированной и стандартной лапароскопической гепатикоеюностомии

Тимербулатов М.В. (1), Гришина Е.Е. (1), Азиев М.М. (3), Зиганшин Т.М. (2)

Уфа

1) ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный медицинский университет»
2) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21, г. Уфа
3) ГКБ №1 им Н.И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. После ятрогенной травмы желчных протоков в ходе лапароскопической холецистэктомии операцией выбора является гепатикоеюностомия на петле по Ру. Такие пациенты особенно нуждаются в преимуществах миниинвазивных технологий перед традиционными открытыми вмешательствами, потому что реконструктивная операция является повторной, чаще всего на фоне острого воспалительного процесса в брюшной полости, и не факт, что не потребуется последующих. Возможность лапароскопической гепатикоеюностомии является предметом оживленных дискуссий в настоящее время. Действительно, применение лапароскопической методики оперативного лечения значительно улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде, но не хирургов, 87% которых страдают от непосредственно связанных с работой заболеваний и травм. Таким образом, представляется актуальным при выборе метода операции фокусироваться не только на преимуществах для пациента, но и на сохранении физического и психического благополучия оперирующего хирурга. Робот-ассистированные лапароскопические операции после 4-х часовой продолжительности работы вызывает значительно более низкое восприятие физической нагрузки хирургом по сравнению с лапароскопическими операциями не зависимо от сложности проводимых манипуляций.

Цель исследования. Представить результаты лапароскопической и робот-ассистированной лапароскопической гепатикоеюностомии в сравнительном аспекте в том числе в плане рабочей нагрузки хирурга. Лапароскопическая робот-ассистированная гепатикоеюностомия на петле по Ру с использованием хирургической системы da Vinci Si выполнена у 3 пациентов на базе клиники БГМУ г. Уфа с 2015 по 2022 гг и лапароскопическая гепатикоеюностомии на петле по Ру у 7 пациентов на базе ГБУЗ РБ ГКБ №21 с 2010 по 2023 гг. У всех пациентов операция выполнена по поводу ятрогенной травмы желчных протоков в ходе лапароскопической холецистэктомии. Определение типа повреждения проводилось согласно классификации S.Strasberg.

Материалы и методы. Для оценки эмоционального и физического состояния хирурга после операции по наложению гепатикоеюноанастомоза, разработанный в США для исследования рабочей нагрузки на космонавтов («Индекс рабочей нагрузки Национального управления по аэронавтике и исследованию космического пространства»). Суть которого заключается в оценке эмоционального состояния, физической усталости, самооценки, фрустрации, чувства проведенного в операционной времени с помощью шкалы от 0 до 100. Опросник заполнял один и тот же хирург экспертного уровня подготовки, имеющий достаточный опыт выполнения роботических операций и имеющий соответствующее обучение, сразу же после завершения лапароскопической гепатикоеюностомии и робот-ассистированной лапароскопической гепатикоеюностомии, не выходя из операционной. Сравнение качественных показателей пациентов в группах проводилось с помощью теста Фишера, количественные показатели сравнивались при помощи теста Манна-Уитни. Обработка данных произведена с использованием программы Stat Soft Statistica 24,0.

Результаты. Пациенты в группе стандартной лапароскопической гепатикоеюностомии и робот-ассистированной гепатикоеюностомии не отличались по возрасту, наличию сопутствующих заболеваний, типу повреждения желчных протоков, степени тяжести воспалительного процесса в брюшной полости на момент лапароскопической холецистэктомии, а также по наличию таких симптомов как желтуха и холангит ко времени реконструктивной операции. Наиболее распространенным вариантом повреждения был тип E3 по классификации S.Strasberg, при котором общий печеночный проток полностью пересекался на уровне слияния правого и левого печеночного протоков. Время операции не отличалось существенно в обеих группах и составляло более 4-х часов. У большинства пациентов 7 (70%) имело место подтекание желчи из зоны анастомоза в течение 3-5 суток послеоперационного периода, что вероятно связано с послеоперационным парезом кишечника. Структура анастомоза развилась в среднем через 5 месяцев после операции у 2 пациентов (20%) в группе стандартной лапароскопической холецистэктомии. Рабочая нагрузка хирурга оказалась статистически значимо выше в группе стандартной лапароскопической холецистэктомии в основном за счет эмоционального состояния, физической усталость, временного ощущения.

Обсуждение. Мало кто говорит о том, что хирурги ежедневно сталкиваются с опасными условиями труда, и по данным одного из современных исследований до 80% врачей хирургической специальности, попавших под наблюдение, скончались от болезней, связанных с работой, в большинстве случаев из-за длительных вынужденных статических нагрузок во время выполнения оперативных вмешательств. В то время как основное внимание во время операции уделяется пациенту и качеству проведения процедуры, никто не обращает внимания на правильность осанки хирурга, стабильность его позвоночника и время вынужденного статического положения. Качество жизни пациентов после лапароскопических операций действительно существенно выше по сравнению с традиционными лапаротомными вмешательствами. Но если длительность оперативного пособия превышает 3 – 4 часа, стоит задуматься о здоровье хирурга после подобной регулярной статической и физической нагрузки. В мировой литературе преимущество робот-ассистированной лапароскопической гепатикоеюностомии над стандартной лапароскопической гепатикоеюностомией для пациентов пока не доказано, но если представляется возможным сохранить психическое и физическое здоровье оперирующего хирурга, то актуальным является дальнейшее накопление опыта робот-ассистированных операций на желчных протоках. Положение сидя, поддержка головы и рук консолью хирурга, эргономически лучшая осанка при роботизированной хирургии могут значительно облегчить выполнение длительной кропотливой работы над гепатикоеюноанастомозом, учитывая малый диаметр желчных протоков и труднодоступность их локализации.

Выводы: Лапароскопическая робот-ассистированная гепатикоеюностомия является безопасной и эффективной операцией при ятрогенной травме внепеченочных желчных протоков, значительно снижающая рабочую нагрузку хирурга. Требуется большее количество наблюдений для исследования ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рабочая нагрузка хирурга, здоровье хирурга, робот-ассистированная гепатикоеюностомия, лапароскопическая гепатикоеюностомия, ятрогенная травма холедоха

420. Нейротрофические язвы нижних конечностей с позиции микротканевого окружения

Глухов А.А., Аралова М.В., Шишкина В.В.

Воронеж

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

В настоящее время благодаря современным технологиям проведения молекулярно-морфологических исследований появляются принципиально новые данные о процессах, лежащих в основе формирования как адаптивных изменений, так и патологических состояний тканей. С этих позиций обращает на себя внимание высокая биологическая активность многочисленных компонентов секретома тучных клеток. Известно селективное влияние протеаз тучных клеток на главные патогенетические звенья реализации острого и хронического воспаления. В связи с этим, изучение молекулярно-морфологических особенностей тучных клеток в коже, имеющей трофические нарушения, представляется перспективным для понимания мишеней терапии трофических язв.

Цель: оценить морфо-функциональные характеристики тучных клеток в специфическом тканевом микроокружении кожи нейротрофических язв нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты с длительно незаживающими ранами, возникшими на фоне нарушения нервной трофики. Диагноз «нейротрофическая язва» ставился на основании данных анамнеза (травма позвоночника, ранения нервов и т.п.), результатов неврологического обследования, электромиографии. Проведен морфологический анализ биопсийного материала, полученного при некрэктомии нейротрофических язв нижних конечностей у 18 больных. Объектом изучения явились тучные клетки. Полученные результаты сравнивались с гистологическими образцами нормальной кожи нижних конечностей, количество образцов – 21. Образцы ткани подвергались стандартной процедуре пробоподготовки с изготовлением парафиновых срезов, окрашиванием толуидиновым синим, для иммуногистохимического исследования использовали первичные мышиные антитела Anti-Mast Cell Tryptase antibody (клон AA1, #ab2378, разведение 1:2000); моноклональные мышиные антитела Anti-Mast Cell Chymase antibody (клон CC1, #ab2377, 1:1000); козьи антимышиные антитела #AS-M1-HRP, визуализация последних проводилась реагентом ImmPACTTM DAB Peroxidase Substrat Kit (#SK-4105), ядра докрашивались гематоксилином Майера. Срезы кожи изучали на микроскопе ZEISS Axio Imager.A2 с системой документирования изображений и обрабатывали с помощью программы ZEN 2.3 (Carl Zeiss, Germany). Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В образцах кожи краев нейротрофических язв по сравнению с нормальной кожей обнаружено резкое возрастание объема популяции тучных клеток – 32,7±5,3 химаза-позитивных и 27,04±3,4 триптаза-положительных на 1 мм2 кожи. В нормальной коже нижних конечностей отмечено 10,9±6,6 химаза-позитивных и 14,09±4,2 триптаза-положительных тучных клеток. Также в нейротрофических язвах тучные клетки имели крупные размеры и выраженный полиморфизм, обильно инфильтрировали соединительную ткань дермы. Более того, триптаза-позитивные тучные клетки обнаруживались в эпидермальном пласте, локализуясь в межклеточном пространстве, между недифференцированными клетками базального слоя эпидермиса, что не наблюдалось в группе контроля, также возрастала частота их прилежания к базальной мембране. Обнаружена интенсивная секреция протеаз, активная дегрануляция триптазы и химазы тучными клетками, что приводит к разобщению клеток шиповатого слоя друг от друга, уменьшая барьерную функцию эпителиального пласта. Нехарактерные для нормальной кожи расположение и активность тучных клеток могут объяснить специфический вид нейротрофических язв, для которых характерны плотные фибриновые наложения, вялые грануляции, плотный кожный валик с явлениями выраженного гиперкератоза, эпителизация, как правило, протекает по дистрофическому типу, без замещения дефекта тканей в зоне нарушенной иннервации.

Вывод. Полученные данные не только объясняют формирование клинических характеристик раневого процесса нейротрофических язв активным участием протеаз тучных клеток, но и предоставляют вероятные мишени для повышения эффективности местного и общего лечения.

Ключевые слова: нейротрофические язвы нижних конечностей, тучные клетки.

---

421. Малоинвазивные технологии в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы: лапароскопическая или робот-ассистированная операция

Шабунин А.В., Бедин В.В., Багателия З.А., Гугнин А.В., Петришин М.В.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Актуальность: Малоинвазивные оперативные вмешательства как способ лечения симптомных грыж пищеводного отверстия диафрагмы уже в течение нескольких десятков лет являются приоритетными в сравнении с открытым доступом. Лапароскопическая фундопликация считается «золотым стандартом» антирефлюксной тера-

пии. Робот-ассистированная хирургия в настоящее время выступает как перспективная альтернатива, однако вопрос о явных преимуществах того или другого метода оперативного лечения остается обсуждаемым.

Материалы и методы: Группу клинического исследования составили 122 пациента, оперированных по поводу симптомной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина в период с 2018 по 2022 годы. Из них в соответствии с классификацией SAGES хиатальная грыжа 2 типа наблюдалась у 11 пациентов (9,0%), 3 типа – у 75 больных (61,5%), 4 типа – 36 пациентов (29,5%). Лапароскопическая фундопликация была выполнена в 57 случаях (46,7%), робот-ассистированная фундопликация – 65 случаев (53,3%). Полученные результаты: Среди больных ГПОД 2 типа лапароскопическая операция выполнена 9 пациентам (81,8%), 2 пациентам (18,2%) – робот-ассистированная фундопликация. ГПОД 3 типа лапароскопически оперировано 38 больных (50,6%), робот-асисстированно – 37 пациентов (49,4%). В группе пациентов с ГПОД 4 типа лапароскопическая фундопликация выполнена в 10 случаях (27,7%), робот-ассистированная – в 26 (72,3%). Время операции в группе с лапароскопическим методом лечения составило – 92,4 ± 18,9 мин, в группе с робот-асисстированным вмешательством – 146 ± 22,2 мин. Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo более 2 степени не наблюдались во всех группах. Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отмечен в 1 случае (0,8%) после лапароскопической фундопликации.

Обсуждение: Лапароскопический и робот-ассистированный метод лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы сопоставимы по основным клиническим результатам. Робот-ассистированная операция продемонстрировала сравнительно меньшее количество технических трудностей в хирургии хиатальных грыж 4 типа, в виду необходимости прецизионной работы в отдаленном от брюшной полости пространстве заднего средостения, однако клинический эффект лапароскопической операции не был различным.

Выводы и рекомендации: В этой связи рассматривается более широкое внедрение лапароскопических и робот-ассистированных технологий в лечении симптомных ГПОД, что позволяет добиться более быстрой реабилитации со снижением процента послеоперационных осложнений, и в связи с этим, более ранней выписки больных.

Ключевые слова: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, робот, лапароскопия, крурорафия, фундопликация

---

422. Возможности ультразвукового исследования легких в диагностике легочных деструкций

Корнеева С.А, Хамидова Л.Т, Абучина В.М, Золотарев Д.В, Черноусов Ф.А, Котанджян В.Г, Скоробогач И.М.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им Н.В Склифосовского ДЗМ

Актуальность: основным методом диагностики абсцессов легких различного генеза является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) груди. Тяжелое состояние пациентов не позволяет частое проведение МСКТ груди, в виду крайне высокого риска ухудшения состояния, особенно у реанимационных больных, находящихся на ИВЛ. Обзорная рентгенография легких, в данных случаях, не всегда является информативной. Вышесказанное требует поиска альтернативных методов диагностики и динамического контроля лечения легочных деструкций.

Цель: оценить возможности ультразвукового метода исследования легких в диагностике и динамическом контроле эффективности лечения легочных деструкций.

Материал и методы: проведен сравнительный анализ результатов МСКТ и ультразвукового исследования (УЗИ) легких у 5 пациентов с абсцессами легких различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Средний возраст больных составил 66 лет, мужчин было 2, женщин – 3. УЗИ легких выполняли на сканере LOGIQ E (GE, USA) конвексным датчиком с частотой сканирования 3,5-5МГц и линейным датчиком с частотой сканирования 7-10 МГц в положении больного лежа и сидя по стандартной методике. При исследовании оценивали размеры полости деструкции, толщину стенок полости, наличие содержимого. Для оценки эффективности лечения УЗИ легких проводили при поступлении и в динамике каждые 3-5 суток, МСКТ каждые 7-10 суток. Лечение абсцессов легких включало применение неинвазивных (постуральный дренаж, ингаляции с муко-, бронхолитиками, дыхательная гимнастика) и инвазивных (санационные ФБС, стентирование дренирующего бронха, трансторакальное дренирование) методов в зависимости от показаний.

Результаты: у 2 пациентов полость деструкции локализовалась справа в центральной зоне, верхней доле по лопаточной линии на уровне 5-6 межреберий, у 3-х пациентов справа и слева в плащевых зонах в верхних долях по средней подмышечной линии на уровне 4 – 5 межреберий. Во всех случаях полость деструкций содержала жидкостной компонент. При УЗИ легких удалось визуализировать полость распада в легком, оценить размеры, измерить толщину пиогенной капсулы (стенки абсцесса) и содержимое. При УЗИ абсцесс легкого у этих пациентов визуализировался как: отграниченное неоднородное скопление с четкими, неровными контурами, с включе-

ниями средней и пониженной эхогенности. Размеры полостей распада составляли от 3,5 до 7,0 см в диаметре при постановке датчика в продольной и поперечной плоскости сканирования, а толщина стенок полости от 0,5 до 0,8 см. Указанные размеры существенно не отличались от таковых при МСКТ: диаметр полостей абсцессов составлял от 3,6 до 7,4 см, толщина стенок от 0,33 до 0,56 см. Оценить точный объем жидкости в полости распада, в отличие от МСКТ, не представлялось возможным.

Выводы: Ультразвуковой метод исследования абсцессов легких показывает сравнимые с МСКТ результаты в определении размеров, толщены стенки и наличия патологического содержимого в полости абсцесса у тяжелых реанимационных пациентов, которым проведение стандартных лучевых методов диагностики затруднено или неинформативно.

Ключевые слова: УЗИ легких, УЗИ плевральных полостей, абсцесс легкого

---

423. Открытые и лапароскопические резекции печени при внутрипеченочном холангиоцеллюлярном раке. Анализ ближайших результатов и выживаемости

Брицкая Н.Н., Алиханов Р.Б., Королева А.А., Ванькович А.Н., Цвиркун В.В., Фисенко Д.В., Ефанов М.Г.

Москва

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы. Директор – чл.-корр. РАН Хатьков И.Е.

Актуальность: открытая резекция печени (ОРП) является стандартным и наиболее эффективным методом лечения внутрипеченочного холангиоцеллюлярного рака (ВПХЦР). Накапливается опыт применения лапароскопических резекций печени (ЛРП), тем не менее, значительно уступающий по степени реализации этой технологии в лечении метастатического колоректального рака и гепатоцеллюлярного рака.

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты ЛРП и ОРП у больных ВПХЦР.

Материалы и методы: в исследование включены 54 больных, перенесшие резекцию печени по поводу ВПХЦР. ЛРП выполнены у 17 пациентов (31%). Изучены ближайшие и отдаленные результаты, а также влияние различных факторов на выживаемость с использованием многофакторного регрессионного анализа Кокса.

Результаты и их обсуждение: длительность операции была достоверно меньше после ЛРП по сравнению с ОРП: 389±129 vs 506±138 мин., соответственно (p=0,005). Кровопотеря после ЛРП и ОРП составила 397±539 vs 1000±1516 мл (p=0,001). Длительность послеоперационного стационарного лечения составила 10±5 vs 19±13 к/д после ЛРП и ОРП, соответственно (p=0,002). Факторами, достоверно влияющими на выживаемость оказались уровень СА 19-9, дифференцировка опухоли, R-статус и наличие тяжелых осложнений послеоперационного периода. Отмечались достоверные отличия по частоте развития тяжелых осложнений в группе открытых и в группе лапароскопических резекций печени: 58% и 23% (p=0,015), соответственно. Летальность составила 0 и 6%, соответственно (p=0,321). Общая 5-летняя выживаемость после резекций печени составила 51% и 32% в группах ЛРП и ОРП, соответственно (p=0,118).

Выводы. ЛРП при условии селективного применения обеспечивают лучшие ближайшие и сопоставимые отдаленные результаты по сравнению с ОРП.

Ключевые слова: внутрипеченочный холангиоцеллюлярный рак, лапароскопические резекции печени

---

424. Мультидисциплинарный подход к хирургическому лечению пациентов свнутрилегочным АКТГ эктопическим синдромом

Пикунов М.Ю., Данилов И.И., Белая Ж.Е.

Москва

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

Заболеваемость эндогенным гиперкортицизмом по мировым данным довольна низкая и составляет 13 случаев на млн в год. Приблизительно у 70% пациентов диагностируют болезнь Иценко – Кушинга (опухоль гипофиза синтезирующая АКТГ), у 15% синдром Иценко – Кушинга (опухоль надпочечника синтезирующая кортизол), и еще около 15% приходится на АКТГ эктопированный синдром, который чаще встречается у мужчин, в связи с большей частотой развития опухолей легких у мужчин. Такая низкая частота развития эндогенного гиперкортицизма, определяет низкую информированность врачей об особенностях периоперационного ведения данной категории пациентов. Это обстоятельство диктует необходимость мультидисциплинарного, а иногда, и мультицентрового подхода при работе с данной группой больных. Команда из эндокринолога, хирурга и анестезиолога- реаниматолога должна обеспечивать согласованное лечение на всех периоперационных этапах2, особенно у пациентов с АКТГ-эктопией при открытой или видеоторакоскопи-

ческой резекции легкого. Периоперационное ведение должно быть сформировано с учётом основных нарушений, которые могут привести к осложнению хирургического лечения: гиперкоагуляции, кардиореспираторных, метаболических, водно-электролитных нарушений, АГ, остепени, иммуносуппресия. Важной частью предоперационной подготовки таких больных считают назначение ингибиторов стероидогенеза3, коррекцию АГ, гипокалиемии и метаболического алкалоза, гипергликемии (цель 6-10 ммоль/л), профилактику ТГВН (компрессионные чулки, НМГ). В НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского пролечено 68 пациентов с АКТГ- эктопическим синдромом. В интраоперационном периоде хирург и анестезиолог должны использовать подходы, позволяющие максимально рано вернуть пациента, с высоким риском различных осложнений, к физиологическому состоянию. К таким подходам относят миниинвазивную хирургию, рациональное обезболивание, инфузионную терапию, стратегию «протективной» вентиляции лёгких, немедленную экстубацию и тд. Важной особенностью интраоперационного ведения считают необходимость интраоперационной заместительной терапии глюкокортикоидами, высокую чувствительность этих пациентов к миорелаксантам, что требует снижения их доз, высокий риск «трудных» дыхательных путей, «полного» живота, выраженные дыхательные нарушения, из-за остеопении необходима тщательная укладка пациентов, замены метода анальгезии (с эпидуральной на паравертебральную в следствии остеопароза позвонков) и тд. Послеоперационное ведение должно быть направленно на раннюю мобилизацию (минимальное время стояние плеврального дренажа, регионарное обезболивание, раннее питание), что позволяет сократить частоту развития дыхательных и тромбоэмболических осложнений. В послеоперационном периоде необходимо тщательно пересмотреть необходимость приема привычной для пациента антигипертензивной, сахароснижающей терапии, и вовремя корректировать явления надпочечниковой недостаточности. Больной должен обязательно находиться под наблюдением эндокринолога.

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли, карциноид легкого, АКТГ-эктопический синдром, эндогенный гиперкортицизм

---

425. Ближайшие и отдалённые результаты открытых и лапароскопических резекций печени при мультифокальном внутрипеченочном холангиоцеллюлярном раке

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Брицкая Н.Н., Королева А.А., Ванькович А.Н.

Москва

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы. Директор – чл.-корр. РАН Хатьков И.Е.

Актуальность: внутрипеченочный холангиоцеллюлярный рак является вторым по распространенности злокачественным новообразованием печени, заболеваемость которым продолжает неуклонно расти. Мультифокальное поражение наблюдается более чем у трети больных. Развитие минимально инвазивных технологий позволяет рассчитывать на возможность их применения без потери онкологической радикальности у больных с мультифокальными формами опухоли.

Цель: анализ результатов хирургического лечения больных с мультифокальной внутрипеченочной холангиокарциномой.

Материалы и методы: с января 2015 года по декабрь 2020 года резекции печени выполнены 54 пациентам, из них 31 (74%) по поводу мультифокального поражения печени. Лапароскопические резекции печени (ЛРП) и открытые резекции печени (ОРП) выполнены у 9 (29%) и 22 (72%) пациентов, соответственно. К тяжелым послеоперационным осложнениям относили степени >II по Claven-Dindo.

Результаты и их обсуждение: Численность множественных очагов колебалась от 2 до 8, размеры составили от 16 мм до 240 мм. Чаще встречалась 3-я стадия заболевания (TNM). Механическая желтуха до операции имела место у 19% пациентов. В группах ЛРП и ОРП операции в среднем длились 445±139 и 516±139 мин (p=0,198), соответственно. Кровопотеря составила 544±690 мл и 1155±1806 мл (p=0.039). Частота тяжелых осложнений достигала 33% и 55% (p=0,279). Летальных исходов не было. Продолжительность стационарного лечения составила от 10±5 и 19±12 дней (p=0.041). Общая 4-летняя выживаемость составила 55% и 35% в группах ЛРП и ОРП, соответственно (p=0,677).

Выводы. Радикальные резекции у пациентов с мультифокальной внутрипеченочной холангиокарциномой обеспечивают приемлемую выживаемость. У селективных пациентов возможно выполнение лапароскопических резекций с лучшими непосредственными результатами без ухудшения выживаемости (с тенденцией к лучшей выживаемости за счет селекции).

Ключевые слова: внутрипеченочный холангиоцеллюлярный рак, резекции печени

---

426. К вопросу о причинах анастомозита после одноэтапной резекции ободочной кишки, пораженной острым неосложненным дивертикулитом

Матийцив А.Б.

Донецк

ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО»

В последние годы в популяции отмечается рост заболеваемости дивертикулярной болезнью, что обусловлено изменениями образа жизни человека, экологии, структуры питания и глобального старения. Комплексная терапия неосложненного острого дивертикулита (ОД) левой половины ободочной кишки не всегда позволяет достичь полной ремиссии, у каждого третьего длительно сохраняются абдоминальные симптомы, а у 13-23% наступает рецидив. В настоящее время продолжается дискуссия о показаниях к плановому оперативному пособию, причем последние индивидуальны, зависят от тяжести, частоты рецидивов, стойкой симптоматики и иммунного статуса.

Цель: уточнить причины развития анастомозита после одноэтапной резекции левой половины ободочной кишки, пораженной неосложненным дивертикулитом.

Материалы и методы. Повторно изучены морфологические изменения в удаленном участке ободочной кишки, пораженной дивертикулезом (13 препаратов). Критериями включения в исследование явились клинические признаки анастомозита в раннем послеоперационном периоде у больных после плановых оперативных вмешательств по поводу неосложненной формы ОД левой половины ободочной кишки.

Результаты и их обсуждения. Повторная морфологическая оценка дистального и проксимального участков удаленного парадивертикулярного сегмента свидетельствовала о наличии умеренной выраженной лимфогистиоцитарной инфильтрации собственной пластинки, полнокровии сосудов и отеки подслизистого слоя. Вышеописанные изменения в стенке кишки сопровождались умеренной атрофией крипт и бокаловидных клеток вплоть до развития локального некроза с исходом в склероз. Следует отметить, что отек собственной пластинки сопровождался резким расширением лимфатических сосудов и гипертрофией мышечного слоя, что свидетельствовало о хроническом воспалении в парадивертикулярном сегменте. Описанные нами морфологические изменения в парадивертикулярном сегменте ободочной кишки свидетельствуют о нарушении микроциркуляции между кровью, лимфой и межклеточным пространством в стенке последней. Рядом исследований установлено, что отдаленный период после резекции пораженного дивертикулами участка ободочной кишки осложняется сужением зоны анастомоза, а факторами риска развития последнего являются: возраст >71 года, женский пол и формирование анастомоза на уровне ниже 12 см от анального края. Следует отметить, что независимо от показаний и используемой техники (открытой, лапароскопической или роботизированной) при выполнении плановой резекции сигмовидной кишки по поводу дивертикулита требуется полное удаление парадивертикулярного сегмента (проксимальная и дистальная зоны формирования анастомоза должны быть без явлений воспаления).

Выводы. Результаты проведенных исследований позволяют предположить, что воспалительные изменения в парадивертикулярном сегменте являются одной из причин возникновения анастомозита у данной группы больных. Полученные результаты могут быть использованы при выборе границы удаляемого сегмента ободочной кишки, пораженной дивертикулезом.

Ключевые слова: Анастомозит, парадивертикулярный сегмент, морфология.

---

427. Хирургическое лечение осложненных форм псевдомембранозного колита

Жариков А.Н., Алиев А.Р.

Барнаул

АГМУ

Введение. Коронавирусная эпидемия COVID-19 внесла свою лепту в увеличение количества больных с агрессивными гастроэнтерологическими заболеваниями. К одному из них относится псевдомембранозный колит (ПМК). В определенной степени это связано ассоциированной антибиотикотерапией, являющейся неотъемлемой частью его базисного лечения. Определение показаний к хирургическому лечению пациентам в связи с неэффективностью медикаментозного лечения ПМК представляет собой существенную проблему ввиду неясности, когда и кому показано оперативное лечение и каков его объём. При тотальном поражении ободочной кишки признанным объемом хирургического лечения является колэктомия с выведением концевой илеостомы. Однако показатели летальности при данной операции высоки и достигают 50-80%

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности хирургического лечения 10 пациентов, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии в 2021-2022 годы в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с осложненными формами псевдомембранозного колита виде токсической дилатации с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности. Наряду с лабораторной диагностикой, для подтверждения диагноза ПМК выполнялась колоно-

скопия, при которой были отмечены фибринозные наложения в виде псевдомембран инфильтрация кишечной и стенки. У 7 больных с тяжелым течением ПМК характер экстренных операций включал органосохраняющие технологии: из них у 4 была наложена петлевая илеостома с заведением антеградно через отводящую петлю дренажа в отключенную ободочную кишку, через который в послеоперационном периоде проводился лаваж раствора ванкомицина 500 мг х 4 раза в сутки. У 3 больных была использована петлевая илеостомия в сочетании петлевой сигмостомой и заведением дренажа ретроградно для орошения ободочной кишки также раствором ванкомицина 500 мг х 4 раза в сутки. У 3 пациентов при осложненном течении ПМК выполнена субтотальная колэктомия с выведением терминальной илеостомы.

Результаты и обсуждение. Из 6 больных с тяжелым ПМК, оперированных с использованием органосохраняющих технологий (илеостома, смигмостома) с сохранением ободочной кишки умерло 2, летальность составила 33%. Из 3 больных с радикальными операциями с удалением ободочной кишки (субтотальная колэктомия) умерло 2 пациентов, что составило наибольшую летальность – 66,7%. Общая летальность составила 4 больных. (40%). У всех пациентов, оперированных по поводу ПМК, смерть наступила в результате прогрессирования полиорганной недостаточности.

Заключение: Для снижения летальности при использовании расширенных операций у больных с тяжелыми формами ПМК (колэктомия, субтотальная колэктомия) в качестве альтернативы стоит рассмотреть хирургическое лечение с сохранением толстой кишки путем формирования превентивных илеостомы, и в ряде случаев колостомы с последующим проведением лекарственного лаважа ванкомицином. Эффективность лечения может достигаться меньшей хирургической агрессией за счет отключения ободочной кишки от фекального пассажа, восстановления кишечного биоценоза.

Ключевые слова: псевдомембранозный колит, субтотальная колэктомия, илеостома, сигмостома

---

428. Новая методика аллопластики вентральных грыж срединной локализации

Коробка В.Л. (1,2), Даблиз Р.О. (2),
Коробка Р.В. (1,2), Лагеза А.Б. (1,2),
Гончар М.В. (1,2), Шаповалов А.М. (2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Кафедра реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность: В современной практике предложено большое количество пластик передней брюшной стенки, но, несмотря на это, частота рецидивов заболевания остается достаточно высокой и достигает 14-50%, одной из причин этого является ослабление фасциально-мышечных структур передней брюшной стенки. Повторные вмешательства увеличивают этот показатель до 20-64%. Поиск наиболее оптимального варианта операции по-прежнему остаётся актуальным.

Цель исследования заключалась в разработке оригинального способа аллопластики вентральных грыж срединной локализации для рецидива грыжеобразования и улучшения результатов лечения данной категории больных.

Материал и методы: Выполнено исследование целевых фасциальных структур, срединного отдела передней брюшной стенки по методике Татьянченко В.К. на 36 трупах людей. Изучены биомеханические параметры 12 нативных, 12 рубцово-измененных и 12 укрепленных каркасной нитью фасциальных структур передней брюшной стенки на стенде ИСС-500 с помощью датчика силы Scaima ZF-500. Выполнялись расчеты предела прочности тканей и модуля их упругости с помощью формул. Данные статистически обработаны. Сущность предложенного способа (Патент РФ № 2685682) состоит в особенности фиксации сетчатого полипропиленового трасплантата. Имплант располагается на апоневрозе наружных косых мышц живота и фиксируется П-образными швами, проведенными из предбрюшинного пространства. При этом, П-образные швы захватывают, располагающуюся под мышцами, каркасную нить из нерассасывающегося полифиламентного материала толщиной «0». Последовательно завязывая П-образные швы, подтягивают каркасную нить, которую затем так же завязывают.

Результаты: Сравнительный анализ результатов проведенного эксперимента показал, что биомеханические показатели препаратов, укрепленных по оригинальной методике, выше таковых у рубцово-изменённых фасциально-апоневротических препаратов: предел прочно-

сти выше на 59,4%, а модуль упругости – на 40,2%. На последующих этапах работы нами по предложенному способу прооперировано 63 пациента, из них 18 мужчин, 45 женщин, средний возраст пациентов составил 63 года. Анализ отдалённых результатов до 55 месяцев после операции показал отсутствие рецидивов грыж у данных пациентов.

Обсуждение и выводы: В проведенном экспериментальном исследовании были изучены биомеханические параметры фасциально-апоневротических структур срединных отделов передней брюшной стенки и определены возможности повышения прочности этих рубцово-измененных образований у грыженосителей для предотвращения рецидива заболевания. Запатентованная методика пластики вентральных грыж срединной локализации достигает поставленные цели и апробирована в клинике. Результаты исследования позволяют рекомендовать способ хирургического лечения вентральных грыж срединной локализации для широкого внедрения в герниологическую практику.

Ключевые слова: Срединные вентральные грыжи, ненатяжная герниопластика, аллопластика

---

429. Оригинальная методика герниопластики вентральных грыж боковой локализации

Коробка В.Л. (1,2), Коробка А.В. (2), Лагеза А.Б. (1,2), Шаповалов А.М. (2), Хоронько Р.О. (2), Чижиков Н.Б. (1,2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Кафедра реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность: Частота осложнения лапаротомных доступов, проведенных через косые мышцы живота, послеоперационными вентральными грыжами достигает 40%. Обусловлено это слабой выраженностью фасциально-апоневротических структур и мышц в данной области. В настоящее время предложено множество способов ненатяжной герниопластики, ключевое различие которых заключается в способе фиксации и расположения сетчатого импланта, так как именно это и определяет надёжность создаваемой конструкции. Частота рецидивов грыженосительства после герниопластики боковых грыж живота находится в пределах 5-30%. Поиск наиболее оптимального варианта операции по-прежнему остаётся актуальным.

Целью нашего исследования явилась разработка оригинального способа хирургического лечения больных с вентральными грыжами боковой локализации для улучшения результатов лечения данной категории больных.

Материал и методы: Работа основана на анатомических исследованиях 36 трупов людей и изучении биомеханических параметров нативных, рубцово-измененных и укрепленных по оригинальной хирургической методике каркасной нитью фасциальных структур передней брюшной стенки на стенде ИСС-500 с помощью датчика силы Scaima ZF-500. Выполнялись расчеты предела прочности тканей и модуля их упругости с помощью формул. Данные статистически обработаны. Сущность предложенного способа (Патент РФ № 2739679) состоит в особенности фиксации сетчатого полипропиленового трасншлантата. Имплант фиксируют между группой внутренних и наружных косых мышц живота последовательностью П-образных швов. Швы укрепляют каркасом из двух нерассасывающихся полифиламентных нитей толщиной «0». Первая каркасная нить продевается между петлями П-образных швов и группой внутренних косых мышц живота, вторая – в петли П-образных швов над группой наружных косых мышц живота. Последовательно завязывая П-образные швы, подтягивают каркасные нити, которые затем так же завязывают.

Результаты: Доказано, что при использовании разработанного способа герниопластики предел прочности рубцово-изменённого фасциально-апоневротического каркаса боковых отделов передней брюшной стенки повышается на 44,2%, а модуль упругости на 49,1%. На последующих этапах работы нами по оригинальной методике прооперировано 29 пациентов, из них 11 мужчин, 18 женщин, средний возраст пациентов составил 55 лет. Анализ отдалённых результатов показал отсутствие рецидивов грыж у данных пациентов.

Обсуждение и выводы: Разработанный в анатомическом эксперименте, запатентованный и апробированный в клинике способ пластики рецидивных вентральных грыж боковой локализации обладает высокой эффективностью. Использование двух каркасных нитей исключает эффект «прорезывания швов», позволяет равномерно распределить тканевое давление в зоне герниопластики и повысить биомеханическую прочность тканей передней брюшной стенки в зоне грыжевых ворот. Результаты исследования позволяют рекомендовать способ хирургического лечения вентральных грыж боковой локализации для широкого клинического применения.

Ключевые слова: Боковые грыжи живота, ненатяжная герниопластика, каркасная нить.

---

430. Особенности хирургического лечения пострадавших с боевой травмой живота на этапе специализированной медицинской помощи

Ромащенко П.Н., Сазонов А.А., Майстренко Н.А., Макаров И.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия, кафедра факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова

Актуальность. Совершенствование вооружения и эвакуационных мероприятий привели к значительному возрастанию тяжести повреждений у пострадавших с боевой травмой живота, поступающих на этап специализированной медицинской помощи. Тяжелые проявления травматической болезни и высокая частота осложнений заставляют искать пути оптимизации лечебно-диагностического процесса у данной категории пациентов.

Цель исследования – представить критический анализ особенностей оказания хирургической помощи при боевой травме живота в условиях специализированного стационара с учетом структуры повреждений и этапности лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения в специализированном стационаре 125 пострадавших с боевой травмой живота. Уточнены клинические характеристики повреждений и особенности раневого процесса. Изучены аспекты этапного хирургического лечения данной категории пациентов. Определены факторы, влияющие на диагностическую программу и выбор хирургической тактики.

Результаты. Боевая травма живота в 96% случаев носила огнестрельный характер. Основным механизмом повреждения была взрывная травма, поэтому среди ранений доминировали осколочные, а на долю пулевых пришлось всего 7%. Большинство ранений были вызваны множественными поражающими элементами, поэтому у 76% пострадавших они носили сочетанный характер. Среди них преобладали повреждения живота и конечностей (85%), а также торако- и пельвиоабдоминальные ранения (30% и 27%). В 96% случаев ранения имели проникающий характер. Наиболее частыми мишенями были толстая и тонкая кишка: 51% и 32%. Существенную долю составили повреждения паренхиматозных органов: печени, почек и селезенки (19%, 18% и 16%). У 59% пациентов диагностировано повреждение двух и более органов. Средний балл по шкале ВПХ-П(ОР) составил 6,8, что свидетельствует о доминировании тяжелых повреждений. Большинство пострадавших (96%) поступили в клинику после вмешательств на предыдущем этапе эвакуации спустя 1-3 суток от момента ранения. Потребность в реализации хирургической тактики в клинике составила 62%. При этом в 1/3 случаев операции выполнялись по неотложным показаниям, в связи с допущенными ранее дефектами, которые привели к развитию перитонита, флегмоны забрюшинного пространства и неустойчивому гемостазу. Частота послеоперационных осложнений в клинике составила 24%. Среди них преобладали инфекционные (более 80%), при этом осложнения III-IV степени по Clavien-Dindo отмечены только у 8% пациентов. Летальность составила 2,4%.

Обсуждение. В последних публикациях большое внимание уделяется этапному лечению в рамках концепции контроля повреждений. Представленные данные подтверждают ее обоснованность при боевой травме живота, поскольку многообразие тяжелых повреждений требует последовательных вмешательств для разрешения травматической болезни и профилактики осложнений. Однако для успешной реализации данной концепции необходимо уточнение объема оказания хирургической помощи в рамках каждого этапа. Кроме того, важное значение для выбора тактики лечения имеет полнота и объективность информации о статусе пациента и лечебно-диагностических мероприятиях с предшествовавших этапов. К сожалению, у 30% пострадавших в медицинской документации не были отражены ключевые сведения о результатах обследования и объеме выполненного вмешательства, что затрудняло и удлиняло диагностический процесс.

Выводы. 1. Структура пострадавших с боевой травмой живота на этапе специализированной медицинской помощи свидетельствует о преобладании огнестрельных осколочных ранений, которые, как правило, носят сочетанный характер и сопровождаются тяжелыми повреждениями, что обуславливает высокую потребность в выполнении этапных вмешательств. 2. Оперативный обмен информацией о динамике состояния пострадавших и лечебно-диагностической программе обеспечивает преемственность между этапами эвакуации, что является залогом улучшения результатов хирургического лечения боевой травмы живота в рамках концепции контроля повреждений.

Ключевые слова: Боевая травма живота. специализированная медицинская помощь, этапное лечение

431. Морфофункциональные результаты геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания

Сазонов А.А., Майстренко Н.А., Арданкин А.Г., Ревин Г.О.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия, кафедра факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова

Актуальность. Геморрой остается одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Перспективным направлением в его лечении является применение высокоэнергетических устройств, обеспечивающих быстрый гемостаз и хорошую визуализацию операционного поля. Однако, многообразие используемых вмешательств наряду с отсутствием системного подхода к их реализации препятствует улучшению результатов лечения данной патологии. Как следствие частота развития осложнений достигает 20-30%.

Цель исследования – проанализировать показатели послеоперационного периода, а также морфофункциональные изменения при использовании оригинальной методики геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания.

Материалы и методы. Осуществлена сравнительная оценка результатов хирургического лечения двух групп пациентов с III-IV стадиями хронического геморроя. В основную группу включены 55 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 мобилизация геморроидального узла снаружи внутрь с последующей перевязкой сосудистой ножки. Диссекция тканей осуществляется только в режиме резания, что способствует редукции термического воздействия. Контрольную группу составили 40 больных, которым была выполнена геморроидэктомия с использованием монополярной электрокоагуляции. Статистически достоверной разницы между указанными группами по возрастной и половой структуре больных, а также основным клиническим характеристикам заболевания не было. С целью изучения патоморфологических изменений осуществлялось гистологическое исследование геморроидальных узлов с помощью световой микроскопии. Для оценки функциональных изменений применялась балонографическая манометрия, с помощью которой определяли тонус сфинктера до операции и на 4-е сутки после ее выполнения. В рамках статистического анализа материала использовали: для категориальных значений – точный тест Фишера, для количественных показателей – «t-тест» Стьюдента.

Результаты. Развитие послеоперационных осложнений наблюдалось у 2 пациентов основной группы и у 8 в контрольной ($p<0,05$). Среди них преобладала рефлекторная задержка мочеиспускания (2 случая в основной группе и 7 – в контрольной). Кроме того, у одного из больных контрольной группы произошло формирование стриктуры анального канала. Средняя интенсивность болевого синдрома у представителей основной группы оказалась меньше, чем в контрольной: 4,1 балла и 5,8 балла по шкале ВАШ ($p<0,05$). 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. Анализ результатов балонографической манометрии свидетельствовал о более быстрых темпах восстановления функции запирательного аппарата прямой кишки у пациентов основной группы: показатели тонуса сфинктера в покое и при волевом сокращении в послеоперационном периоде в значительно меньшей степени отличались от исходных величин.

Обсуждение. Последние публикации отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют об успешном применении ультразвукового скальпеля в хирургическом лечении геморроя. Однако при этом для диссекции используется режим коагуляции, глубина некроза при котором достигает 300 мкм. Проведенное исследование указывает, что реализация оригинальной методики в режиме резания позволяет существенно уменьшить травматическое воздействие на ткани, что было подтверждено клинически, а также данными морфологической и функциональной диагностики.

Вывод. Выполнение геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания сопровождается меньшей травматизацией тканей, обеспечивает снижение риска развития осложнений и способствует ускорению реабилитации больных.

Ключевые слова: Геморрой, геморроидэктомия с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания

432. Опыт использования оригинальной методики формирования петлевой кишечной стомы в неотложной хирургической практике

Сазонов А.А., Ромащенко П.Н., Зотов М.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия, кафедра факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова

Актуальность. Формирование кишечных стом является одним из важных элементов хирургической тактики при травмах живота, а также неотложной патологии органов брюшной полости, включающей целый ряд распространенных заболеваний, осложненное течение которых может приводить к кишечной непроходимости, перфорации кишки и перитониту. Несмотря на многообразие способов выведения кишечных стом, частота развития парастомальных осложнений остается высокой, достигая 20-30%. Таким образом, высокая потребность в формировании кишечных стом, наряду с неудовлетворенностью результатами применяемых методик свидетельствует об актуальности совершенствования данного хирургического направления.

Цель исследования – оценить эффективность оригинальной методики формирования петлевой кишечной стомы при неотложной хирургической патологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов, прооперированных по неотложным показаниям по поводу: обструктивной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза (41), осложненного течения дивертикулярной болезни (11), травм живота (5), постлучевого фиброза прямой кишки (3). Средний возраст больных составил 62±5,5 лет. Всем пациентам осуществлялось формирование петлевой кишечной стомы по разработанной на кафедре методике (патент на изобретение №2578089). Ее главными отличиями являются использование подкожного фиксатора кишечной петли и применение непрерывного шва с захватом всех слоев кишечной стенки в направлении от кожи к кишке. Это позволяет освободить площадку вокруг стомы для калоприемника, а также адаптировать края кишки после ее вскрытия к краям кожного отверстия, что обеспечивает герметичность конструкции и снижает риск развития гнойно-воспалительных осложнений. Все вмешательства выполнялись в условиях общей анестезии из срединного лапаротомного доступа и были направлены на ликвидацию жизнеугрожающих осложнений и создание благоприятных условий для подготовки к радикальному этапу хирургического лечения. Для реализации данной цели в большинстве случаев (73%) была сформирована колостома. Петлевая илеостомия выполнена 16 пациентам (27%). В рамках статистического анализа материала использовали: для категориальных значений – точный тест Фишера, для количественных показателей – «t-тест» Стьюдента. Достоверным считали различие при $p<0,05$.

Результаты. Развитие послеоперационных осложнений было отмечено у 8 пациентов (13,3%). Среди них преобладали осложнения I-II степени по шкале Clavien-Dindo. Инфекционные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны отмечены в 8,3% случаев. У одного пациента нагноение лапаротомной раны сопровождалось эвентрацией, что потребовало выполнения повторного вмешательства. Следует отметить, что параколостомические осложнения (непосредственно связанные с формированием кишечной стомы) были отмечены только 2 пациентов.

Обсуждение. Согласно современным взглядам, наиболее важными критериями клинической эффективности вмешательств по формированию кишечных стом являются частота парастомальных осложнений и доступность последующего реконструктивно-восстановительного этапа. Парастомальные осложнения в виде краевого некроза стомы и ее частичного пролапса были отмечены только у 2 пациентов (3,3%) и не потребовали хирургической коррекции. Вместе с тем, по данным некоторых авторов, частота их развития достигает 20%. Устранение стомы было осуществлено 59 пациентам через 6-10 недель после ее формирования из местного доступа и не сопровождалось техническими трудностями. Единственный отказ от реконструктивно-восстановительного вмешательства был обусловлен развитием протяженной рубцовой стриктуры прямой кишки на фоне перенесенного постлучевого проктита.

Вывод. Применение оригинальной методики формирования петлевой кишечной стомы сопровождается низким уровнем послеоперационных осложнений, характеризуется технической простотой, а также создает благоприятные условия для выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Ключевые слова: Кишечные стомы, оригинальная методика формирования петлевой кишечной стомы, неотложная патология органов живота

---

433. Возможные пути совершенствования профессиональной подготовки хирургов

Юдин В.А.

Рязань

ГБУ РО «ОКБ», РязГМУ

Эволюция в профессиональной подготовке и переподготовки специалистов медицинских специальностей, в том числе хирургов, является перманентным явлением. Следовательно, поиск рациональных подходов в улучшении уровня подготовки специалистов важен и необходим.

Переосмысление итогов применения Болонской системы подготовки и пути адаптации этой системы в отечественной структуре образования требует вернуть некоторые забытые формы обучения, которые успешно работали в системе подготовки кадров в период существования министерства образования СССР. Сколько и как следует учить студентов и врачей, чтобы получить на выходе успешного специалиста? Советская системы подготовки хирургов подразумевала пятилетнее общеобразовательное обучение основным дисциплинам в медицинском вузе и год в субординатуре (шестой курс). Далее один год интернатуры по месту работы по распределению и переход к самостоятельной деятельности, под контролем заведующего хирургическим отделением. Итого два года обучения. Существующая система подготовки хирургов подразумевает шесть лет общеобразовательного обучения. Два года клинической ординатуры. При этом шестой курс обучения в вузе ничего не привносит в ориентированности по специальности, а только повторение ранее пройденного на общей и факультетской хирургии. Увеличение подготовки хирурга в клинической ординатуре более двух лет неоправданное использование бюджетных средств без зримого повышения качества обучения. Пути совершенствования. Следует вернуть субординатуру по хирургии. Подготовку в клинической ординатуре для амбулаторной и хирургии МО первого уровня ограничить одним годом. Для приоритетных специальностей обучение оставить в пределах двух лет. После пятилетней общеклинической практики предоставить возможность переподготовки по смежной хирургической специальности в двухгодичной ординатуре. Пятилетняя поствузовская подготовка в клинической ординатуре по ряду специальностей ничем не обоснована, так как не дает существенного прироста специалистов в этой области, Одна из причин отсутствие реального практического навыка. В системе переподготовки специалистов, следует признать ошибочность внедрения аккредитации, которая носит формальный характер и ничем не лучше сертификации. Базовой профессиональной подготовкой следует считать 144 часа. Набор баллов по НМО порождает спекуляции в подготовке. Как вариант улучшение качества подготовки специалистов на местах их основной деятельности, можно было бы внедрить оценку действия специалиста врачом высшей категории с уровнем ТЕСТ-ХИРУРГА. Функциональные обязанности такого специалиста могут быть разработаны и утверждены на уровне региональных минздравов.

Ключевые слова: медицинское образование

---

434. Возможности хирургического лечения острого парапроктита

Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Иванов В.Г. Осечкин И.А.

Донецк

ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького Минздрава РФ

Актуальность. Острые воспалительные заболевания перианальной области и околопрямокишечной клетчатки остаются актуальными проблемами современной колопроктологии. Для лечения ишиоректальных форм парапроктита «золотым стандартом» является вскрытие и дренирование гнойных затеков, однако при этом в последующем высок риск формирования прямокишечного свища. В настоящий момент широко распространен метод проведения режущего сетона при транссфинктерном и экстрасфинктерном расположении внутреннего отверстия. При этом высоким остается риск возникновения анальной инконтиненции и недостаточности сфинктера анального канала.

Цель исследования. Оценить и проанализировать результаты лечения пациентов, которым было выполнено вскрытие острого парапроктита с проведением режущего сетона на основании имеющегося клинического материала.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 96 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького Минздрава РФ на базе колопроктологического отделения ДОКТМО с 2014 по 2022г по поводу острого парапроктита, которым выполнено вскрытие парапроктита по методике клиники с одновременным проведением режущего сетона, а также 82 пациентов, оперированных в клинике стандартным методом (вскрытие и дренирование с и без иссечения внутреннего отверстия).

Результаты. Больным выполнялось вскрытие парапроктита, ревизия, санация параректальной полости растворами антисептиков. Далее при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия при остром парапроктите выполнялась ревизия и визуализация внутреннего свищевого отверстия с использованием пуговчатого зонда и хромоскопии, зонд проводился в просвет кишки, на нем рассекались ткани до мышц анального сфинктера с сохранением его волокон. Через внутреннее отверстие свища кнаружи проводили 3 отдельные шелковые лигатуры, фиксированные к дистальному концу пуговчатого зонда, одну из которых завязывали и затягивали во время операции, широко дренировали полость гнойника, в последующем продолжали ее санацию. Оставшиеся 2 лигатуры завязывали соответственно на 3-4 и 6-7 сутки после операции, после чего внутренняя стенка свищевого хода прорезалась и сообщалась с гранулирующей параректальной раной, зажи-

вающей вторичным натяжением. В ходе анализа проведенного исследования выявлено, что частота рецидивов у пациентов после стандартного вскрытия парапроктита составила 75% (61 пациент), у пациентов после вскрытия парапроктита с проведением режущего сетона рецидивов отмечено не было. Послеоперационный койко-день у пациентов, которым было произведено вскрытие острого парапроктита с проведением режущего сетона, варьировал от 7 до 8 дней в зависимости от степени прорезывания лигатуры, у пациентов которым выполнено вскрытие парапроктита стандартным методом от 3 до 12 дней. У пациентов, которым выполнено стандартное вскрытие парапроктита через 2-4 месяца формировался прямокишечный свищ (52%), из-за чего пациентам проводилось повторное вмешательство, в 5 случаях неоднократно. Оценка болевого синдрома проводилась 1-е, 3-е, 5-е сутки по шкале Numerical Rating Scale. Было выявлено, что болевой синдром у пациентов в обеих группах в 1-е сутки существенно не отличался, а на 3-е и 5-е сутки был выше у пациентов с проведением режущего сетона.

Выводы. Таким образом, при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия вскрытие острого парапроктита с проведением режущего сетона обладает рядом преимуществ перед стандартным способом вскрытия парапроктита, поскольку является радикальным и эффективными одноэтапным методом хирургического лечения, позволяющим свести к минимуму число рецидивов, а также является профилактикой послеоперационной недостаточности запирательного аппарата прямой кишки. Однако недостатком этого метода является более выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: парапроктит

---

435. Оценка эффективности эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях.

Геннадьев П.В., Романенков С.Н., Зубик В.Т., Ермолаева Т.В., Закиров Ф.А.

Нефтеюганск

БУ ХМАО Югры Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив.

Актуальность: Гастродуоденальные кровотечение является наиболее тяжелым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и наблюдается у 15-20% пациентов с этой патологией. Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при гастродуоденальных кровотечениях составляет 5–14%, а при рецидиве возрастает до 30–40% и не имеет тенденции к уменьшению.

Цель исследования: Оценить эффективность эндоскопических методов в диагностике и лечении язвенных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК осложненных кровотечением.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 62 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившимися на стационарном лечении. Средний возраст составил 54,8 год, самый молодой пациент 8 лет, самый возрастной пациент – 87 лет. Мужчин 43 (69,3%), женщин – 19 (30,7%). По источнику кровотечения больные распределены следующим образом: язвенная болезнь желудка – 24 (38,7%), язвенная болезнь ДПК – 31 (50%), язвы гастроэнтероанастомоза – 7 (11,3%) Всем пациентам в зависимости от источника кровотечения, его интенсивности, выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ): аппликационный, инфильтрационный, электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция (АПК). Послеоперационная летальность составила 4 случая или 6,5%.

Результаты исследования. Всем больным при поступлении проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). В соответствии с классификацией Forrest, пациенты были разделены на 2-е группы: 1-ая группа пациенты с F1a,1b – 32 пациента (51,6%), 2-ая F2a,2b,2c – 30 пациентов (48,4%). В первой группе у пациентов после первичного ЭГ рецидив кровотечения наблюдался в 10 наблюдениях (16,1%) от общего числа пациентов. У 3х пациентов повторный гемостаз в виду его нестабильности или рецидива кровотечения выполнялся дважды. У 3х пациентов в виду безуспешности ЭГ по жизненным показаниям выполнена лапаротомия, гастротомия или дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда, т.е. в 4,8% случаях в данной группе ЭГ был не эффективен. Летальность в данной группе 4 (6,5%) пациента, двум из которых выполнена лапаротомия. Во второй группе рецидив кровотечения наблюдался в 7 случаях (11,3%) Двум пациентам после первичной остановки кровотечения еще 2 раза приходилось усиливать гемостаз. В 2-х случаях (3,2%) ЭГ гемостаз был не эффективен в связи с чем выполнена операция резекция желудка. В данной группе послеоперационная летальность отсутствует. Следует отметить, что общая частота рецидива кровотечения после ЭГ наблюдалась в 17 случаях, что составило 27,4%. В наших наблюдениях 10 пациентам был выполнен моногемостаз (клипирование либо АПК), в 40% развился рецидив кровотечения. Всем остальным пациентам был выполнен комбинированный ЭГ и частота рецидива в данной группе составила 25%.

Выводы. 1.Послеоперационная летальность составила 6,5%. 2.Рецидив кровотечения при моногемостазе составил 40%, при комбинированных методах – 25%. 3.В 72,6% случаев первичный ЭГ гемостаз был окончательным методом лечения, рецидивов кровотечения не наблюдалось. 4.В 8,1% случаев ЭГ гемостаз включая повторные

попытки не был эффективным, что потребовало «открытых» оперативных вмешательств.

Ключевые слова: Гастродуоденальные кровотечения, язвенная болезнь желудка и ДПК осложненные кровотечением, эндоскопический гемостаз

---

436. Лечение больных с разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты в специализированном отделении

Борисов В.А. (1), Красовский В.В. (2), Малюгин А.А. (2), Сабанчиев А.З. (1), Фролов А.А. (2), Мазуренко Е.А. (2), Мишутин М.С. (2)

Саратов

1 – ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»2 – ГУЗ «Областная клиническая больница»

Актуальность: Аневризма инфраренального отдела брюшной аорты, осложнённая разрывом, одна из актуальных проблем сосудистой хирургии. Несмотря на достижения в диагностике и хирургической технике, совершенствования анестезиологического пособия и современных принципов ведения раннего послеоперационного периода, летальность при таком грозном осложнении остаётся высокой (55-80%).

Цель: Оценить результаты лечения пациентов с разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты и влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на структуру заболеваемости данной патологии.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ историй болезни 58 пациентов с разрывом инфраренальной аневризмы брюшного отдела аорты, лечившихся в отделениях сосудистой хирургии ГУЗ «ОКБ» г. Саратова за период с 2020 по апрель 2023 года. Для подтверждения диагноза выполнялись дуплексное исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томографии с контрастированием. Средний возраст больных 64 ± 2,2 (от 51 до 82 лет), мужчин – 56 (97%), женщин – 2 (3%). Основные сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь (98%), ишемическая болезнь сердца (76,8%).

Результаты: Всего оперированы 48 (83%) пациентов, в 10 (17%) случаях диагноз распознан на аутопсии. Больные доставлены в стационар в срок от 6 часов до 7 суток от момента возникновения первых симптомов, время до начала операции – от 4 до 24 часов. Средняя продолжительность операции 3,9±1,6 часа. Доступ к аорте – полная срединная лапаротомия. Средний объём интраоперационной кровопотери 2450±250 мл. Для реинфузии использовалась система CellSaver. Проводилась гемотрансфузия, объём которой в среднем составил 833,4±121,5. Морфологически у 18 (38%) пациентов был разрыв передней стенки аневризмы, у 30 (62%) – задне-боковой. В 34 (71%) случаях выявлена парааортальная гематома, у 11 (23%) – прорыв в брюшную полость, 3 (6%) – прорыв в нижнюю полую вену с формированием аорто-кавального сообщения. В 31 (65%) случае выполнялась резекция аневризмы с дальнейшим бифуркационным аорто-бедренным шунтированием, а в 17 (35%) – резекция с линейным протезированием брюшной аорты. Ранний послеоперационный период у 7 (27%) пациентов осложнился острой почечной недостаточностью, потребовавшей сеансов гемодиализа, у 4 (8%) – развитием клиники ишемии левой половины толстого кишечника, которая во всех случаях разрешилась консервативной терапией. Из числа оперированных больных 14 (29%) выписаны из стационара в относительно удовлетворительном состоянии. Среднее время пребывания в стационаре – 17 ± 3 дня. Всего летальных случаев после операции – 34 (59%). Причины летальных исходов в раннем послеоперационном периоде: геморрагический шок, полиорганная недостаточность, отёк головного мозга, тромбоэмболия легочных артерий, острый инфаркт миокарда.

Обсуждение: За последний год количество больных с данной патологией увеличилось почти в 3 раза. С одной стороны, можно предположить, что причина такого роста – сокращение плановой медицинской помощи в результате принятых карантинных мер по ограничению распространения COVID-19, а с другой стороны, не исключаем, что это связано с последствиями перенесенной коронавирусной инфекции.

Выводы: Из числа пациентов с разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты удалось прооперировать 48 (83%), а в 14 (29%) случаях добились положительных непосредственных результатов. За последний год наблюдается значительный рост количества больных с данной патологией, обусловленный, вероятно, действовавшими эпидемиологическими ограничениями и перенесенной коронавирусной инфекцией.

Ключевые слова: аневризма инфраренального отдела брюшной аорты, разрыв аневризмы

---

437. Перфоративный дивертикулит у пациентов в ковидном стационаре – результаты операций катастрофические

Тягунов А.Е., Щербаков Н.А., Ахмедов Р.Р., Страдымов Е.А., Лайпанов Б.К., Мирзоян А.Т., Тавадов А.В., Сажин А.В.

Москва

РНИМУ Им. Н.И.Пирогова

В хирургическом сообществе сформирована концепция преимущественно неоперативного лечения пациентов с дивертикулитом без распространенного перитонита, однако дистантный газ, установленный при КТ брюшной полости, как правило, рассматривается как показание к ранней операции. Рекомендации по лечению дивертикулита у пациентов с COVID – 19 предлагают максимально консервативные подходы, однако хирургическая тактика при наличии в брюшной полости свободного газа не определена.

Материалы и методы: В наблюдательное ретроспективное исследование были включен 81 пациент с дивертикулитом ободочной кишки, находившихся на стационарном лечении в ковидном госпитале «Коммунарка» с 1.03.20 по 1.02.22 г. Средний возраст пациентов составил 70,2±10,8 лет, соотношение мужчин/женщин – 25/56. Объем поражения легких, по данным КТ, составил: КТ 0 – 25 (30,8%); КТ 1 – 32 (39,5%); КТ 2 – 14 (17,3%); КТ 3 – 5 (6,2%); КТ 4 – 2 (2,5%); бактериальная пневмония – 3 (3,7%). ASA>3 – 44 (54,3%). Наличие свободного газа, по данным КТ, установлено у 65 пациентов (80,2%). У 20 (24,7%) пациентов обнаружен локальный периколический газ, у 45 (55,6%) пациентов дистантный газ. Средний срок от момента госпитализации до операции составил 2,6 часа. Установлена высокая коморбидность пациентов – индекс коморбидности Чарлсона составил 4 [3;6]. Средний BMI – 32,1±16.

Результаты. Оперативное вмешательство выполнено 71 (87,7%) пациенту. Медиана и межквартильный диапазон мангеймского индекса перитонита (МИП) у пациентов, пренесших лапаротомию или лапароскопию, составили 25 [18;30]. Сегментарная резекция толстой кишки проведена 60 (74,1%) пациентам, лапароскопическая санация при диффузном перитоните – 4 (4,9%) пациентам, у 2 (2,5%) – санация брюшной полости без резекции, дренирование абсцессов – 6 (7,4%) пациентам. У 10 (12,3%) пациентов было успешным неоперативное лечение. Общая летальность составила 50,6% – умер 41 пациент. После сегментарных резекций умерло 38 (63,3%) пациентов, после лапаротомии без резекции – оба (2) пациента, лапароскопической санации – 1 пациент. Летальных исходов при дренировании жидкостных скоплений и неоперативном лечении не установлено. При наличии перед операцией органной дисфункции 1 балл по qSOFA летальность составила – 24/38 (63,2%), при 2 баллах – 10/13 (76.9%), 3 баллах – 5/5 (100%). При наличии в брюшной полости, по данным КТ, дистантного газа (n=45) умерло 30 (66,7%) пациентов. При обнаружении параколического газа (n=20) умерло 9 (45%). Среди остальных (n=16) умерло 2 (12,5%) пациента.

Выводы. Резекционные операции по поводу осложненного дивертикулита у пациентов с Ковид 19 сопровождались чрезвычайно высокой летальностью, которая значительно превышала расчетную летальность для МИП 25 (прогнозируемая летальность 27%). В связи с тяжестью основного заболевания часть пациентов даже с обнаруженным абдоминальным дистантным газом может получить пользу от начального неоперативного лечения.

Ключевые слова: Дивертикулит; Перфорация; Ковид; COVID-19

---

438. Профилактика и ранняя диагностика послеоперационного панкреатита

Плиев С.А., Хутиев Ц.С., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л.

Владикавказ

СОГМА

Актуальность. Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) является серьезным осложнением хирургических вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта, частота развития которого достигает 40%. Развитие ОПП трудно спрогнозировать, а диагностика нередко запаздывает, что приводит к отсроченному лечению, риску значительного ухудшения состояния пациентов и увеличению смертности. Многофакторный патогенез ОПП требует применения комплексных мер его профилактики с учетом индивидуальных характеристик пациента, назначения различных лекарственных препаратов и совершенствования техники хирургических вмешательств.

Цель исследования – оценить эффективность профилактики ОПП на основании сравнительной оценки динамики лабораторных показателей, являющихся маркерами прогноза развития ОПП.

Материал и методы. В исследование включены 332 пациента, 245 женщин (73,8%) и 87 мужчин (26,2%). Основная группа ? 159 больных, которым для профилактики и лечения ОПП применялись непролонгированный ингибитор экзокринной секреции поджелудочной железы (ПЖ) сандостатин и антиоксидант мексидол. Группа сравнения ? 173 пациента, которым не проводилась целенаправленная профилактика развития ОПП. Основными вмешательствами на органах брюшной полости были операции по поводу ложных кист ПЖ, атипичная резекция ПЖ,

панкреатодуоденальная резекция, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, левосторонняя гемиколонэктомия. У всех пациентов в биологических жидкостях до, во время операции и на 1-7-е сутки после нее выполняли сравнительный анализ показателей активности ферментов амилазы, липазы, диастазы; концентрации супероксиддисмутазы для оценки состояния антиоксидантной системы организма и малонового диальдегида для оценки выраженности перекисного окисления липидов.

Результаты и обсуждение. Частота ОПП в основной группе была существенно ниже, чем в группе сравнения ? 4,4% против 11,0% (p=0,026), а частота летальных исходов вследствие ОПП составила 1,3% и 2,3%, соответственно (p=0,472). Уровень ферментов до операции между группами значимо не отличался. Во время операции и на 1-3-е сутки после операции отмечено нарастание уровня амилазы, более выраженное в группе сравнения (p<0,05). На 5-7-е сутки послеоперационного периода выявлено снижение уровня амилазы в обеих группах. На 7-е сутки уровень амилазы в плазме крови (118,7±19,7 Ед/л) и в брюшном экссудате (75,5±14,2 Ед/л) в основной группе был существенно ниже, чем в группе сравнения (421,6±31,7 и 418,1±31,5 Ед/л, соответственно, p<0,05). Во время операции отмечено повышение уровня липазы в обеих группах, более выраженное в группе сравнения. С 1-2-го дня после операции показатель уменьшался и к 7-м суткам составил в основной группе 68,5±4,2 Ед/л, что ниже, чем в группе сравнения – 85,2±6,2 Ед/л (p<0,05). Во время и после операции уровень диастазы мочи значительно увеличился в обеих группах, максимально – в группе сравнения. К 7-м суткам значение данного показателя в основной группе снизилось до 328,4±60,7 Ед/л и было ниже, чем в группе сравнения ? 692,3±46,3 Ед/л (p<0,05). Во время операции и после нее уровень малонового диальдегида был достоверно выше, чем в группе сравнения, а на 7-е сутки достигнул значения 7,54±0,42 против 1,72±0,37 ммоль/л в основной группе (p<0,05). Уровень активности супероксиддисмутазы эритроцитов во все сроки исследования в послеоперационном периоде в основной группе был статистически значимо выше, чем в группе сравнения (p<0,05); на 7-е сутки его значения составляли 914±61 против 605±45 Ед/г Hb, соответственно.

Выводы. Совместное применение сандостатина и мексидола при выполнении операций на органах брюшной полости обеспечивает уменьшение активности панкреатических ферментов и продуктов перекисного окисления липидов (малонового диальдегида), что сопровождается меньшей частотой ОПП и снижением риска летальности, обусловленной этим осложнением.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, послеоперационный панкреатит, профилактика, сандостатин, мексидол

---

439. Стратегия профилактики повреждений жёлчных протоков при лапароскопической холецистэктомии

Ромащенко П.Н. (1), Майстренко Н.А. (1), Прядко А.С. (2), Алиев А.К. (1), Алиев Р.К. (1), Абасов Ш.Ю. (1), Жеребцов Е.С. (1).

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
2) ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница

Актуальность. Несмотря на имеющиеся стандартизованные протоколы выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) сохраняется высокая частота осложнений (2-6%), из которых доля повреждений желчевыводящих протоков (ПЖП) достигает 1,5%. Анализ причин развивающихся осложнений, заставил практикующих хирургов задуматься о выделении технически сложных или «трудных» ЛХЭ, при которых риск ПЖП крайне высок.

Цель исследования. Обосновать стратегию профилактики повреждений желчевыводящих протоков путем стратификации риска «трудной» ЛХЭ.

Материал и методы. Изучены результаты обследования и хирургического лечения 1029 пациентов, перенесших ЛХЭ по поводу хронического холецистита в клинике факультетской хирургии им. С.П. Федорова и в хирургическом отделении № 1 ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы с 2019 г. по 2022 гг. Критериями включения в исследование при ретроспективном анализе историй болезни являлись длительность оперативного вмешательства дольше 60 минут, конверсии доступа и послеоперационные осложнения. В соответствии с критериями включения были отобраны 313 больных. Для статистического анализа факторов риска использовался хи-квадрат Пирсона (ошибка I рода ?=0,05), U критерий Манна-Уитни, метод бинарной логистической пошаговой регрессии на основании хи-квадрата Вальда (p<0,05), критерий информационной значимости (Information value (IV)). На основе логистической модели были получены баллы для каждого предиктора с использованием SPSS Statistica Scorecard согласно описанной в литературе методике.

Результаты. На основании результатов проведенного ретроспективного анализа историй болезней, установлено, что среднее значение длительности ЛХЭ составило 65,2 ± 41,7 минут. Частота конверсий составила 1,6% (5 случаев). Значимыми факторами риска, которые повлияли на сложность оперативного вмешательства явились (p?0.05): возраст старше 55 лет, перенесенные операции на органах брюшной полости, спаечный процесс в брюшной полости; ИМТ>30 кг/м2, окутанность прядью

большого сальника; механическая желтуха в анамнезе; фиброзные изменения стенки желчного пузыря, околопузырный инфильтрат. В результате проведенного исследования установлено, что пороговое количество баллов свыше которого ЛХЭ сопряжено с техническими сложностями и считается «трудной» равно 4 баллам (ROC анализ: чувствительность – 81,6%, специфичность – 70,9%). Проведенное исследование позволило обосновать стратегию профилактики ПЖП при ЛХЭ. При обследовании пациента с хроническим холециститом на догоспитальном этапе, в случае прогнозирования у него «трудной» ЛХЭ для выполнения планового оперативного вмешательства он направляется в медицинскую организацию 3-го уровня. В случае, когда пациент набрал менее 4-х баллов исходя из предоперационных факторов он направляется в медицинскую организацию 2-го уровня. Если с учетом интраоперационных данных в сумме с предоперационными факторами пациент набрал более 4 баллов, то целесообразно завершить оперативное вмешательство в объеме диагностической лапароскопии с последующим переводом пациента в лечебное учреждение 3-го уровня. Результаты оценки качества модели продемонстрировали высокие диагностические возможности сформированной стратегии прогнозирования согласно ROC анализу (AUC=0,914 p<0,001) и статистике Колмогорова-Смирнова (KS – 0,736. p<0,001).

Выводы. Применение разработанной стратегии целесообразно на догоспитальном этапе у больных ЖКБ с целью их рациональной маршрутизации. При прогнозировании у пациента «трудной» ЛХЭ хирургическое вмешательство целесообразно осуществлять в медицинских организациях третьего уровня.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, «трудная» лапароскопическая холецистэктомия, прогнозирование осложнений, повреждение желчевыводящих протоков, желчнокаменная болезнь.

---

440. Опыт создания регионального автоматизированного герниологического регистра Калининградской области

Кравченко А.Ю., Какоткин В.В., Агапов М.А.

Калининград

ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

Актуальность: принципы доказательной медицины неоднократно подвергались критике из-за высокой зависимости клинических рекомендаций от качества проводимых клинических исследований, невозможности исключить предвзятость публикаций, ограниченных возможностей оценки отдаленных результатов лечения. В последние годы активно развивается концепция «обучающихся систем здравоохранения», позволяющих осуществлять выбор оптимальных технологий здравоохранения в зависимости от результатов мониторинга их эффективности и безопасности в реальном времени. Медицинские регистры – ключевой источник медицинских данных, необходимых для формирования подобных систем. Ни один из имеющихся в настоящее время герниологических регистров не соответствует требованиям обучающихся систем здравоохранения.

Материал и методы: после детального анализа наиболее крупных из имеющихся герниологических регистров был разработан способ создания регионального автоматизированного герниологического регистра Калининградской области на базе медицинской информационной системы БАРС. Для обеспечения качества данных на входе были разработаны структурированные формы, интегрированные в типичные клинические события (первичный осмотр, оперативное вмешательство, выписной эпикриз). Для оценки отдаленных последствий лечения были разработаны структурированные формы ввода данных, основанные на шкале EuraHS Qol, интегрированные в личные кабинеты врачей амбулаторного звена. Для сбора и анализа данных использовалась BI платформа многоуровневой аналитики. Полученные результаты: сбор данных для регионального автоматизированного регистра области был начат 08.02.2023 в подведомственных Министерству здравоохранения учреждениях. На момент подачи тезиса в регистр были автоматически включены данные о результатах лечения 124 пациентов с диагнозом по МКБ-Х К40 – К43 (100% из госпитализированных с указанным диагнозом). Из представленных пациентов 24 (19,35%) – женщины, 100 (80,65%) – мужчины. Медиана показателя боли в области грыжевого выпячивания в день госпитализации составила 2 балла по шкале EuraHS Qol (Min – 0, Max – 8), медиана показателя ограничения подвижности составила 3 балла по шкале EuraHS Qol (Min – 0, Max – 20), медиана показателя неудовлетворенности внешним видом составила 3 балла по шкале EuraHS Qol (Min – 0, Max – 9). Согласно данным регистра, частота ранних послеоперационных осложнений составила 4,83%, медиана показателя интенсивности боли через 24 ч после операции составила 3 балла по ВАШ (Min – 1, Max – 5), через 48 ч после операции – 2 балла по ВАШ (Min – 0, Max – 5). За период наблюдения случаев повторных госпитализаций или ранних рецидивов выявлено не было.

Обсуждение: На данном этапе автоматизированный герниорегистр показал достаточную эффективность для получения исходных показателей качества жизни и ранних результатов лечения. При сравнении показателя частоты послеоперационных осложнений в регионе с данными регистра HerniaMed достоверных различий не выявлено (OR=1,21 (0,53-2,75), p=0,643). Ограниченное время наблюдения пока не позволяет оценить эффек-

тивность использования регистра для оценки отдаленных результатов лечения (качество жизни пациентов и частота рецидивов), однако качество получаемых данных на входе уже достаточно для проведения масштабных поперечных популяционных исследований.

Выводы и рекомендации: Созданный на территории Калининградской области автоматизированный герниологический регистр является эффективным инструментом оценки технологий здравоохранения и может служить моделью для формирования иных нозологических регистров нового типа. Формирование подобного регистра требует направленного взаимодействия врачей-клиницистов, врачей-исследователей, инженеров-разработчиков МИС, специалистов по работе с данными. Для полноценного функционирования подобного типа регистров и использования их потенциала для развития науки необходимо правовое регулирование процессов передачи медицинских данных научно-образовательным организациям.

Ключевые слова: герниорегистр, герниология, качество жизни, здравоохранение, заболеваемость

---

441. Комплексная профилактика несостоятельности эзофагогастроанастомоза.

Марийко В.А., Третьяков В.О., Дорофеев Д.А., Марийко А.В.

Тула

Тульский государственный университет, медицинский институт.

Несостоятельность эзофагогастроанастомоза(ЭГА) является актуальной проблемой. При эзофагогастропластике по Mc Keown частота несостоятельности ЭГА достигает 41%. Данное осложнение приводит к длительному незаживающему свищу, удлинению сроков госпитализации, а в последующем формированию рубцовой стриктуры анастомоза. В комплекс профилактики несостоятельности ЭГА были включены: выполнение серозомиотомии с целью удлинения трансплантата, перевязка трех желудочных ветвей правой желудочно-сальниковой артерии, сохранение правой желудочной артерии. В основную группу больных вошли 28 пациентов, в контрольную – 49. Группы сопоставимы по полу и возрасту, по характеру патологии. У всех была выполнена экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой с анастомозом на шее по методике А.Ф. Черноусова. Несостоятельность ЭГА в основной группе у 3,57% больных, а в контрольной – у 12,24% больных. Некроза трансплантата в основной группе больных не было, в контрольной – 4, 08%. Послеоперационная летальность в основной группе больных – 0%, в контрольной – 8, 16%. Предложенный комплекс мер для профилактики несостоятельности ЭГА при эзофагогастропластике позволяет в 4 рааз уменьшить риск несостоятельности ЭГА и улучшить непосредственные результаты операции.

Ключевые слова: Несостоятельность эзофагогастроанастомоза.

---

442. Качество жизни после видеоторакоскопической пликации релаксированной диафрагмы

Топольницкий Е.Б. (1,2)Михед Р.А. (1,2)

Томск

1) ОГАУЗ Томская областная клиническая
2) ФГБОУ ВО Сибгму Минздрава России

Актуальность. Согласно современному тренду, внедрение и использование видеоторакоскопических операций способствует к уменьшению травматичности, быстрой реабилитации и улучшению качества жизни в послеоперационном периоде. Изучение качества жизни позволяет оценить эффективность лечения на основе психоэмоционального компонента здоровья, а также провести корреляцию с физическим компонентом.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни пациентов перед хирургическим лечением, а также в различные сроки после двухпортовой видеоторакоскопической пликации релаксированной диафрагмы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 15 пациентов после двухпортовой видеоассистированной торакоскопической пликации релаксированной диафрагмы. Средний возраст больных составил 59±11,2 лет. Среднее значение индекса массы тела составило 28,17±5,7 кг/м2. Идиопатический характер РД установлен у 11(73,3%) пациентов, у остальных – травма диафрагмального нерва при кардиохирургических операциях. Индекс Чарлсона составил 2 балла у 6 (40%) исследуемых, 3 балла – 6 (40%), 4 балла – 3 (20%). ASA I определен у одного больного, II – 11, III – 3. Правосторонняя френопликация выполнена в 9 случаях, левосторонняя – в 6. До операции у всех больных выявили низкие показатели ФЖЕЛ и ОФВ1 с высоким показателем элевации диафрагмы. После операции не выявило случаев ухудшения состояния, из них 78,6% отметили улучшение, рецидивов не выявлено. Для оценки послеоперационного качества жизни больных был применен стандартный опросник SF-36. Анкетирование пациентов проводилось на сроках 1,6 и 12 месяцев после операции. Учитывая ненормальное распределение данных, оцени-

вали медиану (Median) и интерквартильной размах (1st Qu – нижний квартиль и 3rd Qu – верхний квартиль), а при использовании критерия Вилкоксона была проведена проверка статистической значимости отличий в различных параметрах для разных периодов до и после лечения.

Результаты. Через 1 месяц после оперативного вмешательства по шкале SF-36 были отмечены статистически значимые различия в пользу положительного эффекта видеоассистированной двухпортовой торакоскопической пликации диафрагмы, обусловленного физическим состоянием (55(25;80) до операции, 85(80;100) баллов после операции; p<0,05), социального функционирования (62,5(50;87,5) до операции, 100(100;100) баллов после операции; p<0,05) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (66,7(33,3;66,7) до операции, 66,7(33,3;100) баллов после операции; p<0,05). Через 6 месяцев после операции все показатели, связанные с физическим компонентом здоровья, уже не демонстрировали статистически значимых различий между группами сравнения и были близки между собой. В то же время, критерии ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (66,7(33,3;100) через 1 месяц после операции, против 100(100;100) через 6 месяцев после операции, p<0,05), из группы психологического компонента здоровья продолжали статистически значимо различаться в пользу положительного эффекта выполненной операции.

Выводы. Пликация релаксированной диафрагмы посредством двухпортового видеоторакоскопического доступа позволяет достоверно повысить качество жизни пациентов после операции. В раннем послеоперационном периоде согласно результатов опросника в качестве жизни больных отмечается явный положительный эффект, который демонстрирует равномерное плато после 6 месяцев наблюдения.

Ключевые слова: Видеоторакоскопическая пликация диафрагмы, Качество жизни

---

443. Анализ результатов лечения пациентов с кровотечениями из нижних отделов желудочно-кишечного тракта

Шмаков А.Ф., Ржебаев К.Э., Аносов В.Д., Баглаенко М.В., Исмати А.О., Дё Хен Ми

Москва

ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М.Филатова ДЗМ

Острое кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (КНОЖКТ) является одной из наиболее частых причин госпитализации в России и в мире. На долю КНОЖКТ приходится от 20 до 25% всех случаев кровотечений из ЖКТ. Случаи массивных кровотечений относительно редки, однако летальность в этой группе больных может достигать 4–10%. Основные проблемы в диагностике и лечении КНОЖКТ в настоящий момент: – неясное оптимальное время выполнения колоноскопии – срочная колоноскопия в течение 24 часов не улучшает показатели 30-дневного рецидива кровотечения и смертности – нет алгоритмов стратификации риска рецидива кишечного кровотечения, что позволило бы рекомендовать определенным группам пациентов амбулаторное проведение колоноскопии – использование КТ-ангиографии стало перспективным направлением в диагностике толстокишечных кровотечений, что ставит под сомнение необходимость выполнения колоноскопии. По данным литературы применение КТ-ангиографии наиболее востребовано при кровотечениях из дивертикулов ободочной кишки, т.к. позволяет в дальнейшем перейти к эндоваскулярному этапу остановки кровотечения

Цель исследования: оценка качества оказания помощи пациентам с толстокишечным кровотечением и разработка методов по ее улучшению.

Материалы и методы Исследование проводилось на базе ГКБ №15. Проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступавших с диагнозом: кишечное кровотечение.

Результаты Всего было исследовано 112 пациентов – 56,9% женщины, 43,1% – мужчины. Частота КНОЖКТ составила 6,2% от всех ЖКК. Средний возраст пациентов составил 72,7 года. Летальность – 6,3%. По источникам КНОЖКТ пациенты распределились следующим образом: эрозивно-язвенные поражения толстой кишки – 29,5%; дивертикулы – 33,9%; ЗНО – 16,1%; полипы – 12,5%; ангиодисплазии – 6,2%; полипэктомическая рана толстой кишки – 1,8%. Переливание крови потребовалось в 24% случаев КНОЖКТ. Из них: 42,1% – эрозивно-язвенные поражения толстой кишки; 36,8% – дивертикулы толстой кишки; 15,8% – ЗНО толстой кишки; 5,3% – ангиодисплазии толстой кишки. Эндоскопический гемостаз проводился в 9% случаев КНОЖКТ: 70% – при язвенных поражениях толстой кишки; 20% – ангиодисплазии толстой кишки; 10% – ЗНО толстой кишки. Наиболее часто

использовался метод клипирования – в 50% случаев. Также применялись аргон-усиленная коагуляция и комбинированный эндогемостаз. Радикальное вмешательство в виде резекции сигмовидной кишки потребовалось лишь в 1 случае – у пациентки, страдающей дивертикулярной болезнью, осложненной рецидивирующим кишечным кровотечением. При анализе умерших больных было выявлено, что кишечное кровотечение возникало вследствие декомпенсации основных заболеваний: злокачественные новообразования различных локализаций, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения. 80% умерших потребовали проведения гемотрансфузии. Все умершие были старше 65 лет.

Обсуждение и выводы Наиболее частыми и опасными источниками толстокишечного кровотечения являются дивертикулы ободочной кишки и эрозивно-язвенные поражения толстой кишки. Они в большинстве случаев становятся причиной госпитализации пациентов, чаще требуют проведения эндогемостаза и переливания крови, иногда требуют радикального оперативного лечения. Согласно данным нашего исследования можно выделить следующие факторы негативного прогноза толстокишечного кровотечения: пожилой возраст (старше 65 лет); потребность в проведении гемотрансфузии. Однако требуется дальнейшее исследование для подтверждения этого утверждения и выявления других факторов риска. Низкая частота эндоскопических гемостатических вмешательств при толстокишечных кровотечениях указывает на отсутствие необходимости выполнения колоноскопии в экстренном порядке, что позволит провести адекватную подготовку толстой кишки для более детального ее осмотра в отсроченном периоде. КТ-ангиография не показала своей диагностической ценности и не рекомендована нами для диагностики толстокишечного кровотечения. Планируется дальнейшее проведение исследования в этом направлении.

Ключевые слова: Толстокишечное кровотечение, эндоскопический гемостаз

---

444. Эндоваскулярное лечение папиентов с ХИУПК. Промежуточные результаты в течение 6 месяцев

Груздев Н.Н., Орлов А.Г., Антропов А.В., Атмадзас А.В., Атмадзас К.А., Борисов А.Г., Липин А.Н., Соболев Р.С., Танкаева З.М., Эминов Я.П.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница №14»

Введение: не смотря на успехи в эндоваскулярном лечение критической ишемии нижних конечностей, добиться полного закрытия раневого дефекта удается лишь у малой доли пациентов. У определенной части больных выполнение высоких ампутаций нижних конечностей становиться неизбежным методом лечения критической ишемии, что приводит к ухудшению качества жизни, повышает летальность.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты в течение 6 месяцев после выполнения транслюминальной баллонной ангиопластики артерий нижних конечностей у пациентов с облитерирующим атеросклерозом и сахарным диабетом.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 100 случайных историй болезни пациентов, перенесших эндоваскулярные операции (ТЛБА) за последний квартал 2021 года на базе отделения РХМДЛ СПБ ГБУЗ «Городская больница № 14». Характеристика группы: мужчины (64%) пожилого возраста (65,08±2,52 лет); женщины (36%) пожилого возраста (72,11±2,79 лет). Артериальные реконструкции выполнялись на подвздошно-бедренном, бедренно-подколенном сегментах, артериях голени и стопы. Оценка состояния пациента и динамика раны после выписки производилась путем телефонного опроса (пациента или его родственников).

Результаты: Прямой реваскуляризации стопы удалось добиться в 85% случаев, при этом доля пациентов с сахарным диабетом составила 64,7%. Среди пациентов с прямой реваскуляризацией у 55(64,7%) был сахарный диабет (СД) в качестве сопутствующего заболевания. Трофические изменения полностью зажили к 6 месяцам у 23 пациентов с прямой реваскуляризацией стопы (27%) и у 5 пациентов без прямой реваскуляризации (33,3%). В случае с прямой реваскуляризацией стопы было выделено 10 случаев с СД и 13 случаев без СД, что составило 18% и 43% соответственно. Среднее время ожидания от момента поступления до операции составило 14,72 дня. Среднее число дней госпитализации – 35,31 дня. В случае с прямой реваскуляризацией стопы время госпитализации от момента выполненной операции в среднем составило 16,15±3,47 дней, при непрямой госпитализации 21,33±8,11 дней. Повторные операции по восстановлению кровотока потребовалось в 15% случаев в

течение 6 месяцев после перенесенной ТЛБА. Всего было выполнено 16 ампутаций на уровне бедра или голени в первые 6 месяцев после ТЛБА: 12 случаев у пациентов с прямой реваскуляризацией стопы, что составило 14% от всех прямых реваскуляризаций стопы; 4 случая в группе с непрямой реваскуляризацией (26,6%). СД был у 10 пациентов с выполненной высокой ампутацией (62,5%). 90% случаев ампутации при СД (9 случаев из 10) были после прямой реваскуляризации стопы, в то время как в группе без СД и перенесенной ампутацией прямая реваскуляризация была только в 50% случаев. 16 пациентов умерли в первые 6 месяцев от выполненной ТЛБА. Средний возраст умерших составил 73,43±5,12 лет (ОАСНК – 38%, СД – 62%). Основная причина смерти – прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность (62,5%), новая коронавирусная инфекция SARS-COV-2 (18,75%), прогрессирующая полиорганная недостаточность (12,5%), инфаркт миокарда (6,25%). В 36 случаях не удалось выяснить судьбу пациентов из-за невозможности установить контакт.

Вывод: 1) Выполнение прямых реваскуляризаций значимо не увеличило процент заживления трофических нарушений в первые 6 месяцев и не повлияло на продолжительность госпитализации после выполненной ТЛБА в общей группе. 2) У пациентов в группе без СД выше доля закрытия раневого дефекта в первые полгода. 3) Доля высоких ампутаций выше в группе с непрямой реваскуляризацией. 4) Наличие СД повышает риск высоких ампутаций даже при наличии прямой реваскуляризации.

Ключевые слова: КИНК, ХИУПК, эндоваскулярная хирургия, сосудистая хирургия, ОАСНК, Диабет.

---

445. Ангиография через артериальный доступ на тыле левой кисти: зачем, кому и как?

Праздников Э.Н. (1), Миленькин Б.И. (1,2), Баранов Г.А. (1), Ткаченко А.В. (1)

Москва

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

Актуальность. Вопросы о выборе артериального доступа для ангиографических рентгенэндоваскулярных хирургических вмешательств (РЭХВ) продолжает дискутироваться. Недостатки магистральных доступов известны своими геморрагическими осложнениями, а периферические доступы на верхних конечностях в основном чреваты окклюзионными осложнениями и болевым синдромом. Доступы слева обоснованы и более привлекательны за счёт отсутствия проблем при продвижении инструментов по сравнению с «правосторонними» затруднениями в области плечеголовного ствола. Для лучевых доступов известным является удобство выполнения их на правой руке и значительные трудности катетеризации лучевой артерии на левой руке из-за технологической расстановки операционного оборудования. Дистализация доступа к лучевой артерии на тыле кисти как справа, как и слева стала возможной в условиях современных расходных материалов размерностью 4-6 Fr. Так как кисть левой руки может быть свободно размещена ближе к средней линии живота и максимально приближена к хирургу в физиологичном положении пронации, то ангиографическое вмешательство становится реально технически осуществимым.

Материалы и методы. Сравнивали 106 случаев РЭХВ из доступа к лучевой артерии справа в нижней трети предплечья и 104 – лучевой доступ на тыле левой кисти. Эффективность доступа в группах сравнения составила 94,3% и 96,2%. Общими причинами неудач были спазм артерии (6 случаев) и 4 случая кальциноза (3 из них в области плечеголовного ствола). Всем больным выполнены РЭХВ в объёме коронароангиографии, баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий. Средний возраст в обеих группах составил 65,2±11,2 и 68,4±11,9 лет. Мужчины доминировали в обеих группах (60 и 70%). Для РЭХВ использовали ангиографическую установку Infinity (Toshiba) и стандартные инструменты размерностью 6 Fr. Проходимость артерии и внутренний диаметр определяли на УЗ-сканере Acuson (Siemens).

Результаты. Условием для успешного выполнения РЭХВ из доступа является отчётливая пульсация артерии и отсутствие УЗ-признаков окклюзирования в зоне вмешательства. Доступ в нижней трети предплечья справа выполнен в 100 случаях из 106, а на тыле кисти слева – в 100 из 104 случаев. Диаметр лучевой артерии у мужчин в нижней трети предплечья 2,36±0,09 мм, а на тыле кисти 1,83±0,1 мм, что достоверно больше по сравнению с женщинами (2,14±0,11 мм и 1,7±0,09 мм, $p<0,001$). С учётом функциональной асимметрии верхней конечности (в популяции доминируют правши) достоверной разницы в диаметрах лучевой артерии справа и слева выявлено не было ($p>0,05$).

Обсуждение. Дистализация доступа на тыл кисти у пациентов, получающих антитромботическую терапию, приводит к снижению местных геморрагических осложнений до 5% (при доступе на предплечье – 28%). Болевой синдром по ВАШ-градации при наложении давящей гемостатической повязки меньше выражен на тыле кисти. Послеоперационных окклюзий артерии на тыле кисти не отмечено, а в зоне доступа на предплечье они составили 6%. Приоритетными показаниями для применения дистального лучевого доступа на тыле кисти слева являются отсутствие правой верхней конечности или её анатомические дефекты, препятствующие катетеризации лучевой артерии; воспалительные и гнойные заболевания правой верхней конечности, а также потребность в

сохранении функции для основной рабочей кисти у пациентов-правшей.

Выводы. Использованный доступ является выполнимым, воспроизводимым, альтернативным, относительно безопасным и сохраняющим лучевую артерию правой руки для возможных операций по мере потребности.

Рекомендации. Доступ к лучевой артерии на тыле левой кисти может быть рекомендован в клиническую практику как с учётом показаний, так и с учётом анатомо-топографических особенностей и важности сохранения функции «ведущей» руки.

Ключевые слова: рентгенэндоваскулярные хирургические вмешательства; сосудистый доступ, дистальный лучевой доступ; лучевая артерия

---

446. Оценка эффективности ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии в диагностике острого аппендицита у беременных

Войновский А.Е. (1), Семененко И.А. (1), Джамалудинова А.Д. (1), Пашковская А.А. (2)

Москва

1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
2) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Актуальность. Острый аппендицит является наиболее частой неакушерской хирургической патологией во время беременности, и наиболее частым показанием к экстренному хирургическому вмешательству. Частота острого аппендицита при беременности составляет от 0,07 до 0,5%, при этом беременные женщины не подвержены большему риску развития аппендицита. Однако, частота генгренозно-перфоративного аппендицита у беременных достигает 43%, что значительно выше, чем у небеременных и это является хирургической причиной потери плода номер один во время беременности с летальностью от 2 до 6%. Таким образом, быстрая и точная диагностика аппендицита серьезно влияет на исход беременности, а лучевая диагностика является решающей в диагностике аппендицита у беременных.

Цель работы. Оценка применения УЗИ и МРТ в диагностике острого аппендицита у беременных.

Материалы и методы. В исследование было включено 172 беременных женщин, доставленных в ГКБ им. С.С. Юдина в период с января 2019г. по декабрь 2021г. с диагнозом острый аппендицит. Из них, у 69 (40,1%) беременных женщин, которым диагноз острого аппендицита был подтвержден и выполнена аппендэктомия и 103 (59,9%) беременных женщин, у которых по результатам обследования острый аппендицит выявлен не был.

Результаты. Из 69 пациенток с диагнозом острый аппендицит во время беременности 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. По результатам гистологического исследования 69 прооперированных пациенток у 64 (92,8%) диагностирован острый флегмонозный аппендицит, у 5 (7,2) беременных диагностирован острый катаральный аппендицит. УЗИ выполнено 168 (97,7%) беременным перед операцией, МРТ – 110 пациенткам (64,0%). По данным литературы УЗИ в значительной степени зависит от оператора с чувствительностью и специфичностью в диапазоне от 50–100 до 33–95% соответственно. В нашем исследовании чувствительность УЗИ составила 31,8%, специфичность – 25,8%. При МРТ эти показатели были значительно выше: чувствительность данного метода диагностики в нашем исследовании составила 100%, а специфичность 66%. Признаками острого аппендицита на МРТ служили: увеличение диаметра червеобразного отростка до 7—18 мм – 23 (69,7%) пациентки, утолщение стенки червеобразного отростка до 2—5 мм – 17 (51,5%) пациенток, ограничение диффузии в червеобразном отростке – 23 (69,7%) пациентки, сужение просвета аппендикса – 5 (15,2%) пациенток. При этом в 6 случаях по результатам МРТ описывали картину острого аппендицита, который при дальнейшем наблюдении не подтвердился.

Заключение. Инструментальная диагностика аппендицита у беременных должна начинаться с ультразвукового исследования. Если диагноз остается неубедительным, целесообразно применение МРТ, который позволяет в большинстве случаев диагностировать острый аппендицит.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, УЗИ, МРТ, диагностика

---

447. Проблемные вопросы оценки эффективности работы койки дневного хирургического стационара

Воробьев В.В., Давыдов Д.В.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Декларативное положение о смещении центра оказания медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторное в настоящее время не находит своего подтверждения, в частности, в амбулаторной хирургии. Так, за последние 15 лет количество выполненных на амбулаторном этапе оперативных вмешательств уменьшилось с 6 062 тыс. операций в 2005 году до 5 683 тыс. в 2019 году, а количество выполненных операций в круглосуточных стационарах наоборот увеличилось соответственно с 8 735 тыс. до 10 080 тыс. При этом число больничных организаций в Российской Федерации уменьшается, а амбулаторно-поликлинических увеличивается. Особенно отмечается увеличение числа негосударственных амбулаторно-поликлинических организаций, за 10 лет более чем в 2 раза. Эти данные, косвенно свидетельствуют об оттоке в последние годы «хирургических больных» с догоспитального звена в «больничное». В тоже время лечение именно больных хирургического профиля на догоспитальном этапе является самым эффективным вследствие высокого ресурсосберегающего потенциала и качества лечения в дневных хирургических стационарах. Этот тезис подтверждается увеличением количества частных дневных стационаров. Наметилась тенденция по уменьшению объема работы в дневных хирургических стационарах в государственных учреждениях догоспитального звена, несмотря на увеличение количества амбулаторно-поликлинических учреждений. В первую очередь, это объясняется отсутствием критериев оценки эффективности работы и нормативных показателей деятельности дневных стационаров (ДС). В связи с этим в настоящее время, оценить работу ДХС, нагрузку на медицинский персонал, определить оптимальный штат не представляется возможным. Формирование штата ДХС (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012г. № 922-н) осуществляется вне зависимости от загрузки койки и от количества пролеченных пациентов. Между тем, основным показателем эффективности работы ДС является оборот койки. Чем выше оборот, тем эффективнее работа ДС. Отсутствие «нормативных показателей» работы дневных стационаров, методики сравнительной оценки их деятельности и закономерная вследствие этого, низкая загрузка койки и вследствие этого низкая рентабельность препятствуют дальнейшему развитию системы оказания медицинской помощи в государственных ДХС. Оборот койки в амбулаторно-поликлинических учреждениях Российской Федерации составляет всего 37-50. О какой эффективности работы ДХС можно говорить при таком обороте койки? При этом за период с 2010 по 2019 года количество коек в ДС медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, увеличилось на 14,4% (с 84 206 до 96 334 коек), а в амбулаторных условиях ? на 17,1% (с 135 484 до 158 690 коек). Однако средняя занятость койки в году в дневных стационарах больниц сократилась с 293 дней в 2010 году до 287 дней в 2019, а в дневных стационарах поликлиник с 322 дней в 2010 году до 309 дней в 2017 году [3]. Для сравнения среднее число дней занятости койки в стационарах больниц в 2010-2019 гг. составляло 310-319 дней. Эти данные свидетельствуют о простое коек ДС и о их недозагруженности и вследствие этого – экономической неэффективности. Ни в одном правоустанавливающем документе не учитывается оборот койки и в следствие этого не разрабатываются нормы ее загрузки, штат ДХС и оценка его деятельности не зависят от количества пролеченных пациентов, отсутствуют нормы снабжения койки вещевым имуществом, не осуществляется подсчёт экономической эффективности деятельности и др. При оценке работы ДХС не подсчитывается и вследствие этого никак не поощряется одно из основных направлений работы – ресурсосберегающая деятельность. Экономическая работа ДС оценивается только по «заработанным» средствам. Непосредственное финансирование дневных стационаров в нашей стране не осуществляется. По линии фонда территориального медицинского страхования и обязательного медицинского страхования (ОМС) существует явная диспропорция в финансовой оценке экономического случая лечения по сравнению с круглосуточными стационарами, что делает невыгодным развивать стационарозамещающие технологии. 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. 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 стационарозамещающие технологии и ресурсы для поощрения персонала. Необходима реальная, а не декларативная поддержка развития стационарозамещающих технологий на догоспитальном этапе со стороны организаторов здравоохранения. Требуется ввести целевое финансирование дневных стационаров, причем отдельной строкой из федерального или местного бюджетов. Территориальному фонду медицинского страхования и страховым кампаниям необходимо разработать методику подсчета экономии финансовых средств при лечении пациентов в ДХС и возврате их в бюджет ДХС.

Ключевые слова: стационарозамещающие технологии в хирургии, дневной хирургический стационар, пока-

затели деятельности дневного стационара, оборот койки, среднее число занятости койки, эффективность использования дневного хирургического стационара.

---

448. Хирургическое лечение множественных доброкачественных дисплазий молочной железы через единый доступ.

Борота А.А., Алиев Р.Н., Башмаков М.Н., Аль Ямани Н.Д.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава РФ

Актуальность: Доброкачественная дисплазия молочных желез (ДДМЖ) – самая распространенная патология молочных желез. Статистический учет ДДМЖ не ведется, но по оценкам ряда авторов, ее частота в женской популяции составляет 50% и выше. Максимальная заболеваемость ДДМЖ регистрируется в возрасте 40-44 лет, достигая 200-400:100 000/год с последующим медленным снижением к 65 годам. Некоторые формы ДДМЖ ассоциированы с повышенным риском развития рака молочной железы РМЖ в будущем. На данный момент в мировом сообществе не существует единого подхода к хирургическому лечению множественных ДДМЖ. Ряд авторов рекомендует удалять только наибольшие по размеру и наиболее перспективно агрессивные образование. Некоторые авторы предлагают выполнять отдельный доступ над каждым новообразованием, что приводит к неудовлетворительному косметическому результату. Основными проблемами в послеоперационном периоде является неудовлетворительный косметический результат в связи с множественными рубцами и лактационная дисфункция. В мировой литературе не найдено данных о вариантах хирургического лечения при множественном поражении молочной железы через единый разрез. В нашем случае выполняется единый разрез вне зависимости от количества новообразований на границе ареолы и кожи (в виде полукруга на 1/3 окружности ареолы) что приводит к минимальной травматизации анатомических структур для предупреждения развития нарушений лактационной дисфункции, что дает в результате хороший эстетический результат и приводит к улучшению качества жизни пациентов.

Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения множественных доброкачественных дисплазий молочной железы.

Материалы и методы: За период с 2017 по декабрь 2022 года в клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе хирургического отделения №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения 322 пациентов были оперированы по поводу ДДМЖ. В 242 случаях пациентам проведено хирургическое лечение по поводу единичного новообразования молочных желез. Из них 210 случаев – это единичное образование в одной молочной железе и 32 случаев – единичные образования одномоментно в правой и левой молочной железе. У 80 пациентов выполнено удаление множественных новообразований молочных желез через единый периареолярный доступ. Из них 50 пациента с множественными образованиями в одной молочной железе и 30 пациентов с множественными образованиями в обеих железах. При этом приоритетным считали необходимость удаления всех очагов из единого доступа. С целью динамического наблюдения за состоянием молочной железы всем пациентам проводили плановое УЗИ, физикальное обследование, анкетирование опросниками качества жизни.

Результаты: Повышение эффективности хирургического лечения при множественных узловых ДДМЖ путём удаления всех существующих очагов через единый доступ, что улучшит косметический результат в послеоперационном периоде с сохранением лактационной функции молочной железы что в результате повысит качество жизни пациентов.

Выводы: Считаем целесообразным и оправданным удаление всех существующих множественных узловых ДДМЖ через единый доступ.

Ключевые слова: ДДМЖ, единиый доступ.

---

449. Хирургическое лечение пациентов с хроническим медленным транзиторным запором.

Борота А.В., Шевченко Т.И., Аль Ямани Н.Д., Борота А.А., Алиев Р.Н., Шворoб Д.С.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава РФ

Актуальность: Хронический медленно-транзиторный запор – частое заболевание, которое встречается чаще у женского пола нежили у мужского, сложно поддающееся лечению в клинической практике, которое приводится в качестве причины для направления к гастроэнтерологам и колопроктологам. Начальный режим лечения строго консервативный, однако, у 37% пациентов заболевание прогрессирует, несмотря на высококачественное комплексное консервативное лечение. В случаях сохранения симптомов следует обсудить хирургическое лечение. С момента зарождения оперативных методов лечения данной патологии, проводится дискутирование показа-

ний к хирургическому вмешательству. На сегодняшний день не существует единого подхода и тактики лечения, нет четко определенных клинических критериев, и, что немаловажно, невозможно выбрать объем хирургического вмешательства.

Материалы и методы: За период с 2010 по 2023 годы в клинике общей хирургии №1 ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького МЗРФ на базе колопроктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения проходили лечение 134 пациента с медленно-транзитным запором. Прооперировано 93 пациентам (66, 4%). Женщин 77 (82, 7%), мужчин 16 (17,2%). Средний возраст – 39, 6 лет. Субкомпенсированная стадия фиксировалась у 33 (35, 4%), стадия декомпенсации – у 60 (64, 5%) 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 операции: резекция сигмовидной кишки – 1; левосторонняя гемиколэктомия – 3; субтотальная колэктомия – 89; в том числе: лапароскопически ассистированная субтотальная колэктомия – 19; монопортовая лапароскопически ассистированная субтотальная колэктомия – 5; лапароскопическая субтотальная колэктомия по NOSE10 – 1. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 4, илео-ректальный – 89 на уровне ректосигмоидного отдела прямой кишки с сохранением верхней прямокишечной артерии.

Результаты и обсуждение: В раннем послеоперационном периоде у 6-и (6, 4%) пациентов проявились данные осложнения: спаечная болезнь кишечника с частичной непроходимостью – 2; обострение хронического энтерита – 4, которые после операции корригировались консервативным лечением, 2 пациента были повторно оперированы, выполнен висцеролиз. Из 93, прооперированных нами, наблюдались удовлетворительные результаты у 76 (81, 7%) 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. Итог операции был благоприятным. У 19-ти (20, 4%) пациентов, которым были выполнены лапароскопические операции, наблюдалось: значительное понижение показателей травматического синдрома, уменьшение восстановительного периода (2-3суток), отсутствие болевого синдрома и косметического дефекта (послеоперационных рубцов). У 8-и (8, 6%) пациентов, перенесших операции, результаты лечения являлись удовлетворительными. У всех пациентов отмечалось значительное снижение болевого синдрома, общее самочувствие улучшилось, по окончании 11-14 койко-дней частота стула при выписке составила 3-4 раза в сутки. У 10-и (10, 7%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не показала ожидаемых результатов, т.е. неудовлетворительно. Не зафиксировано летальных исходов.

Выводы: Субтотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза дает наиболее благоприятный долгосрочный функциональный итог показателей при лечении хронического запора с медленным прохождением. Основанием неудач в хирургии хронического копростаза является неправильный выбор объема резекции толстой кишки. Видеоэндоскопические технологии в хирургическом лечении данной патологии являются высокоэффективными и перспективными.

Ключевые слова: Хронический медленно-транзиторный запор

---

450. Возможности применения до- и интраоперационной инструментальной навигации при эндовидеохирургических вмешательствах на щитовидной железе

Мещеряков В.Л. (1), Вторенко В.И. (1), Мударисов Р.Р. (1), Плохов В.Н. (2), Мноян А.Х. (1), Животов В.А. (4), Вертянкин С.В. (3), Турлыкова И.А. (3), Алексанян А.А. (1), Хохлатов Д.Э. (1), Дубровина Ю.И. (6), Казанова Л.А. (1)

Москва

1. Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения г. Москва
2. МЕДСИ, Клиническая больница №2
3. ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра факультетской хирургии и онкологии
4. Наци

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 видеоэндохирургических операций на щитовидной и паращитовидных железах.

Материалы и методы: На базе Хирургического отделения №1 ГКБ № 52 ДЗМ, Клиники факультетской хирургии и онкологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» при технической и методологической поддержке Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета в период с мая 2013 по апрель 2020 года 412 больным с различными заболеваниями щитовидной и паращитовидных желез выполнены эндоскопические вмешательства. Во всех случаях применялся аксиллярно-маммарным доступ. Характеристика пациентов по полу: 393 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 118, многоузловой зоб – у 178 пациентов, рак щитовидной железы у 59.

Результаты: Нами осуществлялись следующие оперативные вмешательства тиреоидэктомии – в 112, гемитиреоидэктомии – в 145 случаях, субтотальные резекции – в 47. 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. Так же нами впервые примене индоцианид ля верификации лифатических узлов в центральной клетчатке. 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 тестирован на завершающем этапе операции – окончательный контроль проводимости. 4. Определение отсутствия нарушений функции голосовых связок в послеоперационном периоде.

Выводы: 1. Современное оборудование для видеоэндоскопических вмешательств позволяют выполнить эндовидеохирургические операции на щитовидной и паращитовидных железах. 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. Инструментальная навигация значительно повышает безопасность хирургического вмешательства

Ключевые слова: Эндоспические операции на щитовидной железе, интраоперационный Нейромониторинг, инструментальная навигация

---

451. Хирургическое лечение врожденного стеноза трахеи

Алхасов А.Б., Ратников С.А., Фисенко А.П., Яцык С.П., Комина Е.И., Кузин С.А., Романова Е.А., Савельева М.С., Шубин Н.В.

Москва

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

Введение: врожденный стеноз трахеи редкое, жизнеугрожающее заболевание сопровождающееся развитием тяжелой дыхательной недостаточности. При данном заболевании трахея представлена полными хрящевыми кольцами и часто сочетается с пороком развития крупных магистральных сосудов и сердца. Скользящая трахеопластика впервые выполнена в 1989 году V. Tsang. и в настоящее время успешно применяется, позволяя увеличить выживаемость детей с врожденным стенозом трахеи.

Материалы и методы: с 2019 по 2023 год в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ Здоровья Детей» Минздрава России находилось 14 детей с врожденным стенозом трахеи. 9 мальчиков (64,25%) и 5 девочек (35,75%). Возраст на момент операции – 1,5 мес. – 6,5 лет (Среднее 14,7±9,3 мес.). Вес пациентов 3500 гр – 20,7 кг. (Среднее 8029,37±4119,37 гр.).

Результаты: У всех пациентов выявлены признаки дыхательной недостаточности. 6 пациентов (42,8%) доставлены в стационар на ИВЛ. По данным МСКТ просвет трахеи в самой узкой части стеноза 1,44 мм – 3,9 мм (Среднее 2,59±0,89 мм). Площадь трахеи в поперечном сечении – 0,0065 см2 до 0,12 см2 (среднее 0,052±0,036 см2). Протяженность стеноза – от 30 до 75% длины трахеи. Сопутствующий порок крупных магистральных сосудов и сердца выявлен у 10 детей. Стеноз гортани у 2 детей (14,28%). Двоим детям (14,28%) по месту жительства установлена трахеостома. Реконструктивно-пластические операции на дыхательных путях выполняли в условиях ЭКМО (11) и АИК (4). АИК проводился в случае необходимости коррекции ВПС. Циркулярная резекция трахеи выполнена 1 ребенку, скользящая трахеопластика – 13 детям, при этом 1 ребенку интраоперационно трахеостома удалена. Одному ребенку одномоментно выполнена эндоскопическая коррекция стеноза гортани, что

позволило избежать наложения трахеостомы в послеоперационном периоде. 5 детям одномоментно была выполнена коррекция ВПС: пластика ДМЖП – 1; реимплантация левой легочной артерии – 3; реимплантация подключичной артерии – 1. Длительность ИВЛ – от 4 до 15 суток. Выписаны из стационара на – 20,6±3,9 п/о сутки. В послеоперационном периоде у 2 пациентов (14,28%) выявлен односторонний парез голосовым связок, без дыхательной недостаточности. В 1 случае (7,14%) выполнена лазерная вапоризация гранулемы трахеи. Хороший результат в виде купирования дыхательной недостаточности получен у 12 (85,71%) пациентов. Во всех случаях удалось увеличить просвет трахеи от 1,5 до 2 раз. По данным МСКТ просвет трахеи после оперативного лечения – 3,5 мм – 12 мм (Среднее 6,1±3,36 мм). Площадь трахеи в поперечном сечении – 0,052 см2 – 0,42 см2 (среднее 0,213±0,144 см2). У 2 (14,28%) пациентов отмечалось развитие сепсиса, на фоне сопутствующей полирезистентной флоры, приведшей к тяжелой полиорганной недостаточности и летальному исходу. Погибшие дети были доставлены в стационар на ИВЛ в связи с резвившейся по месту жительства аспирационной пневмонией.

Выводы: Применение экстракорпорального кровообращения (ЭКМО и АИК) позволяет успешно выполнить реконструктивно-пластическую операцию на трахее. Выбор методики экстракорпорального кровообращения зависит от необходимости одномоментной коррекции порока сердца. Скользящая трахеопластика позволяет увеличить просвет трахеи в 1,5 – 2 раза. Пребывание ребенка на ИВЛ является прогностическим неблагоприятным фактором в исходе лечения врожденного стеноза трахеи.

Ключевые слова: врожденный стеноз трахеи; скользящая пластика трахеи; полные хрящевые кольца

---

452. Профилактика острого панкреатита после транспапиллярных вмешательств

Абдулжалилов М.К.1,2, Иманалиев М.Р.1,2, Хамидов М.А.1, Гусейнов А-К.Г.1, А.М.Абдулжалилов2

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Рост частоты развития острого панкреатита после транспапиллярных вмешательств свидетельствует о высокой актуальности данной проблемы в хирургии.

Материал и методы. В работе представлен анализ причин развития острого панкреатита после транспапиллярных вмешательств у 40 пациентов. Из них у 8(21,1%) пациентов диагностирован вклиненный конкремент в ампуле большого дуоденального соска (БДС) с клиническими признаками билиарной гипертензии, механической желтухи и острого панкреатита, 2 (25,0%) из них были мужчины. В этой группе пациентов последовательно были выполнены экстренная фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция, восстановление оттока желчи из желчных путей и ликвидация желчной гипертензии. Из них 6 (75,0%) пациентам были выполнены атипичная ЭПСТ игольчатым папиллотомом протяженостью 4-5 мм и удаление конкремента вклиненного в ампулу БДС, двум из них выполнена ЭПСТ на протяжении 10-11 мм и ревизия холедоха корзиной Дормиа, удалены конкременты из холедоха с наибольшим диаметром до 7 мм, лаваж холедоха физиологическим раствором объемом около 20 мл. Из 18 пациентов с холедоходитиазом, осложненным механической желтухой, после типичной ЭПСТ и литоэкстракции острый травматический панкреатит развился у 10(55,6%) пациентов, а у 2 из них (20,0%) – даже очаговый панкреонекроз в области головки. 14 пациентам с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, папиллотом с первой попытки удалось завести в устье холедоха, 18 пациентам папиллотом был заведен через устье БДС в холедох только со второй попытки. Полученные результаты. При вклиненном конкременте БДС, осложненном острым панкреатитом, уже на 2-3 сутки после ЭПСТ и литоэкстракции купировался болевой синдром, прекращались тошнота и рвота. Показатели амилазы крови снижались через сутки после операции на 73,8%, на 3 сутки – уже на 94,8%, а на 5 сутки показатели амилазы крови у всех пациентов нормализовались. У одного пациента после атипичной ЭПСТ с литоэкстрацией развился острый панкреатит в области головки с поражением 30% паренхимы железы по Balthazar с формированием парапанкреатического инфильтрата. При заведении папиллотома в холедох при ЭПСТ с первой попытки острый травматический панкреатит развился только лишь у 4 (28,6%) пациентов. При заведении папиллотома в холедох со второй попытки острый травматический панкреатит развился у 14 (84,0%) пациентов.

Обсуждение. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что развитию острого панкреатита при ЭПСТ способствовали, по – видимому, повторные травматичные манипуляции в области фатерова соска или в просвете главного панкреатического протока.

Выводы и рекомендации. 1. Основными причинами развития острого травматического панкреатита при ЭПСТ и литоэкстрации служат грубые манипуляции в области БДС. 2.При выполнении ЭПСТ игольчатым папиллотомом мы не наблюдали повышение показателей амилазы крови у пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, что указывает на малую трав-

матичность манипулчции и высокую эффективность применения данного инструмента для выполнения ЭПСТ при этой тяжелой патологии. 3. ЭПСТ и литоэкстракцию у пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, должны выполнять более опытные эндоскописты, осведомленные с основными причинами развития острого травматического панкреатита при танспапиллярных вмешательствах, но и имеющие большой практический опыт выполнения этих оперативных вмешательств.

Ключевые слова: Холедохолитиаз, механическая желтуха, папиллосфинктеротомия, острый травматический панкреатит

---

453. Опыт применения оригинального метода трансплантации поджелудочной железы

Коробка В.Л., Коробка Р.В., Кострыкин М.Ю., Шаповалов А.М., Гончар М.В., Пак Е.С., Нестеренко И.Н., Лагеза А.Б., Хоронько Р.Ю., Даблиз Р.О.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО РОКБ, РостГМУ

Актуальность: трансплантация панкреатодуоденального комплекса (ПДК) симультантно с трансплантацией почки (ТП) признана эффективным методом лечения инсулинрезистентного сахарного диабета (СД), позволяющим достичь хороших отдаленных результатов. Ежегодно в РФ выполняется около 15 трансплантаций ПДК. Однако, подобное оперативное вмешательство сопровождается значительным количеством осложнений, обусловленных сложностью хирургической техники. Общепринятыми методиками являются: тонкокишечная трансплантация ПЖ, забрюшинная трансплантация ПЖ с формированием дуодено-дуоденоанастомоза, мочепузырная и тонкокишечно-портальная трансплантация ПЖ. Тем не менее, частота осложнений остается высокой, вне зависимости от выбора. Чаще всего встречаются: тромбоз трансплантата – 12%, острый послеоперационный панкреатит трансплантированной железы – 35%, несостоятельность соустий –30%, развитие гнойных осложнений – 18%. Возможности их хирургического лечения остаются не высоки, что приводит к необходимости проведения экстренной трансплантатэктомии. Потребность в снижении выраженности послеоперационных осложнений, увеличении возможности их хирургической коррекции, а также повышении выживаемости трансплантата побудило нас к разработке собственного оригинального метода трансплантации ПДК.

Цель исследования: оценить эффективность разработанного метода трансплантации ПДК (патент РФ № 2757632) в аспекте профилактики распространенных внутрибрюшных гнойных осложнений, а также расширить возможности хирургического лечения осложнений после трансплантации ПДК.

Материалы и методы: основу нашей методики составляют несколько ключевых моментов: подготовка ПДК на предтрасплантационном этапе. Первично производят прецизионный забор ПДК, далее ушивают двенадцатиперстную кишку (ДПК) с обеих сторон, выполняют артериальную реконструкцию селезеночной и верхней брыжеечной артерии с использованием донорской Y-образной сосудистой вставки. Следующим важным моментом метода является расположение трансплантата. У реципиента осуществляют внебрюшинный доступ от симфиза латерально и вверх параллельно паховой связке справа. Выключают из пищеварения участок тонкой кишки длиной 20 см по Ру. Производят разрез брюшины размером, соответствующим поперечному диаметру тонкой кишки. Через него в рану выводят выключенную по Ру петлю тонкой кишки таким образом, чтобы ее свободный конец отступал от брюшины на 4 см. Размещают трансплантат ПДК в правой подвздошной ямке вдоль крыла подвздошной кости в инвертированном положении головкой книзу, дорсальной поверхностью кпереди. Формируют венозный анастомоз между воротной веной ПДК и правой подвздошной веной реципиента. Формируют артериальный анастомоз между Y-образной сосудистой вставкой и правой общей подвздошной артерией реципиента. Между подготовленной ДПК донора и свободным концом тонкой кишки реципиента формируют межкишечный анастомоз по типу «бок-в-бок». Забрюшинное пространство дренируют двумя дренажными силиконовыми трубками, установленными над и под ПДК. Данная методика трансплантации ПДК позволяет сохранить трансплантат в случае возникновения гнойных осложнений и предотвратить распространение инфекционного процесса в брюшную полость. С 2018 года в ГБУ РО РОКБ по оригинальной методике выполнено 3 симультанных трансплантации ПДК и почки. Все пациентки страдали СД 1 типа. В послеоперационном периоде в 2-х случаях развился послеоперационный деструктивный панкреатит ПДК с формированием парапанкреатического затека и аррозивного кровотечения, а у 1-ой пациентки развилась перфорация ДПК. Была выполнена ревизия операционной раны, дополнительное дренирование с наладкой промывной системы, что позволило избежать трансплантатэктомии, предотвратить распространение инфекции в брюшную полость, а также сохранить адекватную функцию ПДК. Во 1-м случае осложнений не наблюдалось. Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии с полной клинико-лабораторной компенсацией. Длительность наблюдения за пациентками более 3 лет. Функция трансплантата сохранена. На фоне соблюдаемой диеты необходимости в получении экзогенного инсулина нет.

Выводы: оригинальный метод трансплантации ПЖ рас-

ширяет возможности для хирургического лечения инфекционных осложнений, позволяет предотвратить распространение гнойного процесса в брюшную полость и избежать трансплантатэктомии. В тоже время, в случае необходимости позволяет с минимальной травматичностью произвести удаление ПДК, исключая повторное вхождение в брюшную полость.

Ключевые слова: трансплантация панкреатодуоденального комплекса, методика трансплантации поджелудочной железы, сахарный диабет

---

454. Использование эндоваскулярного гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях различной этиологии

Нуждихин А.В., Демченко И.Н., Неедро А.О., Андрианов М.Д.

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Актуальность. На сегоднящий день гастродуоденальные кровотечения различной этиологии сохраняют высокий уровень общей летальности, который колеблется в значительных пределах – от 3,3 до 14%. Особенно высокая летальность при гастродуоденальных кровотечениях у пожилых пациентов, коморбидных пациентов, пациентов высокого операционного риска, пациентов с опухолевой интоксикацией. При хирургическом вмешательстве на высоте кровотечения смертность варьирует в пределах 20-40%. Основной проблемой данных кровотечений является рецидив кровотечения, который в большинстве случаев носит фатальный характер. Кроме того, у пожилых больных с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным риском часто непереносимым является не только повторный рецидив кровотечения, но и операция, предпринятая на его фоне. Бурное развитие рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения позволяет остановить кровотечение без открытого оперативного вмешательства малоинвазивным методом.

Цель. Улучшение результатов лечения и снижение летальности у групп пациентов высокого хирургического риска при гастродуоденальных кровотечениях различной этиологии.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2023гг. пролечено 17 пациентов с кровотечениями из бассейна чревного ствола. Среди представленных случаев в 12 (70%) эндоваскулярное лечение стало окончательным способом гемостаза. В 5 (30%) случаях одним из этапов, позволившим выполнить радикальное вмешательство в отсроченном периоде.

Результаты 2 пациента с местнораспространенными формами рака желудка, рецидивирующим кровотеченнием, что в данном случае не позволило выполнить радикального лечения. (Эмболизация левой желудочной артерии) – стабильный гемостаз. Единственный метод лечения! 4 пациентов с сосудистыми мальформациями 12-перстной кишки (Эмболизация гастродуоденальной артерии) – рецидива кровотечения не было. Повторных вмешательств не потребовалось. 1 пациентка с панкреатитом, панкреонекрозом (Первично пациентке выполнена пункционная биопсия образования поджелудочной железы с развитием в послеоперационном периоде острого панкреатита, панкреонекроза) – Эмболизация ГДА как окончательный метод гемостаза. 3 пациента с опухолью забрюшинного пространства (Эмболизация гастродуоденальной артерии) – рецидива кровотечения не было! В последующем удаление образования забрюшинного пространства. 3 пациентки со злокачественной опухоль БДС (Эмболизация гастродуоденальной артерии) – кровотечение остановлено. Рецидив. 2 пациентки со злокачественным новообразованием головки поджелудочной железы (Эмболизация гастродуоденальной артерии) – рецидив кровотечения. 2 пациента с язвенной болезнью желудка (Эмболизация левой желудочной артерии) – рецидива кровотечения не было.

Выводы 1. Артериальная эмболизация является эффективным методом лечения при гастродуоденальных кровотечениях при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны 2. Эндоваскулярные вмешательства являются малоинвазивными методами, позволяющими минимизировать полостные вмешательства на высоте кровотечения. 3. Менее эффективными данные методы являются при злокачественных новообразованиях ГПДЗ. 4. Одним из основных условий данной методики является возможность выполнения в многопрофильных стационарах, а также наличие мультидисциплинарной бригады врачей в круглосуточном режиме.

Ключевые слова: Гастродуоденальные кровотечения, эндоваскулярный гемостаз.

---

455. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей

Алхасов А.Б., Савельева М.С., Фисенко А.П., Яцык С.П., Комина Е.И., Ратников С.А., Романова Е.А., Шмыкова А.О.

Москва

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»

Актуальность: портальная гипертензия – это синдром, который характеризуется повышением давления в системе воротной вены. Наиболее тяжелым осложнением данного заболевания является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Целью лечения детей с портальной гипертензией на современном этапе, является не только купирование симптомов, но и возможное восстановление внутрипеченочного кровотока. Цель: улучшение результатов хирургического лечения детей с портальной гипертензией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения детей с диагнозом портальная гипертензия у 91 ребенка (50 мальчиков – 55%, 41 девочка – 45%), которые были прооперированы в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России за период с 2019 по 2022 год. Средний возраст пациентов составил 7+-1 год. У 79 (87%) пациентов имелась внепеченочная форма портальной гипертензии, у 12 (13%) пациентов внутрипеченочная форма (11 детей – врожденный фиброз печени, 1 – цирроз печени). У 15 детей ранее в других медицинских учреждениях были выполнены различные варианты порто-кавальных шунтов. До госпитализации эпизоды кровотечения из варикозных вен пищевода отмечались у 54 (59%) детей.

Результаты: У всех пациентов достигнут хороший результат хирургического лечения, стойкая ремиссия кровотечений, у 88 (97%) пациентов сосудистый шунт функционирует удовлетворительно. Мезентерико-портальное шунтирование было выполнено у 17 (19%) детей, мезо-кавальное шунтирование – 23 (25%) детей (мезо-кавальный Н-шунт – 18, мезо-кавальный шунт бок-в-бок – 5), сплено-ренальное шунтирование – 51 (56%) детей. У 2 (2,2%) детей в раннем п/о периоде выполнена реконструкция шунта в связи с его дисфункцией. У 11 (13%) детей дисфункция шунта возникла в отдаленном п/о периоде. В 9 случаях из них выполнена повторная шунтирующая операция (реконструкция мезентерико-портального шунта – 1, реконструкция сплено-ренального шунта – 2, мезо-кавальное Н-шунтирование – 6), а в 3 остальных случаях – склеротерапия в виду малого диаметра сосудов и возраста. Во всех 3 случаях склеротерапии в дальнейшем планируется выполнение повторных шунтирующих операций.

Выводы: Наиболее оптимальным методом лечения при внепеченочной портальной гипертензии у детей является выполнение мезентерико-портального шунтирования, которая позволяет восстановить нормальную анатомию воротной вены и портальный кровоток печени. При невозможности наложения мезо-портального шунта с целью профилактики развития кровотечения операцией выбора является выполнение сплено-ренального шунтирования. Мезентерико-кавальное шунтирование является операцией резерва.

Ключевые слова: Портальная гипертензия, мезо-портальный шунт, сплено-ренальный шунт, склерозирование, варикозное расширение вен пищевода

---

456. Варианты хирургического лечения больных местно-распространенным раком щитовидной железы

Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. При недостаточном хирургическом профессионализме перспектива выполнения непрестижных высоко затратных операций при запущенном раке щитовидной железы (РЩЖ) создаёт для больных реальную вероятность попасть в разряд неоперабельных.

Цель. Оценить отдаленные результаты лечения больных местно-распространенным раком щитовидной железы.

Материал и методы. В исследование включены 145 больных РЩЖ, которым больным было отказано в хирургическом лечении в других стационарах в связи с распространённостью первичных и рецидивных карцином. Среди них было 30 (21%) мужчин и 115 (79%) женщин. Соотношение 1:4. В общей группе – 1:7,4. Средний возраст больных равен 57,7±2,0 г., что значительно превысило аналогичный показатель (51,6±0,17 г.) в общей группе. Всем 145 пациентам нами выполнены комбинированные операции (КО). Стернотомический доступ понадобился при 12 (8,1%) вмешательствах. У 19 (13,1%) больных операции оказались паллиативными. Гистологическая структура опухолей: папиллярный рак выявлен в 75,5%, фолликулярный – в 9,4%, медуллярный – в 15,1%.

Результаты. Карциномы распространялись на мышцы шеи в 67,2%, гортани – в 6,6%; возвратный гортанный нерв (ВГН) – в 37,9%, в трахею – в 35,2%, в гортань – в 13,7%, глотку и пищевод – в 23,8%, крупные сосуды – в 21,9% наблюдениях. Расстройство голоса отмечено в 20,9%. Рецидив РЩЖ, при наблюдении более 10 лет, отмечен в 7,0%, где ВГН выделялся из опухоли, а не резецировался. Если карцинома врастала до глубины

подслизистой оболочки выполнены бреющие резекции, боковые резекции трахеи, гортани, глотки и пищевода. При более глубокой инвазии половины и более окружности органов предпринимались циркулярные резекции. Неожиданные специфические осложнения отмечены в 6,2%, летальность – в 1,6%. Отдалённые результаты лечения прослежены в 84,6% в среднем – 9,7±1,9 г. После КО средняя продолжительность жизни больных составила 9,6±0,8 г.; 5-летний рубеж пережили 81,9%, 10-летний – 71,1% пациентов. После органосберегающих операций 80,5% больных пережили 5 лет и 71,2% 10 лет, а после циркулярных резекций – 35 и 7% соответственно. Продлению жизни части (25,7%) больных служили курсы лечения радиоактивным йодом.

Вывод. Профессионально выполненные КО при местно-распространённом РЩЖ обеспечили выздоровление или значительное продление жизни в большинстве наблюдений.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, тиреоидэктомия, местно-распространенный рак щитовидной железы

---

457. Холангиолитиаз и стеноз БСДК: антеградная эндобилиарная эндоскопическая диагностика и лечение

Прудков М.И. (1), Ковалевский А.Д. (1,2)

Екатеринбург

1. ФГБУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
2. ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 14»

Цель. Анализ возможностей антеградных эндобилиарных вдиагностических и лечебных вмешательств у больных холангиолитиазом и доброкачественными стенозами большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) в условиях специализированного центра.

Материалы и методы. С 2017 – 2019 г.г. в ГКБ №14 г. Екатеринбурга пролечено 230 больных 18-94 лет (средний возраст – 63,5 ± 12,7 года) с функционирующими желчными дренажами, ранее оперированных в общей сети хирургических стационаров. У 211 (91,7%) больных дренаж в желчные протоки, в большинстве случаев Т-образный, был установлен в холедохотомный разрез из минидоступа или широкой лапаротомии, у 15 (6,5%) через культю пузырного протока, а у 4 (1,8%) – пункционно через паренхиму печени. Показаниями к чресфистульной холангиоскопии считали суточный дебит желчи по дренажу >300 мл, прямые признаки холангиолитиаза на чрездренажных холангиограммах (131 пациент), стеноза БСДК (55 больных) и косвенные признаки нарушения дренажной функции протоков по несоответствию клинической картины данным УЗИ, КТ, МРТ, чрездренажных и чресфистульных исследований (44 пациента). У 37 пациентов, для создания беспрепятственного доступа инструментов в протоки потребовалась предварительная дилатация или выпрямление свищевого канала. Далее, до и после удаления камней, по динамике наружного дебита жечи, результатам чрездренажной холангиографии и чресфистульной фиброхолангиоскопии (желчь, билиарный сладж, микролитиаз и другие микровключения) оценивали билиарный пассаж желчи в кишечник через терминальный отдел холедоха (ТОХ).

Результаты. Камни в протоках при чресфистульной холангиоскопии были выявлены у 158 (68,7%) больных – удалены во всех наблюдениях. 32 пациентам при крупном холедохолитиазе выполнена контактная литотрипсия. У 37 больных с неизмененным пассажем желчи через ТОХ после удаления камней дополнительных манипуляций не потребовалось. В 112 случаях, первично затрудненный пассаж нормализовался после устранения причины папиллита (ампулярный холедохолитиаз, дренаж в ампуле холедоха) и купирования воспалительных изменений. У 81 пациента нарушения эвакуации стойко сохранялись. 70 из них была выполнена дозированная рандеву-папиллотомия, 7 – антеградная баллонная дилатация. Еще 4 больным была реализована комбинация рандеву-папиллотомии с антеградной баллонной дилатацией. Общая частота осложнений составила 6,1%, III-IV по Clavien-Dindo 2,2%, летальность 0,9%.

Обсуждение. Комбинированное применение чрездренажной холангиографии и диагностической чресфистульной холангиоскопии увеличило чувствительность диагностики холангиолитиаза на 11,96%, специфичность – на 52,8%, а диагностическую ценность – на 20% по сравнению с изолированным рентгенологическим исследованием желчных протоков.. Чресфистульная холангиоскопия оказалась наиболее эффективной в диагностике нарушений естественного пассажа желчи: чувствительность метода составила 97,5%, специфичность – 94,6% и диагностическая ценность 90,8%. Антеградная чресфистульная холедохоскопия и визуальный контроль миграции билиарного сладжа через БСДК дают возможность оценить его функциональную состоятельность и лучше понимать механизм возникновения билиарной гипертензии при его сужениях или деформации. В результате уточненной диагностики у 148 больных из 230 (64,4%) удалось избежать напрасной папиллотомии и связанных с ней дополнительных затрат, неудобств и рисков для пациента.

Выводы. Антеградные чресфистульные методы исследования и санации желчных протоков с использованием холангиоскопии являются важным дополнением современной желчной хирургии, а их внедрение наиболее

целесообразно в специализированных центрах, концентрирующих у себя больных с резидуальной патологией желчевыводящих путей из общей сети хирургических стационаров.

Ключевые слова: Холангиолитиаз, стеноз холедоха, чресфистульная холангиоскопия, наружный дренаж холедоха.

---

458. Непосредственные и отдаленные осложнения оперативных вмешательств при варикозной болезни нижних конечностей

Тарасов С.Л., Бирюков А.В, Шарифуллина Р.Р., Никонов А.В., Лавинский Р.В., Ефремов Д.П., Пономарев С.В., Гагарин А.В., Крохин А.А.

Ижевск

Клинический центр «Медиаль»

Актуальность. Чем шире применяется эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) в лечении варикозной болезни нижних конечностей, тем чаще приходится сталкиваться с ее осложнениями. Ошибки, которые неизбежно возникают в работе флеболога, приводят к опасности развития осложнений. В систематических обзорах по ЭВЛО частота тяжелых венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) не превышает 1%. После термооблитерации частота тромбоза глубоких вен (ТГВ) составляет 1 случай на 2500 вмешательств, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) – 1 на 10000, смерти от ВТЭО – 1 на 50000, зарегистрировано 7 случаев фатальной периоперационной ТЭЛА.

Материал и методы. В клиническом центре «Медиаль» за последние три года (с 20020 по 2022), выполнено ЭВЛО вен у 3108 пациентов, 895 эхо контролируемых склеротерапий и 678 минфлебэктомий варикозных притоков подкожных вен (С2,3 стадией заболевания). У 73% пациентов выполнены операции на правой и левой конечностях. В структуре пациентов преобладали женщины 2269 (73%). Средний возраст пациентов составил 48,5±6 лет. Все операции проводились в условиях стационара хирургического профиля. У пациентов с высоким индексом развития ВТЭО по шкале Каприни применяли низкомолекулярные гепарины (НМГ) в профилактических дозах. Полученные результаты. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт и амбулаторное наблюдение у 3097(99,6%) пациентов. Амбулаторное наблюдение проводилось на 1,4, и 12 месяц с момента операции. У всех пациентов достигнут хороший и положительный результат. В двух случаях на вторые сутки после операции выявлена ТЭЛА, причиной которой явился ТГВ голеней. Обоим пациенткам проводилась стандартная терапия ТЭЛА с положительным эффектом. Гнойно-септических и фатальных геморрагических осложнений не было. В одном случае после склеротерапии варикозных вен выявлен некроз кожи, на 6 сутки после операции не потребовавший инвазивных вмешательств. У трех пациентов после минифлебэктомии обнаружены клинически значимые подкожные гематомы, потребовавшие пункционных эвакуаций. Летальных исходов в ближайшем и отдаленном периодах не выявлено.

Выводы. Таким образом по шкале Clavien-Dindo выявлены следующие осложнения: I – 1 пациент, IIIa – 3и IV-у 2 пациентов. У пациентов первой и третьей групп коррекция осложнений проводилась амбулаторно. В четвертой группе лечение проводилось в условиях отделения интенсивной терапии и стационаре сердечно-сосудистой хирургии.

Рекомендации. ЭВЛО, минифлебэктомия и слеротерапия эффективные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей, имеющих малый процент осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Вместе с тем эти данные не отражают клиническую значимость выявляемых осложнений и потребность в тромбопрофилактике ТГВ и ВТЭО. Следует учитывать, что ВТЭО вплоть до фатальных ТЭЛА может развиться отсрочено, через 3 и более недель после операции.

Ключевые слова: эндовеннозная лазерная облитерация, тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз глубоких вен, венозные тромбоэмболические осложнения

---

459. Выбор оптимальной методики видеоэндоскопической операции при прогрессировании и рецидиве ахалазии кардии

Аллахвердян А.С., Анипченко А.Н.

Москва

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

Актуальность В настоящее время от консервативных методов лечения больных ахалазии кардии (АК) практически повсеместно отказались ввиду их низкой эффективности. В лечении АК «золотым стандартом» является лапароскопическая эзофагокардиомитомия, дополненная фундопликацией в различных модификациях. Органосохраняющие операции редко обеспечивают положительный эффект у пациентов с IV стадией заболевания. Это касается также пациентов, перенесших неудачные гастрокардиопластические операции. В таких случаях целесообразно проводить резекционные операции. Внедрение видеоэндоскопической хирургии дало воз-

можность выполнять миниинвазивные операции по удалению пищевода с одномоментной эзофагопластикой. Тем не менее до сих пор не найден консенсус в вопросе оптимальной тактики лечения АК. В первую очередь это касается выбора наиболее эффективного метода лечения при «запущенных» формах АК и в случае рецидива и прогрессирования заболевания.

Материал и методы В 2003—2018 гг. 320 пациентов с АК прошли хирургическое лечение в нашей клинике (женщин – 63,1%, мужчин – 36,9%). У 55% (176/320) пациентов была диагностирована «запущенная» форма АК (III—IV стадии). У 108 (87,1%) из них в различные сроки наблюдения было выявлено прогрессирование заболевания (срок наблюдения до 15 лет). Резекции/экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой были выполнены пациентам с «запущенными» формами или рецидивами АК в 17,2% (55 из 320) случаев, лапароскопическим или комбинированным лапароторакоскопическим доступами – 26 (47,3%) из 55 пациентов. Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с фундопликацией из 108 пациентов была у 82 (75,9%). В 23,1% (25/108) случаев была выполнена резекция/экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой, а 9 больным – лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Рецидивы АК после эзофагокардиомиотомии были отмечены у 10 (5,3%) из 187 пациентов.

Обсуждение Кардиодилатация у наших пациентов оказалась мало эффективной – 11 (9,2%). Причем частота выявления рецидива АК увеличивалась пропорционально сроку наблюдения. Эзофагокардиомиотомия оказалась эффективной у 103 (91,2%) пациентов с «запущенными» формами (АК III—IV стадии). При адекватном восстановлении проходимости кардии при АК III-IV стадии после лапароскопической эзофагокардиомиотомии в сочетании с надежной фундопликацией в 91,2% происходит восстановление перистальтики пищевода и значительное сужение его просвета даже при выраженном S-образном расширении до операции. Паллиативная по своей сути лапароскопическая эзофагокардиомиотомия может оказаться высокоэффективной даже в случае «запущенных» форм АК, но при обязательном соблюдении следующих условий: полноценной мобилизации S-образно изогнутого пищевода в области нижнегрудного отдела для низведения его в брюшную полость; длиной разреза по протяженности при эзофагокардиомиотомии в 10-12 см (8,0-8,5 см – на пищеводе и 3,0-3,5 см – на дне желудка); фиксации пищевода к ножкам диафрагмы после эзофагокардиомиотомии и формирования фундопликационной манжеты.

Выводы и рекомендации Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия при соблюдении необходимых условий позволяет снизить риск рецидива дисфагии, в том числе у пациентов с «запущенными» формами ахалазии кардии. При высоком риске аспирационной пневмонии, ахалазии кардии IV стадии, рецидиве после органосберегающей операции и/или кардиодилатации методом выбора является видеоэндоскопическая экстирпация/резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой.

Ключевые слова: Ахалазия кардии

---

460. Неудачи, трудности и осложнения при выполнении операции ТИПС

Шиповский В.Н. (1,2), Цициашвили М.Ш. (1), Монахов Д.В. (1,2), Забадаева О.Б. (1,2), Пилипосян Е.А. (2)

Москва

1- Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета ФГАОУ ВОРНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ 2- ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д.

Операция ТИПС является одной сложных вмешательств в эндоваскулярной хирургии. На начальных этапах её выполнения рентгенохирург может встретить ряд сложностей, проблем и ошибок. В клинике акад. Затевахина И.И. (2002-2023 гг..) накоплен опыт выполнения 336 первичных операций ТИПС и более 100 повторных операций при дисфункции шунта после ТИПС. Задача представленного материала – помочь коллегам овладевающим техникой операции ТИПС избежать наших неудач и ошибок. Самое грозное осложнение с которым мы столкнулись– разрыв капсулы печени при пункции иглой Rosh-Uchida и профузным кровотечением в брюшную полость (n=2). Ещё один больной погиб от «портализации» кавального кровотока и неконтролируемой энцефалопатии в течение первых суток. Интраоперационная летальность-0%, госпитальная -0,9%. Неудачные попытки антеградной пункции ярёмной вены можно избежать с использованием УЗИ-навигации или пункции вены в режиме Roadmap. Существенные проблемы (в течение больше 30 мин,(n=30; 8,9%) возникли при катетеризации правой печёночной вены в VI сегменте печени. Причина – диффузное стенозирование вены до 4 мм, отхождение её от полой вены под углом 90?, стеноз устья печёночной вены, выраженная гипоплазия и ротация печени из-за цирроза печени и асцита. Основные решения этой проблемы: замена правостороннего ярёмного доступа на левосторонний и использование коротких 90 см катетеров 8F MP1. Основной проблемой создания ТИПС является пункция иглой Rosh-Uchida правой ветви воротной вены. Технический успех пункции на начальном этапе (первые 10 лет) составил у нас –95%, последние годы – 100%. Среднее количество пункций печени на начальном этапе достигало 15-30, в последние годы – 5-7. Непреднамеренная пункция общего печёночного протока (n=4),

почечной вены (n=2), ветвей печёночной вены (n=22) к осложнениям не привело. Пункция свободной брюшной полости у 32-х больных при напряжённом асците (9,5%) привело в 4 наблюдениях (1,2%) к выраженному кровотечению в свободную брюшную полость и падению Hg до 75 г/л, потребовавшего переливания эритроцитарной и тромбоцитарной масс. «Периферическая» катетеризация сегментарных ветвей воротной вены успешно в 93,3% переводится в ствол воротной вены с помощью «глайд»-проводников и манипуляционных катетеров, но в нашем опыте пролонгировалась на 40 мин. Дальнейшие этапы операции у 270 больных (80,4%) выполнялись на «жёстком» при использовании которого существует опасность разрыва брыжеечных вен, которого в нашем опыте удалось избежать. Следующая «патовая» ситуация может возникнуть при невозможности провести баллонную порцию катетера через печень в воротную вену. Нам удалось избежать неудач использовав баллон-катетеры с низким профилем. В 43 наблюдениях (12,8%) одномоментно с ТИПС производилась попытка эмболизация кардиальных вен желудка, но 9 (20,9%) них она была неудачна. Причина-попытка катетеризации производились после установки стента в спавшихся венах из-за декомпрессии портальной системы. Следовательно, выполнение эмболизации афферентных ветвей к вариксам пищевода при кровотечении должно быть выполнено перед имплантацией стента. В нашем опыте мы использовали 14 видов различных голометаллических стентов и стент-графтов. Выявлено, что лучшие отдалённые результаты показали стент-графы – Viatorr(Gore), Hanarostent(MITech) и Sandvich (Bard). Непосредственный технический успех имплантации Viatorr 100%, Hanarostent – 92,7%, Sandvich – 97,7%. Неудача у 4-х больных (7,3%) с Hanarostent заключалась в тромбозе в течение 24 часов после имплантации и потребовавшая срочную операцию реканализацию и баллонную дилатацию в стенте, причина тромбоза осталась неизвестна. Неудача у 2-х больных (2,3%) с Sandvich заключалась в миграции стента (balloone-expendable) в ветви лёгочной артерии без дефицита лёгочной перфузии.

Ключевые слова: ТИПС, осложнения, портальная гипертензия

---

461. Первый опыт имплантации стент-графтов HANAROSTENT и SANDVICH при операции ТИПС

Шиповский В.Н. (1,2), Цициашвили М.Ш. (1), Монахов Д.В. (1,2), Забадаева О.Б. (1,2), Пилипосян Е.А. (2)

Москва

1- Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета ФГАОУ ВОРНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ 2- ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ»

Актуальность. Лечение больных с осложнениями портальной гипертензии (кровотечение, асцит) остаётся одной из нерешённых проблем современной медицины, прежде всего из-за полисиндромного характера цирроза печени и неудовлетворительных результатов хирургического лечения.

Целью проведенной работы является сравнение результатов лечения больных с использованием двух видов стент-графтов Hanarostent и Sandvich после операции ТИПС. Проведен ретроспективный анализ 120 пациентов после операции ТИПС с использованием двух модификаций стент-графта – Sandvich (n=55; 45,8%) и Hanarostent (n=65; 54,2%). Клиническими показаниями явились: кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода у 54 (45,0%) больных, резистентный к диуретической терапии асцитический синдром у 46 пациентов (38,4%) и сочетание этих клинических симптомов в 20 наблюдениях (16,6%). Распределение больных по тяжести печёночно-клеточной недостаточности по шкале Child-Pugh: A -2 (1,7%), B- 57 (47,5%), C- 61 (50,8%). Распределение по этиологии:- гепатит B-25 (20,8%) пациентов, гепатит C – 22 (18,3%), смешанная форма – 27 (22,5%), хроническая алкогольная интоксикация – 25 (20,8%), аутоиммунное заболевание печени – 17 (14,2%), болезнь Ослера-Рандю-Вебера у 2 (1,7%) и идиопатическая форма – 2 (1,7%). Возраст больных варьировал от 51,3± 10,5 лет (от 32 до 71 года). Мужчин было 68 (56,6%), женщин – 58 (48,4%). Первичный технический (ангиографический) успех операции TIPS – 100%. Градиент порто-системного давления снизился с 35,5 ± 5,2 мм рт. ст. до операции до 13,4 ± 2,6 мм рт. ст. после операции (p = 0,005). Госпитальная летальность -0%. Больные были прослежены в отдалённом периоде от 6 мес. до 32 мес. В позднем послеоперационном периоде дисфункция шунта выявлена в 12 случаях (10,0%). Причиной дисфункции явились – тромбоз стент-графта в Hanarostent (n-4; 33,3%), тромбоз стент-графта в Sandvich (6; 50,0%), стеноз печёночной вены выше стента у 2-х больных в группе Sandvich (n-2; 16,7%). Это потребовало повторных реинтервенций для восстановления просвета шунта: баллонная дилатация (n-7; 58,4%), имплантация второго последовательного стента в печёночную вену (n-5; 41,6%). Кумулятивная первичная проходимость по Каплан-Майеру в группе Sandvich составила 93,1%, 89,0%, 66,7% при интервалах наблюдения 6, 24, 32 меся-

цев, соответственно. Кумулятивная первичная проходимость по Каплан-Майеру в группе Hanarostent составила 85,7%, 75,0%, 67,5% при интервалах наблюдения 6, 24,32 месяцев, соответственно. За время наблюдения зарегистрировано 7 летальных исходов (5,8%), в группе Sandvich -4 случая, Hanarostent-3. Все больные умерли от прогрессирования печёночно-клеточной недостаточности.

Результаты первичной проходимости стент-графта в течение первого года после операции ТИПС лучше при применении стентовой конструкции Sandvich в отличие от имплантации Hanarostent (89% vs 75%). Однако, при наблюдении больных более 32 месяцев первичная проходимость в двух группах существенно снижается и выходит на сопоставимые уровни – (66,7% vs 67,5%).

Ключевые слова: ТИПС, Hanarostent, Sandvich

---

462. Оказание ангиохирургической помощи в условиях современного вооруженного конфликта

Замский К.С., Петров К.Ю., Гайдуков А.В., Кранин Д.Л.

Москва

ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» МО РФ

Частота сосудистой травмы в военное время достигает 15% (в зависимости от военно-тактической обстановки, используемого вооружения на стратегическом направлении).

Цель: улучшение оказания ангиохирургической помощи раненым на различных этапах оказания медицинской помощи.

Материал и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 148 раненых с повреждением магистральных артерий на разных этапах оказания помощи – ОМедО (СпН) – за 3 месяца, ГВКГ им.Н.Н.Бурденко – за период с февраля 2022 года по февраль 2023 года. На этапе ОМедО (СпН) сотрудником отделения в период прикомандирования с целью усиления этапа оказания помощи выполнено: ревизия и ПХО – 27 раненым, аутовенозное протезирование – у 10-х раненых; пластика артерий (шов) – у 2-х раненых; первичная ампутация – у 4-х раненых. Сроки поступления раненых авиационным и колесным транспортом на этап оказания помощи с момента получения повреждения магистральных сосудов в среднем составляли 4-6 часов. На этапе оказания специализированной хирургической помощи в ГВКГ проведено ревизий и повторных ПХО – 211, артериальных реконструкций – 42, разобщений артерио-венозных фистул – 24 (из них 20 с протезированием сосудов), эндоваскулярных эмболизаций периферических аневризм – 8, эмболизаций артерио-венозных фистул – 11 (эндоваскулярные вмешательства выполнялись сотрудниками отделения рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в условиях рентген-операционной), удалений инородных тел в проекции магистральных сосудов – 13, первичных ампутаций – 6, вторичных – 10. С временными протезами кровеносных сосудов на этап оказания специализированной медицинской помощи поступило 9 раненых. Сроки поступления раненых авиационным транспортом с момента получения повреждения магистральных сосудов в среднем составляли 24-72 часа.

Результаты: Частота ранений магистральных сосудов от общего числа раненых составляет от 10 до 15% (зависит от типа выполняемых личным составом боевых задач и используемого вооружения на данном участке фронта). На этапе специализированной хирургической помощи (уровень 5) «открытые» ангиохирургические операции составили 87% от общего числа вмешательств, выполняемых по поводу ранений сосудов, эндоваскулярные же вмешательства, в свою очередь, составили 13%. К ампутациям на уровне оказания помощи в ОМедО (СпН) приводили следующие факторы: отрыв и частичный отрыв конечностей (2 случая), необратимая ишемия сегмента конечности (2 случая). В ГВКГ им.Н.Н.Бурденко к ампутациям привели следующие причины: необратимая ишемия на момент поступления раненого на этап (6 случаев); аррозионные кровотечения из зоны выполненных ранее реконструкций на фоне продолжающегося воспаления и некроза тканей (4 случая), прогрессирование гнойно-некротических процессов в огнестрельной ране на фоне проведения этапных некрэктомий с бесперспективностью восстановления функции конечности (6 случаев). Частота ампутаций на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи с элементами специализированной ОМедО (СпН) составила 15% от общего числа раненых с повреждением магистральных сосудов. На этапе специализированной хирургической помощи в ГВКГ им.Н.Н.Бурденко частота ампутаций составила 11%. Из 10 выполненных реконструктивных реваскуляризирующих вмешательств на этапе ОМедО (СпН) 1случай закончился ампутацией сегмента конечности на следующем этапе оказания помощи, зафиксирован 1 летальный исход от ведущего повреждения сочетанного ранения (повреждение головы). В качестве временного протеза кровеносного сосуда на этапах оказания помощи использовались: фрагмент ПВХ-трубки от системы внутривенной инфузии – 8 случаев; «каротидный шунт» Pruitt F3 был использован в 1 случае. На момент поступления в ГВКГ им.Н.Н.Бурденко кровоток по шунту был верифицирован лишь в 2-х случаях, в остальных 7-ми случаях наступил тромбоз шунта за время транспортировка раненого. К продолженному некрозу больших мышечных массивов и последующему инфицированию ран (даже на фоне своевременно восстановленного кровотока) приводила

недостаточная фасциотомия (22 случая).

Выводы: Наличие ангиохирурга позволило выполнить окончательный объем реконструктивного вмешательства на магистральных сосудах уже на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи с элементами специализированной – в ОМедО (СпН). Целесообразно на 2-м и 3-м уровне оказания помощи нахождение хирурга, прошедшего подготовку по программе неотложной ангиохирургии. Для улучшения результатов лечения повреждений сосудов необходимы сокращение срока доставки раненых на этап квалифицированной и специализированной медицинской помощи, улучшение диагностики ранений сосудов и способов временного протезирования магистральных сосудов, как единственного безальтернативного способа профилактики ишемии конечности при отсутствии необходимых условий для наложения сосудистого шва. Улучшение результатов лечения отдаленных последствий ранений сосудов подразумевает радикальную коррекцию гемодинамических посттравматических нарушений, а также восстановление регионарного кровотока с целью купирования ишемии и повышения качества жизни.

Ключевые слова: ранящий снаряд, ранение сосуда, протезирование артерий, временное протезирование артерий, фасциотомия, ампутация.

---

463. Преимущества лапароскопического адгезиолизиса при спаечной кишечной непроходимости не слишком очевидны…

Тягунов А.Е., Страдымов Е.А., Мирзоян А.Т., Курашинова Л.С., Алиева З.М., Сажин А.В.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный клинический центр Коммунарка Департамента здравоохранения города Москвы»

Лапароскопический адгезиолизис (ЛА) при спаечной непроходимости широко применяется и указывается как метод, способный улучшить результаты лечения спаечной непроходимости. Однако, выводы многих исследований о преимуществах ЛА очень осторожны, как в одном из них: «…не для каждого пациента, не для всех хирургов, не во всех центрах …».

Материалы и методы: Ретроспективное исследование спаечной кишечной непроходимости проведено в 2017 – 2019 гг. и включило 143 пациента, из которых 66 (46,2%) пациентам проведено оперативное лечение. У 17 пациентов выполнена лапаротомия. У 49 (74,2%) пациентов предпринята попытка ЛА, однако у 13 из них потребовалась конверсия. У 36 пациентов операция завершена лапароскопически. Проведено сравнение результатов лечения пациентов в группах лапаротомии и лапароскопического адгезиолизиса. В соответствии с принципом «намерения лечить» анализ результатов лечения пациентов, потребовавшие конверсии, был проведен в группе ЛА.

Результаты. Возраст пациентов в группах лапаротомии и ЛА составил соответственно: 74,9±12,4 лет и 57,7±18,3 лет (p=0,0005); ASA – 2,3±0,8 и 1,9±0,8 (p=0,07). Резекция кишки выполнялась чаще в группе лапаротомии 5 (29,4%), чем в группе ЛА – 1 (2,0%), p=0.003. Ятрогенных перфораций кишечника в группе лапаротомии не было, в группе ЛА – 4 (8,2%), p=0.34. Длительность стационарного лечения составила соответственно 11,6±7,8 суток и 6,6±3,8 суток (p=0,001). Умерло 10 (15,2%) пациентов: 6 (35,3%) в группе лапаротомии и 4 (8,2%) в группе ЛА (p=0.014).

Вывод. ЛА у пациентов со спаечной непроходимостью сопровождался более низкой летальностью и требовал менее продолжительного стационарного лечения, однако выполнялся в группе более молодых пациентов, которые реже требовали резекции кишки. ЛА сопровождался ятрогенными перфорациями, и, в целом, его преимущества не так очевидны, как сообщалось недавно….

Ключевые слова: Лапароскопический адгезиолизис, спаечная непроходимость, резекция кишки, ятрогенные перфорации

---

464. К вопросу об использовании дренажей после лапароскопической холецистэктомии

Луцевич О.Э.

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова» МЗ РФ, ЦЭЛТ

Введение. Одним из наиболее часто выполняемых хирургических вмешательств в абдо-минальной хирургии является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), применяемая при желчекаменной болезни и ее осложнениях. Доля ЛХЭ при неосложненном холели-тиазе составляет до 95-97% при минимальном количестве периоперационных осложне-ний и летальности. В то же время некоторые технические вопросы операции, в частности, о необходимости дренирования подпеченочного пространства после удаления желчного пузыря, остаются дискутабельными. Сторонники концепции «fast track» считают использование дренажа нецелесообразным и даже бесполезным.

Материал и методы. Нами проведено слепое рандомизированное исследование у 100 пациентов, перенесших ЛХЭ по поводу неосложненного холецистолитиаза. Критерий включения в исследование: отсутствие острого воспаления желчного пузыря или выра-женного спаечного процесса, выполнение «идеальной холецистэктомии»: время опера-ции 15-25 мин, отсутствие крово-и желчеистечения во время операции, неглубокое (плоское) ложе ЖП, возраст пациентов 18-60 лет. В исследование не включали пациентов с острым холециститом, больных с длительным анамнезом болезни, сопровождающимся неоднократными обострениями (так называемым «трудным холециститом»)и т.п., когда дренирование подпеченочного пространства выполнялось в 100% случаев. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная (50 больных) – с дренированием, и группа сравнения (50) – без дренирования. Оценивали три критерия: интенсивность болевого синдрома (шкала боли ВАШ), количество экссудата (отделяемое по дренажу или скопление жидкости в области ложа пузыря по данным УЗИ), и температурная реакция (термометрия) утром в первые сутки после операции. Все операции выполнялись одним опытным хирургом по стандартной методике в условиях стандартного общего обезболивания, с использованием монополярной электрокоагуляции для выделения пузыря из ложа. В качестве дренажа использовали тонкую (4,2 мм) силиконовую трубку, устанавливаемую на 16-24 часа. Интраоперационно все пациенты получали 1 г Цефотаксима в\в, в послеоперационном периоде – НПВС (Ке-торалак).

Результаты. В обеих группах интенсивность послеоперационного болевого синдрома оценивалась пациентами как «слабая» или вообще «отсутствие боли», без существенных различий по группам. Количество отделяемого по дренажу в контрольной группе имело серозный характер, и было незначительным: от отсутствия следов жидкости в дренаже до 7-10 мл. В свою очередь в группе сравнения у 42 пациентов (84%) при УЗИ отмечено незначительное (от 2 до 6 мл) скопление жидкости в области ложа ж\пузыря, не требующего какого-либо специального лечения. Более интересные результаты получены при исследовании данных термометрии в первые сутки после опе-рации: в контрольной группе только у 2 больных(4%) отмечено повышение утренней температуры до субфебрильных цифр (37,2-37,5С), в то время как в группе сравнения (без дренажа) этот показатель был отмечен у 33 пациентов (66%). В обеих группах большинство пациентов (76%)были выписаны из стационара на 2 сутки после операции. Каких-либо осложнений, требующих дополнительного лечения, мы не отметили.

Обсуждение. Вопрос использования дренажей после ЛХЭ остается открытым, и в большей степени зависит от преференций хирурга. В то же время мы считаем, что наличие тонкой дренажной трубки в подпеченочном пространстве в течение 1 суток не влияет на интенсивность болевого синдрома, в то время как отсутствие дренажа может привести к скоплению, пусть и незначительному, экссудата в зоне операции. Вполне вероятно, что именно эта жидкость может явиться причиной субфебрильной температуры у больных в первые сутки после лапароскопической холецистэктомии.

Ключевые слова: Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости

---

465. Преимущество применения интраоперационной непрямой хромотиреолимфографии в качестве профилактики транзиторного гипопаратиреоза

Байчоров Э.Х., Казеев Д.А., Узденов Н.А.

Ставрополь

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет «Министерства здравоохранения РФ Клиника эндоскопической и малоинвазивной хирургии

Актуальность. Самым частым осложнением в хирургии щитовидной железы является послеоперационный гипопаратиреоз, составляющий от 6.9% до 49%. Существует ряд методов интраоперационной визуализации околощитовидных желез, большинство из которых требуют внутривенного введения контрастного вещества, узкоспециализированного высокотехнологичного оборудования. Простое и недорогое исследование– непрямая хромотиреолимфография подразумевает интраопераци-онное введение водного или спиртового раствора красителя в ткань щитовидной железы (метиленовый синий, бриллиантовый зелелный, аминоливуленовая кислота) и позволяет идентифицировать околощитовидные железы, не окрашивающиеся в цвет красителя. Сохранение кровоснабжения и венозного оттока от паращитовидных желез предупреждает развитие у пациента через 24-72 часа после операции клиники гипокальциемии различной степени тяжести: от парастезий до мышечной тетании, судорог, сердечной аритмии и бронхоспазма.

Материалы и методы исследования. Выполнено сравнение и анализ результатов хирургического лечения двух групп пациентов клиники эндоскопической и малоинвазивной хирургии, которым была выполнена тотальная тиреоидэктомия в период с января 2023 года по апрель 2023 года: 1-я группа– 20 пациентов оперированных с применением интраоперационной непрямой хромотиреолимфографии по поводу диффузного узлового нетоксического зоба (100%). Возраст больных от 18 до 68 лет. Женщин было 17 (85%), мужчин– 3 (15%). 2-я группа (контрольная)– 20 пациентов оперированных без дополнительных методов визуализации околощито-

видных желез по поводу диффузного узлового нетоксического зоба (100%). Возраст больных от 23 до 71 года. Женщин было 18 (90%), мужчин– 2 (10%). В исследовании был использован 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого, стерильный шприц с канюлей, объемом 2 мл. Для оценки функции околощитовидных желез в послеоперационном периоде выполнен клинический анализ уровня ионизированного кальция сыворотки крови, паратгормона до операции и через 72 часа после тотальной тиреоидэктомии. Полученные результаты и обсуждение. У всех 40 пациентов до операции уровень сывороточного ионизированного кальция и паратгормона был в пределах референсных значений (100%). Через 72 часа после выполнения тотальной тиреоидэктомии в первой группе отмечалось снижение сывороточного кальция (<2.10 ммоль/л) и паратгормона (<16 пг/мл), клинические проявления гипокальциемии– парастезии верхних конечностей у одного пациента (5%)– женщины 43 лет. В контрольной группе пациентов на 3 сутки после тотальной тиреоидэктомии зафиксировано снижение сывороточного кальция (<2.10 ммоль/л) и паратгормона (<16 мг/мл), клиника гипокальциемии в виде парастезий верхних конечностей, положительного симптома Хвостека у 3-х пациентов (15%)– 2 женщины 38 и 54 лет, 1 мужчина 42 лет.

Выводы. Интраоперационная непрямая хромотиреолимфография является эффективным инструментом определения локализации околощитовидных желез. Данный метод может стать эффективным компонентом хирургических вмешательств на щитовидной и околощитовидной железах и уменьшить частоту возникновения послеоперационного гипопаратиреоза.

Ключевые слова: гипопаратиреоза, хромотиреолимфография, тиреоидэктомия

---

466. Холецистостома или лапароскопическая холецистэктомия?

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (2)

Москва

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова» МЗ РФ,
ЦЭЛТ (1),
Сеченовский Университет (2)

Актуальность. Проблема хирургического лечения острого холецистита (ОХ) сегодня имеет много нерешенных вопросов, и главный из них – что делать? Оперировать или пунктировать? Наложение микрохолецистостомы (ХС) при ОХ под контролем УЗИ сегодня широко используется как первый этап радикального лечения (холецистэктомия в отсроченном периоде), реже – как окончательный (пожизненный) паллиативный метод у больных пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Считается, что 2-этапный метод лечения позволяет значительно уменьшить послеоперационную летальность у группы больных повышенного риска. В то же время хорошо известны недостатки методики: относительно длительное пребывание в стационаре, низкое качество жизни у больного в случае образования функционирующего желчного свища, широкое и часто необоснованное применение методики у больных старше 60 лет. Возможно развитие и других тяжелых осложнений (кровотечение, желчный перитонит, повреждение других органов и т.д.).

Материал и методы. Среди наблюдаемых нами больных было 227 пациентов в возрасте от 43 до 90 лет с деструктивными формами холецистита, которым в различных клиниках с 1998 по апрель 2023 г. при первичном обращении была наложена ХС под контролем УЗИ. Большинство пациентов обратились за помощью в последние 10 лет. Из анамнеза этих больных: ХС была сформирована в сроки от 1 до 9 суток от момента поступления (в среднем на 4-5 сутки), после достаточно продолжительного обследования и лечения; при этом большинство пациентов поступали в сроки от 1 до 3 суток от начала приступа. Причиной внепланового обращения больных к нам была неудовлетворенность результатами и предлагаемыми сроками лечения: наличие дренажной трубки в течение 1,5-2 месяцев, периодические осмотры и обследование в стационаре, специальный уход за ХС. 14 больных с ХС обратились за помощью в связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия: у них имели место очаговые некрозы стенки ЖП с продолжающимся перипузырным воспалением и формированием перивезикальных и подпеченочных абсцессов. Этим больным, несмотря на явное неблагоприятное течение болезни и появление проблем со стороны других органов (почки, печень, сердечно-сосудистая система), в дальнейшем радикальном лечении по месту первичного обращения было отказано. Причины озвучивались разные: возраст старше 80 лет, отсутствие положительной динамики воспалительного процесса (при наличии дренажа в ЖП), отсутствие возможности оказания квалифицированной помощи и др.

Результаты. Опрос пациентов позволил выяснить, что никому из них не была предложена экстренная (в день поступления) операция. То есть, независимо от возраста, сроков заболевания и характера воспалительных изменений стенки ЖП, лечебный алгоритм хирургических стационаров изначально предполагал (с незначительными вариациями) консервативное лечение и, в случае его неэффективности, пункционное пособие! Все обратившиеся больные с ХС были подвергнуты операции (ЛХЭ) в сроки от 1,5 часов до 2 суток с момента обращения. Сроки стояния ХС составили от 3 до 68 дней, в среднем 10-20 суток. Операционное время составило в среднем 35-40 мин (от 20 до 95 мин), сроки госпитализиции не превышали 4 суток (медиана 2,4 суток). Серьезных послеоперацион-

ных осложнений и летальных исходов не отмечено. Лишь у 1 больного через 2,5 месяца после ХС и месяц после ЛХЭ отмечено образование биломы, потребовавшее дренирования гнойного очага под УЗ-контролем.

Выводы. 1. ХС предполагает достаточно длительный и сложный период этапного лечения, что значительно увеличивает период временной нетрудоспособности, снижает качество жизни и является неприемлемым для большинства пациентов. 2. Наличие очагов некроза стенки ЖП (при гангренозном холецистите в перивезикальном инфильтрате) не поддается консервативному лечению, поддерживая воспаление в этой зоне и хроническую гнойную интоксикацию пациента даже на фоне функционирующей ХС. Такие больные нуждаются в экстренной хирургической помощи. 3. Применение ХС при ОХ в подавляющем большинстве случаев нецелесообразно, и возможно в качестве паллиативной помощи у пациентов старшей возрастной группы с крайне высоким операционным риском.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, холецистостома

---

467. Способ применения препарата «Гемоблок» для остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода

Федосеев А.В., Бударев В.Н.

Рязань

Рязанский государственный медицинский университет

Актуальность. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с портальной гипертензией всегда являлись сложной хирургической проблемой. На высоте кровотечения применение современных высокотехнологичных методов гемостаза крайне затруднено. Одним из возможных решений могло бы стать применение жидких местных гемостатических средств. Однако, в настоящий момент не существует технических способов, обеспечивающих не только доставку подобного препарата к источнику кровотечения в пищеводе, но и оптимальную экспозицию. Этот факт предопределил направление проведённой нами работы.

Материалы и методы. Ключевым компонентом исследования стала разработка и апробация медицинского изделия для сочетанного воздействия на вены в пищеводе механического давления и местного гемостатического средства. В качестве последнего был использован «Гемоблок» – препарат, образующий при контакте с белками крови полиметакрилатную плёнку. В основу изделия был положен стандартный зонд-обтуратор, вокруг пищеводной манжеты которого помещалась зафиксированная модернизированным цепочным швом марлевая салфетка, пропитываемая «Гемоблоком». Для апробации изделия на доклиническом этапе использовалась экспериментальная модель кровотечения из вен пищевода, создаваемая в организме домашней свиньи, в количестве 12 штук. У одной половины животных кровотечение останавливалось с помощью созданного нами изделия, у другой – с помощью стандартного зонда-обтуратора. На клиническом этапе была проведена работа в условиях Больницы скорой медицинской помощи города Рязани. У 4 пациентов с циррозом печени при возникновении показаний к установке зонда-обтуратора вследствие кровотечения был произведён гемостаз разработанным нами изделием с применением препарата «Гемоблок». Полученные результаты. В эксперименте на животных применённый нами способ остановки кровотечения показал достоверное преимущество перед использованием стандартного зонда обтуратора. В совокупности на 12 моделях было осуществлено 36 эпизодов гемостаза, по 18 каждым методом. Экспозиция во всех случаях составляла 5 минут. При применении стандартного зонда обтуратора гемостаз был успешным в 33,3% случаев, а при сочетанном применении препарата «Гемоблок» – в 72,2%, то есть эффективность повышалась в 2,17 раза.

Результаты клинической апробации были следующими. 4 пациентам с продолжающимся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода было установлено созданное нами изделие, с которым в пищевод вводилось 40 мл препарат «Гемоблок». Через 5 минут изделие извлекалось. Во всех 4 случаях в течение 1 суток после извлечения изделия признаков продолжающегося кровотечения не отмечалось, что было расценено как успешный гемостаз.

Обсуждение. Проведённый на животных эксперимент, безусловно, не может рассматриваться как абсолютно точное воспроизведения клинической ситуации у пациентов с кровотечениями из вен пищевода. Тем не менее, проведённое исследование подтвердило потенциал и работоспособность идеи, показало более высокую эффективность зонда-обтуратора при его совместном применении с препаратом «Гемоблок» в конкретных условиях эксперимента. При клинической апробации во всех 4 случаях был получен положительный результат. С одной стороны, это реальное подтверждение того факта, что применяя местно жидкие гемостатические средства можно добиться стойкой остановки кровотечения из вен пищевода за несколько минут. С другой стороны, накопленный опыт пока ещё слишком мал, чтобы делать окончательные выводы и производить статистический анализ.

Выводы. 1. Совместное применение зонда-обтуратора с препаратом «Гемоблок» в эксперименте на животных показало в 2,17 раза большую вероятность остановки

кровотечения из вен пищевода, чем при изолированном использовании зонда-обтуратора. 2. Применение местных гемостатических средств открывает возможность для кратного уменьшения потребного для остановки кровотечений из вен пищевода времени пребывания в рабочем положении зонда-обтуратора, что было подтверждено в реальных клинических условиях.

Ключевые слова: Варикозно расширенные вены пищевода, кровотечение, гемостаз

---

468. Хирургическая помощь больным в условиях межрайонного коронавирусного моногоспиталя

Ни В.А., Степовой И.А., Литвинов А.В., Чумерин А.С., Писков К.В.

Белая Калитва

ГБУ РО «ЦРБ» в Белокалитвинском районе

Актуальность. Статистические данные и ежедневное клиническое наблюдение за годы пандемии Новой коронавирусной инфекцией указывают на множественные осложнения у больных COVID-19, для лечения которых необходимо привлечение узких специалистов, в том числе хирургического профиля. Осложнения вызывают как само заболевание так и побочные эффекты проводимого лечения, которые требуют хирургического пособия в каждом конкретном случае.

Материалы и методы: С мая 2020г. по апрель 2022г. на базе инфекционной больницы МБУЗ «ЦРБ» Белокалитвинского района Ростовской области был развернут моногоспиталь для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией. За весь период было пролечено 4648 пациентов. Госпитализации подлежали лица с клиническими проявлениями COVID-19 и положительным ПЦР тестом на SARS-CoV-2. Хирургическая помощь оказывалась на базе операционной расположенной непосредственно в госпитале. Необходимость оказания оперативного вмешательства определялась совместно с заведующим отделением и хирургом работающим непосредственно в госпитале. При необходимости тактика и необходимость операции согласовывалась по линии санавиации с узкопрофильными специалистами. Мужчин – 47.6%; женщин – 52.4%. Анализ проводился между всеми больными находящихся на лечении в госпитале, у которых выявлена хирургическая патология, вне зависимости от результата ПЦР непосредственно в момент консультации. Полученные результаты. В возрасте более 65 лет – 71.4% больных; младше 65 лет – 27.6%; дети (лица до 18 лет) – 2%. За 3 года было пролечено 4648 пациентов, из них консультированы по поводу хирургической патологии – 726 больных. 113 из них было оказано оперативное вмешательство. Острый панкреатит-30 человек; желудочно-кишечное кровотечение-35 человек; геморроидальные кровотечения – 20человек; спонтанные гематомы мягких тканей – 10 человек; спонтанные пневмотораксы-10; пневмомедиастинумы – 8; пиотораксы – 4.

Обсуждение полученных результатов: Летальность больных с коронавирусной инфекцией осложненной острой хирургической патологией составила – 43,7%. Оперативные вмешательства по поводу пневмомедиастинумов в первый год пандемии были более активными, проводилось у каждого 2го пациента. Позже подход стал более консервативным, оперативному вмешательству подвергались пациенты с нарастающим пневмомедиастинумом. Летальность в 2019г. составила – 68%; в 2020г. – 70%; в 2021 – 67%.

Выводы: Исходя из полученных данных можно отметить, что наиболее частой хирургической патологией является нарушение системы гемостаза на фоне применяемых антикоагулянтов, несмотря на контроль различных показателей коагулограммы Агрессивная тактика в отношении пневмомедиастинумов не приносит желаемых результатов, уровень летальности сохранялся на одном уровне. Оказание экстренной хирургической помощи в условиях госпиталя без перевода больных в другие учреждения позволила снизить эпидемиологический риск распространения инфекции и положительно сказалось на показателях летальности у больных с COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, Острый панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение, осложнения коронавирусной инфекции

---

469. Возможности применения миниинвазивных операций при перфоративных язвах у больных старшей возрастной группы

Михин Е.С., Панин С.И., Строганова Е.П., Китаева А.В., Куприянов Д.С., Рясков Л.А., Воробьёва А.А., Кандыбина И.Г., Михин И.В.

Волгоград

ВолгГМУ

Актуальность. В течение последних десятилетий произошли значительные изменения в подходах к оперативному лечению перфоративных язв гастродуоденальной зоны (ПГДЯ) за счет ограничения показаний к резекционным операциям и ваготомии и широкого использования миниинвазивных операций. При этом целенаправленного изучения требует эффективность миниивазивных методик у пациентов старшей возрастной группы.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 186 пациентов с ПГДЯ, которые перенесли лапароскопические и лапароскопически-ассистированные ушивания прободной язвы на клинических базах ВолгГМУ. Операции были выполнены при размере перфоративного отверстия до 10мм, у пациентов с оценкой 1-2 балла по шкале Boey. Основную группу (12,4%, n=23) составили пациенты старших возрастных групп (>60 лет), группу сравнения – пациенты молодого и среднего возраста (87,6%, n=163). В группах сравнения превалировали (87-94%) серозные и серозно-фибринозные группы перитонита. У больных старше 60 лет выполнено 9 (4,8%) лапароскопических и 14 (7,5%) лапароскопически-ассистированных ушиваний из минидоступа. У пациентов молодого и среднего возраста проведено 28 (15,1%) лапароскопических и 135 (72,6%) лапароскопически ассистированных операций. Для определения значимости различий между группами сравнения определяли значения точного критерия Фишера и критерия Манн-Уитни. Полученные результаты. Частота осложнений у пациентов старше 60 лет составила 8,6% (2/23), у больных молодого и среднего возраст – 4,3% (7/163) (p=0,31). Повторных операций в основной группе не было, в группе сравнения – в 0,6% (1/163) (p=1). Летальность в основной группе составила 4,3% (1/23), в группе сравнения – 0,6% (1/163) (p=0,23). Период стационарного лечения в старшей возрастной группе составил 10 (4-15), у больных молодого и среднего возраста – койко-дней 9 (4-14) (U>0,05). При подгрупповом анализе длительность лапароскопических операций у пациентов старше 60 лет составила 70 (50-130) мин., в группе больных молодого и среднего возраста – 60 (45-160) мин. (U>0,05). Конверсия в основной группе отмечена в 11,1% (1/9), в группе сравнения, в 7,1% (2/28) наблюдений, из-за трудностей формирования интракорпорального шва при выраженном периульцерозном инфильтрате, имел место переход на минилапаротомию. Длительность стационарного лечения значимо не различалась: 7 (4-14) и 6 (4-13) койко-дней (U>0,05). При лапароскопически ассистированных операциях, выполненных в основной группе, продолжительность операций по медиане составила 70 (40-130) мин., в группе сравнения – 60 (25-140) мин. (U>0,05). Конверсий не было. Длительность стационарного лечения составила 11 (4-15) и 10 (6-14) суток (U>0,05).

Обсуждение. В условиях стратифицированного подхода к выбору способа миниинвазивного ушивания прободной язвы значимых различий в результатах оперативного лечения у пациентов старших возрастных групп и больных молодого и среднего возраста не выявлено.

Выводы и рекомендации. Необходимы дальнейшие исследования с большей статистической мощностью.

Ключевые слова: Перфоративная язва, язвенная болезнь, лапароскопическое ушивание, лапароскопически-ассистированное ушивание из минидоступа

---

470. Повреждения пищевода при эндоскопических исследованиях и внутрипросветных вмешательствах

Столяров С.И.

Чебоксары

1)БУ «Республиканская клиническая больница»
2)ФГБОУ «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Актуальность. При широком применении эндоскопической техники, эндотрахеального наркоза, внутрипросветных вмешательствах на пищеводе всегда существует риск повреждения последнего. Диагностика повреждений пищевода сложностей, как правило, не вызывает. Однако по некоторым литературным данным у 45% пациентов этот диагноз выставляется позже 24 часов, в половине случаев разрыва пищевода в момент проведения эндоскопического исследования или сразу после него не диагностируются.

Цель работы. Изучить результаты лечения повреждений пищевода при эндоскопических исследованиях и внутрипросветных вмешательствах, их удельный вес в структуре гнойных медиастинитов (ГМ).

Материалы и методы. За период 1987 – 2023 годы в торакальном отделении находились на лечении 26 пациентов с ГМ, причиной которого явились эндоскопические исследования и внутрипросветные вмешательства пищевода на разных уровнях. Они составили 10,4% среди всех больных с гнойными медиастинитами (n=249) и 18,6% среди пациентов с первичным медиастинитом (n=140). Повреждения были получены в результате бужирования рубцово-измененного пищевода у 14, диагностической фиброэзофагогастроскопии у 4, ригидной эзофагоскопии у 3, интубации трахеи у 3, пневматической кардиодилатации при ахалазии кардии у 1, попытке извлечения инородного тела пищевода гортанными щипцами без рентгенконтроля у 1. Мужчин было 19 (73%), женщин –7 (27%). Возраст больных от 19 до 76 лет (средний возраст 42,8±2,7 лет, Me 39, Mo 38). Сроки поступления в хирургическое торакальное отделение от 8 часов до 7 суток (в среднем 2,0±0,1 дня, Me 1,5, Mo 1). Локализация уровня повреждений была следующей: правая стенка верхней трети – 8, левая стенка верхней трети – 4, левая стенка средней трети – 7, левая стенка нижней трети – 5, правая стенка в средней трети – 1, протяженные разрывы – 1. Все пациенты оперированы. Виды проведенных операций: правосторонняя торакотомия – 7, левосторонняя торакотомия – 8 (в двух случаях сочеталась с чресшейной медиастинотомией), чресшейная медиастинотомия – 8 (в одном случае сочеталась с дренированием переднего средостения по Сазонову), лапаратомия, трансхиатальная медиастинотомия выполнена у 2, правосторонняя торакоскопическая медиастинотомия у 1. Независимо от сроков повреждения пищевода при доступности

выполнялось ушивание дефекта пищевода (выполнено у 17 пациентов), экстирпация грудного отдела пищевода выполнено в одном случае. Дополнительно у 14 наложена гастростома, у 1 еюностома по Майдлю, у 1 выполнена трахеостомия. У всех пациентов перфорация пищевода осложнилась ГМ. По локализации ГМ диагностирован: задний верхний – у 13, задний нижний у 7, задний и передний тотальный у 5, передний и задний верхний у 1. Микрофлора из зоны операции высеяна у 21: Pseudomonas aeruginosa у 10, E. coli у 5, Staphylococcus aureus у 3, Enterobacter cloacae у 2, Proteus vulgaris у 1. Сроки поступления выживших больных от 8 часов до 5 суток (в среднем 1,8±0,3 дня, Me 1,5, Mo 1). Их средний койко – день составил 43,1±4,1 дня (Me 37, Mo 22). Умерло 4 (летальность 15,4%).Умершие поступили в сроки от 1 до 7 суток (в среднем 3,1±0,2 дня). Причины летальных исходов: двухсторонняя деструктивная пневмония, эмпиема плевры, сепсис, полиорганная недостаточность – у 2, кровотечение из аррозированных сосудов пищевода; и острых язв двенадцатиперстной кишки на фоне прогрессирования ОМ – у 1, прогрессирование медиастинита, сепсис, перфорация острой язвы дна желудка, перитонит, полиорганная недостаточность – 1(дополнительно выполнялась лапаратомия, ушивание дефекта желудка, дренирование брюшной полости).

Выводы. Таким образом, повреждения пищевода при эндоскопических исследованиях и внутрипросветных вмешательствах среди всех причин ГМ составили 10,4%. Летальные исходы имелись у 4 пациентов (15,4%) и зависели от своевременности диагностики и своевременно проведенного адекватного оперативного вмешательства. При малейшем подозрении на повреждение пищевода необходимо выполнение срочной рентгеноскопии (рентгенографии) пищевода с водорастворимым контрастом, при возможности компьютерной томографии. Лечение пациентов с повреждением пищевода должно осуществляться в многопрофильном лечебном учреждении, располагающим современным оборудованием и квалифицированными специалистами.

Ключевые слова: гнойный медиастинит, внутрипросветные вмешательства, пищевод, эндоскопическиме исследования

---

471. Системный иммунный ответ у пациентов страдающих вертебральной инфекцией

Корнилов А.В., Киселёв Д.А.

Витебск

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность: Вертебральная инфекция (ВИ) является серьезной медико-социальной проблемой. Нарушения иммунитета у пациентов с данной патологией может быть как причиной развития воспалительного процесса в позвоночнике, так и его следствием. Выявления особенностей иммунологического статуса у пациентов с ВИ позволит проводить иммунокоррекцию для улучшения результатов их лечения.

Материал и методы: Изучены показатели иммуногамм 57 пациентов с ВИ, находившихся на лечении в торакальном хирургическом гнойном отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница». Критерием включения в исследование являлось наличие у пациента неспецифического остеомиелита позвоночника или спинального эпидурального абсцесса. В иммунограммах учитывали: Т-лимфоциты (эритроцит – розеткообразующие клетки (Е-РОК)), активные Т-лимфоциты, CD4+ Т-хелперы, IgG, IgM, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Пациенты были разделены на 2 группы: неосложненная ВИ (воспалительный очаг локализован в пределах межпозвонкового диска либо тел позвонков, n=24) и осложненная ВИ (воспалительный очаг распространяется за пределы межпозвонковых дисков или тел позвонков n=33). В группе сравнения состояли 30 здоровых добровольцев (ЗД). При распределении признака, отличном от нормального, вычисляли медиану, нижний 25-й и верхний 75-й квартили. Для оценки статистической значимости между несвязанными группами использовался критерий Манна-Уитни. ROC-анализ выполнен в программе MedCalc.

Результаты исследования: Статистические значимые различия были выявлены во фракциях Т-лимфоциты (Е-РОК) у пациентов между неосложненной формой (48,5 (44 – 52)% и осложненной формой (44 (42 – 47)%) (Рнеосл-осл=0,0003). Так же были выявлены статистические различия в активных Т лимфоцитах между ЗД (26 (24 – 30))% и неосложненной формой ВИ (30 (25,5 – 31)) (Рзд-неосл=0,04). И между неосложненной и осложненной (28 (24 – 30))% (Рнеосл-осл=0,01). CD4+ Т-хелперы тоже дали статистические различия между неосложненной (30 (28 – 31))% и осложненной (28 (26 – 30))% формой (Рнеосл-осл=0,001). Изменение содержания в крови Ig разных фракций у пациентов с ВИ совпадает со стадийностью развития воспалительного процесса. Так, наивысшие показатели IgM (1,21 (0,87 – 1,51)) были выявлены при неосложненной форме ВИ (Рзд-неосл=0,03). При развитии гнойных осложнений наблюдается статистически

значимое повышение IgG – 13,23 (11,11 – 17,4) г/л (Рзд-осл=0,001). Воспалительный процесс у пациентов с ВИ приводил к повышению уровня ЦИК до 83,5 (57,5 – 113,5) ед. у пациентов без осложнений (Рзд-неосл=0,02) и с осложнениями до 118 (91 – 165) ед. (Рзд-осл=0,00001). При проведении ROC-анализа было установлено, что при развитии неосложненной формы ВИ ЦИК превышали 75 ед. (чувствительность = 66,7%, специфичность = 80%, AUC = 68,2%, p=0,01), а при распространении воспалительного процесса на прилежащие ткани и органы – 89 ед. (чувствительность = 66,7%, специфичность = 80%, AUC = 68,2%, p=0,005).

Обсуждение: Статистические значимые различия были выявлены во фракциях Т-лимфоцитов (Е-РОК), активных Т лимфоцитах, CD4+ Т-хелперов, IgG, IgM, ЦИК.

Выводы. 1. При развитии у пациентов неосложненной формы ВИ выявлено повышение IgM, при задержке постановки диагноза и присоединении гнойных осложнений наблюдается повышение IgG, что свидетельствует о стадийности процесса. 2. У пациентов с неосложненной формой ВИ ЦИК превышают 75 ед. (чувствительность = 66,7%, специфичность = 80%, AUC = 68,2%, p=0,01), а при развитии гнойных осложнений до 89 ед. (чувствительность = 66,7%, специфичность = 80%, AUC = 68,2%, p=0,005).

Рекомендации: Ранняя постановка диагноза ВИ позволит избежать развития гнойных осложнений и сократит сроки пребывания в стационаре.

Ключевые слова: вертебральная инфекция, иммунограмма, иммунные комплексы, иммуноглобулины

---

472. Результаты лапароскопической фундопликации при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

Хитрихеев В.Е. (1), Очиров В.С. (2), Санжимитыпов С.М. (2), Хабинов Б.С. (2), Саганов В.П. (1)

Улан-Удэ

1) Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова,
2) Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – часто встречаемое заболевание, занимает одну из ведущих позиций в возникновении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Одним из основных методов лечения пациентов с клинически манифестированной ГЭРБ на фоне ГПОД является хирургическое вмешательство в виде лапароскопической фундопликации.

Цель: изучить результаты лапароскопической фундопликации при хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы исследования. В группу исследования вошли 132 пациента, оперированных по поводу ГПОД в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (г. Улан-Удэ). Среди них женщин было 103 (78,1%), мужчин – 29 (21,9%), средний возраст составил – 58,2±6,9 лет. Аксиальные грыжи наблюдались у 124 (93,9%) пациентов, параэзофагеальные грыжи у 3 (2,3%) пациентов. По поводу рецидива заболевания оперировано 5 (3,8%) пациентов. На амбулаторном этапе всем пациентам были выполнены эндоскопические и рентгенологические исследования, по показаниям – ультразвуковое исследование органов брюшной полости, pH-метрия и мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты. Всего было выполнено 135 оперативных вмешательств: лапароскопическая фундопликация по Ниссену с крурорафией – 103 (77,6%); лапароскопическая фундопликация, крурорафия с использованием полимерного эндопротеза – 4 (2,8%); лапароскопическая фундопликация по Ниссену с крурорафией, лапароскопическая холецистэктомия – 10 (7,0%); лапароскопия, конверсия, фундопликация по Ниссену, крурорафия – 12 (8,4%). В связи с развитием осложнений в раннем послеоперационном периоде в виде ущемления желудка и сформированной желудочно-пищеводной манжеты, повторные операции были выполнены в 3 (2,1%) случаях: лапаротомия рефундопликация с рекрурорафией – 2 (1,4%); лапаротомия, атипичная продольная резекция желудка – 1 (0,7%). Летальных исходов в послеоперационном периоде не было. У 5 (3,8%) пациентов наблюдались рецидивы заболевания через 1,04±0,31 год после оперативного лечения. Проведенный анализ показал, что рецидивы наблюдались преимущественно у пациентов, с наличием хиатального отверстия размерами более 6 см. Для оценки качества жизни и симптомов в отдаленном послеоперационном периоде был использован опросник GERD-HRQL. Всего было анкетировано 29 пациентов через 6 месяцев, 1 год, 1,5 года после операции. Индекс GERD-HRQL был равен: через 6 мес. после операции – 6,0±2,2 баллов; через 1 год после операции – 5,5±3,2 балла; через 1,5 года после операции – 5,0±2,6 баллов. В результате анкетирования был выявлен пациент с высокой общей суммой баллов, что послужило поводом для проведения обследования с целью выявления рецидива заболевания.

Обсуждение. Преимущественно были оперированы женщины (78,1%) в возрасте 59,5±8,3 лет. Конверсия во время операции была выполнена в 9,1% случаях, в основном, в начальный период внедрения лапароскопических

вмешательств. Рецидив заболевания наблюдался в 3,8% случаев, связанный с размерами хиатального отверстия. В 2,1% случаев были выполнены экстренные операции в раннем послеоперационном периоде по поводу миграции и ущемления желудка в корригированном хиатальном отверстии. Уменьшение индекса GERD-HRQL с увеличением срока послеоперационного периода свидетельствует об улучшении качества жизни оперированных больных.

Выводы. Операцией выбора при хирургическом лечении ГПОД является лапароскопическая фундопликация. Использование опросника GERD-HRQL в послеоперационном периоде способствует ранней диагностике рецидива заболевания.

Ключевые слова: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая фундопликация

---

473. Результаты применения лазерной геморроидопластики у работников железнодорожного транспорта с геморроидальной болезнью 3 стадии

Созонов Д.М. (2), Засорин А.А. (1,2)

Екатеринбург

1) УГМУ,
2) ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Екатеринбург»

Актуальность. Проблема геморроидальной болезни является актуальной для работников железнодорожной сферы. Эффективным методом лечения является геморроидэктомия. Радикальность методики имеет ряд недостатков, которые остро встают в раннем периоде. Лазерная геморроидопластика имеет большие перспективы в лечении геморроидальной болезни рамках эффективности и раннего восстановления.

Материалы и методы. В период с января 2018 года по декабрь 2022 на базе нашей клиники было прооперировано 82 пациента по методике лазерной геморроидопластики с использованием аппарата «ИРЭ-Полюс» (исследуемая группа). Нами были использованы следующие настройки аппарата: длина волны 970 – 1360нм, импульсный режим (время работы 150 мс, перерыв 50 мс), мощность излучения 8 Вт. За этот же период нами проведено 341 геморроидэктомия (контрольная группа). В раннем послеоперационном периоде оценивались: болевой синдром (по визуально-аналоговой шкале боли), наличие осложнений и сроки заживления ран. В отдаленном периоде оценивалась выраженность основных симптомов геморроидальной болезни: пролапса, кровотечений, тромбозов, анального зуда.

Результаты. В исследуемой группе частота послеоперационных осложнений составила 6,1%, среди которых перианальный отек и тромбоз, гипертермия. В контрольной группе отмечены следующие осложнения (4,69%) – рефлекторная задержка мочи, кровотечения, недержание газов, стриктура анального канала. Не смотря на больший процент осложнений в исследуемой группе, по классификации Clavien-Dindo все осложнения относятся к I классу. В контрольной группе 3,81% осложнений соответствуют IIIA классу, а 0,87% IIIB классу. Сроки временной нетрудоспособности в исследуемой группе составили 14 дней, в контрольной 1 месяц. За время наблюдения в течение 12 месяцев рецидивов заболевания в обеих группах не наблюдалось.

Заключение. лазерная геморроидопластика показывает свою эффективность в лечении геморроидальной болезни. При выполнении данной методики снизилось количество грозных осложнений, а так же позволила сократить сроки реабилитации с 30 дней до 14, а сроки госпитализации до 2 суток.

Ключевые слова: Геморроидальная болезнь, лазерная геморроидопластика

---

474. Эволюция диагностики гиперпаратиреоза

Амарантов Д.Г., Денисов С.А., Таибова Д.Р., Лукин П.С., Блинов С.А.

Пермь

ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера

Введение. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – это заболевание паращитовидной железы (ПЩЖ), проявляющееся нерегулируемой гиперкальциемией. Заболеваемость составляет 25 на 100 000 человек, чаще встречается у женщин, чем у мужчин, с соотношением 3:1. Классическими методами предоперационной диагностики являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и ядерное сканирование.

Цель исследования: Проанализировать эволюцию подхода к диагностике ПГПТ.

Материалы и методы. Мы провели анализ зарубежной литературы, посвященной диагностике ПГПТ.

Результаты. В исследовании Э. Батистелла и соавторов патология ПЩЖ была правильно верифицирована у 228 (77%) из 296 пациентов с помощью УЗИ, у 189 (68%) из 278 пациентов с помощью сцинтиграфии и у 19 (95%) из 20 пациентов с помощью 18F-фторхолиновой ПЭТ / КТ. Миниинвазивное оперативное вмешательство было выполнено в 210 случаях (71%), с миниразрезной пара-

тиреоидэктомией в 160 случаях (76%) и миниинвазивной видеоассистированной паратиреоидэктомией в 50 случаях (24%). Сохранение гиперкальциемии произошло в 5 случаях (1,7%). Причиной послужила нечёткая предоперационная визуализация. По данным литературы чувствительность УЗИ составляет 85%, метод является операторозависимым и в первую очередь зависит от размера железы. Согласно Американскому институту ультразвука в медицине, чувствительность УЗИ в США снизилась до 35% для пациентов с мультигландулярным заболеванием и до 16% для пациентов с двойными аденомами. Недостатком является ограниченная способность оценивать эктопию ПЩЖ. В работе В. Будуска и соавторов рассматривается применение 18F-фторхолиновую ПЭТ/КТ в качестве метода первой линии. Обладая превосходной чувствительностью в 96%, она генерирует меньшую дозу облучения, чем сцинтиграфия, это наиболее информативный метод для выявления эктопических аденом. Другие авторы утверждают, что 18F-фоторхолиновая ПЭТ/КТ должна рассматриваться только в случаях неопределённого местоположения аденомы, в качестве обследования второй линии, когда есть разногласия или отрицательные результаты с УЗИ и 99m Tc-MIBI-сцинтиграфией. Новым диагностическим инструментом, основанным на особенностях перфузии аденомы ПЩЖ, является 4D-КТ. С помощью данного метода, который на 86% показывает правильное первичное расположение аномалии, можно обнаружить мультигландулярное заболевание или эктопию паращитовидной железы. Недостаток – воздействие большого количества радиации. В статье «Польза индоцианиновой зеленой флуоресцентной визуализации в ближнем инфракрасном диапазоне для идентификации паращитовидных желез во время операции по поводу первичного гиперпаратиреоза» продемонстрировали возможность достоверной локализации ПЩЖ интраоперационно с помощью ICG-флуоресцентной ангиографии, что позволяет также оценить перфузию ПЩЖ у пациентов, перенесших субтотальную резекцию. В их исследовании из 54 пациентов, которым была проведена 99mTc-MIBI-сцинтиграфия, аденома была выявлена у 36, тогда как у 18 не удалось её локализовать. У последних (100%) аденома была обнаружена на ICG-флуоресцентной ангиографии.

Обсуждение. Проведённый анализ подтвердил, что ICG-флуоресцентная ангиография может быть результативным дополнением для пациентов с нелокализующими результатами визуализации. Метод позволяет выполнять целенаправленную диссекцию без риска двустороннего повреждения возвратного гортанного нерва и послеоперационной гематомы шеи.

Выводы и рекомендации. Успешная предоперационная и интраоперационная локализация паращитовидной железы обеспечивает минимально инвазивный подход, устраняет необходимость в рутинном исследовании и определяет хирургическую тактику. При сомнительной локализации и при подозрении на гиперплазию или многослойные аденомы, необходима дополнительная визуализация в виде 18F-флюорохолиновой ПЭТ/КТ. ICG-флуоресцентную ангиографию следует рассматривать как интраоперационный диагностический метод.

Ключевые слова: Гиперпаратиреоз, миниинвазивное вмешательство, флуоресценция, сцинтиграфия.

---

475. Способ реконструкции панкреатодигестивного анастомоза, после осложненной несостоятельностью панкреатодигестивного анастомоза панкреатодуоденальной резекции со сформированной панкреатической стомой

Сажин А.В. (1,2), Лебедев И.С. (1,2), Далгатов К.Д. (1,2), Козодаева М.В. (1), Кучкоров Ш.У. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ»Коммунарка»ДЗМ,
2) РНИМУ

Одним из наиболее значимых осложнений после панкреатогастродуоденальной резекции является несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, с развитием панкреонекроза культи ПЖ и парапанкреатитом, который составляет от 46 до 83% всех осложнений. Летальность при этом достигает 14-62%. Учитывая высокую частоту данного осложнения в период с 5 до 10 суток после операции с развитием местного спаечного процесса, выполнение тотальной панкреатэктомии сопряжено с высокими рисками повреждения гепатикоеюноанастомоза, гастроэнтероанастомоза и высокой операционной травмой компроментированной парапанкреатической клетчатки, а в случае возникновения кровотечения или септического состояния пациента невыполнимо в связи с высокими операционно-анестезиологическими рисками и тяжестью состояния пациента. Альтернативой панкреатэктомии может быть наружное дренирование главного панкреатического протока. В отсроченном послеоперационном периоде (3-6 мес) после формирования наружной панкреатической стомы, может быть выполнена реконструкция с использованием парадренажной фиброзной ткани и сохранением установленного в главный панкреатический проток дренажа. Путем проекционного минилапаротомного доступа мобилизуется заглушенная петля тонкой кишки ранее несущая панкреатоэнтероанастомоз и фиброзный тяж с панкреатическим дренажем. В последующем панкреатический дренаж погружается в просвет кишки с фиксацией по периметру узловыми швами. Применение данной методики восстановления пассажа панкреатического сока не требует мобилизации культи поджелудочной железы в

условиях перенесенной несостоятельности и спаечного процесса, а также позволяет избежать рисков повторной несостоятельности при выполнении классического панкреатоэнтероанастомоза. По предложенной методике в клинике выполнено 3 реконструкции после разобщения панкреатоэнтероанастомоза и формирования наружной панкреатической стомы.

Ключевые слова: панкреатодигестивный, панкреатическая стома

---

476. Колоректальные резекционные вмешательства у лиц старческой возрастной группы

Сажин А.В. (1,2), Лебедев И.С. (1,2), Музалевский Я.Я. (2), Шихин И.С, (2), Акопян А.А. (1), Гайдаров С.Г. (1), Атрощенко А.О. (1)

Москва

1) ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка» ДЗМ,
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Согласно литературным данным выявляемость пациентов с колоректальным раком увеличилась на 28% за последние 40 лет, при этом до 43% случаев приходится на лица старше 75 лет. Вопрос хирургического лечения больных колоректальным раком старческого возраста приобретает всё большую актуальность. Проведение радикальных онкологических операций в адекватном объеме пациентам старческого возраста становится возможным благодаря интегрированному подходу к оптимизации пациентов с привлечением специалистов смежных специальностей и, в особенности, благодаря возможности проведения комбинированного, безопасного анестезиологического пособия современного уровня с соблюдением принципов протоколов ранней реабилитации.

Целью настоящего исследования явилась оценка непосредственных результатов радикального хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком.

Материал и методы. Был проведен анализ результатов планового хирургического лечения пациентов с колоректальным раком пожилого и старческого возраста в условиях высокопотокового онкологического центра за период с января по апрель 2023г. Всего за данный период было радикально прооперировано 230 пациентов, из них 41 пациент (17,8%) в возрасте от 75 до 87 лет составили группу исследования, средний возраст 78,3 лет, 23 пациента (10%) были старше 80 лет. Подавляющее большинство пациентов имело II стадию заболевания (43,9%), у 11 пациентов была III стадия, у 10 пациентов имелась I стадия, с IV стадией 1 пациент. Профиль коморбидной патологии включал в себя наличие ХСН 2-3 ст. по NYHA (19,5%), постинфарктный кардиосклероз (7,3%), хроническую почечную недостаточность 1-3 ст. (7,3%). Показатель индекса Charlson составил в 5 (12,1%) случаях 5 б, в 10 случаях (24,3%) – 6 б, в 26 случаях (63,4%) ? 7 б. Пациентам по показаниям проводилась предоперационная подготовка на амбулаторном этапе, включающая в себя коррекцию нутритивного статуса, анемии, коагулопатии и других параметров. Анестезиологическое пособие проводилось с соблюдением принципов мультимодальной анальгезии, контроля гипотонии и гипотермии. Объемы хирургического вмешательства включали в себя выполнение передних и низких передних резекций прямой кишки с тотальной либо парциальной мезоректумэктомией с лимфодиссекцией D3 (19,5%), резекций сигмовидной кишки с лимфодиссекцией D3 (17%), левосторонних гемиколэкомий с лимфодиссекцией D3 (12,1%), правосторонних и расширенных правосторонних гемиколэктомий (46,3%). Послеоперационный период проводился с соблюдением принципов ранней активизации, мультимодальной анальгезии, раннего удаления дренажей либо отказа от них и раннего энтерального питания.

Результаты. Осложненное течение послеоперационного периода было у 6 пациентов (14,6%). Характер осложнений по критериям Clavien-Dindo: II степень – 1 наблюдение (тромбоз глубоких вен голени), IIIa степень – 1 наблюдение (несостоятельность анастомоза), IIIb степень – в 2 случаях (травма левого мочеточника, ущемленная п/о вентральная грыжа), V степень (смерть) в 2 случаях – в 1 наблюдении несостоятельность анастомоза с развитием перитонита в 1 наблюдении и пневомния с развитием пульмонального сепсиса и полиорганной недостаточности в 1 наблюдении. Летальность составила 4,8%. Средний койко-день – 10,0.

Выводы. Выполнение радикальных онкологических операций в адекватном объеме и лиц пожилого и старческого возраста достоверно не привело к увеличению частоты послеоперационных осложнений, летальности и длительности стационарного лечения, что соответствовало литературным данным, и может проводиться при условии качественного анестезиологического пособия и соблюдения мультидисциплинарного подхода и принципов ранней реабилитации.

Ключевые слова: колоректальные, резекционные, старческой

---

477. Профилактика послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших билиодуоденальное стентирование перед панкреатодуоденальной резекцией

Сажин А.В. (1,2), Лебедев И.С. (1,2), Козодаева М.В. (1), Ни О.Г. (1), Лысенко А.О. (1), Кучкоров Ш.У. (1,2), Курсков А.О. (1,2), Далгатов К.Д. (1,2)

Москва

1) ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка» ДЗМ,
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Частота послеоперационных осложнений после резекций поджелудочной железы достигает 40-60%. Пациенты, перенесшие предоперационную билиарную декомпрессию, относятся к группе высокого риска ввиду частого развития холангита с резистентной микрофлорой, что повышает риск инфекционных осложнений и является предиктором тяжелого течения послеоперационного периода.

Цель. Изучить возможный способ профилактики послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших ПДР, путем определения микробиоты желчи.

Материалы и методы. В ММКЦ «Коммунарка» в период с июня 2022г по апрель 2023г выполнено 70 резекционных вмешательств на поджелудочной железе. Среди которых 39 (55,7%) ПДР, 9 (12,9%) тотальных дуоденопанкреатэктомий, 21 (30%) дистальная резекция поджелудочной железы и 1 (1,4%) энуклеация опухоли. Интраоперационно у пациентов, перенесших в анамнезе билиарную декомпрессию – 34 (70,8%), выполнялись посевы желчи. Наиболее часто выявлялись возбудители Escherichia coli (55,9%), Enterococcus spp. (41,2%), Klebsiella spp. (64,7%) и Pseudomonas aeruginosa (8,8%). До получения результатов бактериологического исследования пациентам проводилась рутинная пролонгированная антибиотикопрофилактика в течение 72ч, в дальнейшем назначалась антибиотикотерапия с учетом чувствительности возбудителей под контролем клинико-инструментальных исследований. В данной группе пациентов отмечались следующие осложнения, классифицируемые по Clavien-Dindo: I- 1, II – 5, IIIa – 5, IVa – 1, V – 5. Итого общее число осложнений в группе –17(35,4%). При этом общее число осложнений у пациентов, которых не выполнялась предоперационная билиарная декомпрессия – 18,75%. Худшие результаты отмечены у пациентов, получивших в посевах возбудитель Klebsiella pneumonia, учитывая высокую распространенность карбапенемаз-продуцирующего штамма. В данном случае требуется дифференцированный подход к назначению АБ-терапии.

Выводы. Таким образом, частота развития послеоперационных осложнений коррелирует с ростом возбудителей в желчи. Возможность получения культуры возбудителей на догоспитальном этапе, например, путем исследования ректального мазка, с последующим выявлением резистентной флоры, может являться способом профилактики послеоперационных осложнений у пациентов, планируемых на проксимальные резекции поджелудочной железы.

Ключевые слова: билиодуоденальное стентирование, антибиотикотерапия, антибиотикопрофилактика, посев желчи, осложнения, панкреатодуоденальная резекция

---

478. Совершенствование программы профилактики послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии

Доброквашин С.В. (1), Измайлов С.Г. (2), Измайлов А.Г. (1), Лукоянычев Е.Е. (2), Волков Д.Е. (1), Капустин К.В. (2)

1) Казань,
2) Нижний Новгород

1) ФГБОУ ВО “Казанский ГМУ Минздрава России”,
2) ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 имени Е.Л. Березова»

Гнойно-септические осложнения после хирургических вмешательств остаются на достаточно высоком уровне и относятся к числу ведущих причин увеличения длительности нахождения пациентов в стационаре и развитию септических состояний. Предложено большое количество подходов по профилактике данной патологии, но стройной и последовательной программы их применения нет.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 240 больных в возрасте от 28 до 82 лет, которым выполнено оперативное лечение в плановом и экстренном порядке по поводу грыж передней брюшной стенки больших размеров (послеоперационные вентральные, пахово – мошоночные и рецидивные грыжи) и лигатурных свищей передней брюшной стенки за 6 лет по материалам отделений хирургии ГАУЗ “Госпиталь для ветеранов войн” г. Казани и ГАУЗ ГКБ №7 г. Нижний Новгород. Мужчин было 106 (44,2%), женщин – 134 (55,8%) женщины. Пациенты были распределены на 2 группы – исследуемая и группа клинического сравнения. Исследуемая группа представляла собой 110 пациентов (45,8%), где применялась разработанная программа профилактики. В группе клинического сравнения у 130 пациентах (54,2%) использовались традиционные походы. Антибиотикопрофилактика проводилась согласно утвержденным клиническим рекомендациям, которая при наличии

показаний заключалась в назначении цефалоспоринов 2 – поколения до операции, внутривенно. При контаминированных оперативных вмешательствах цефалоспорины комбинировали с метронидазолом. У 31 (15,6%) пациента закрытие грыжевого дефекта выполнялось собственными тканями, у 168 (84,4%) больных протезирующая пластика произведена с применением полипропиленового сетчатого имплантата. Имплантат размещали под или между мышечно – апоневротическими структурами, а по показаниям выполнялась ненатяжная герниопластика с подшиванием имплантата в край дефекта. Интраоперационная профилактика заключалась в ушивании послеоперационных ран с помощью модифицированной атравматической хирургической иглы, которая представляет собой изогнутый стержень с продольной режущей кромкой и копьевидной пластиной. С целью оптимизации способа обработки послеоперационной раны во время операции и снижения травматизации тканей нами предложен специальный инструмент, состоящий из фиксирующего элемента с тремя неполными упругими кольцами, соединенными основанием, и рабочим элементом – ножом в виде дуги с заточенной кромкой. Инструмент надевают на концевую фалангу пальца, чем достигается эргономичность и значительно обеспечивается безопасность его использования в глубоколежащих структурах мышечно-апоневротического слоя. С целью усовершенствования пункционной технологии санации жидкостных образований послеоперационных ран и профилактики раневых осложнений разработано устройство, которое состоит из емкости-сильфона, пункционной иглы, двух площадок и рукоятки. Емкость сифона заполняется хлоргексидином. Устройство позволяет проводить одновременно эвакуацию и промывание содержимого жидкостного образования послеоперационной раны, что в дальнейшем обеспечивает возможность обойтись однократной пункцией.

Результаты. На основании клинических исследований предложена инновационная программа профилактики местных послеоперационных осложнений с применением новых инструментальных технологий. Раневые осложнения распределялись по классификации Clavien-Dindo. Из 130 пациентов группы клинического сравнения осложнения со стороны послеоперационной раны выявлены в 36 случаях (27,7%): серомы отмечены у 19 (14,6%), гематомы у 2 (1,5%) и инфильтраты у 15 (11,5%) больных. У 110 пациентов, которым применялись разработанные методы профилактики послеоперационной раны, серомы имели место в 9 (8,2%), а инфильтраты – в 7 (6,4%) случаях.

Ключевые слова: Раневые осложнения, серома.

---

479. Сравнительный анализ результатов торакоскопической пневмонэктомии при немелкоклеточном раке

Аллахвердян А.С., Анипченко А.Н.

Москва

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

Актуальность. Рак легкого (РЛ) занимает первое место среди всех злокачественных опухолей у мужчин в России, а по смертности – первое место у мужчин и второе у женщин как в России, так и в мире. От РЛ ежегодно умирает больше пациентов, чем от рака простаты, молочной железы и толстой кишки вместе взятых. Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) составляет примерно 79% от всех случаев РЛ. Согласно данным мировой литературы у 50% пациентов НМРЛ уже на стадии постановки первичного диагноза выявляются отдаленные метастазы и только в 27% случаев – это I и II стадии заболевания. Хирургическое лечение центрального НМРЛ продолжает оставаться непростой проблемой. Зачастую только пневмонэктомия позволяет добиться резекции опухоли R0 и тем самым вылечить пациента. Нам удалось найти два системных метаанализа и четыре рандомизированного контролируемого исследования, которые посвящены сравнению эффективности открытых лобэктомий и VATS-лобэктомий, в которых делается однозначный вывод о том, что применение миниинвазивных технологий в сравнении с открытыми операциями сопровождается меньшим количеством осложнений и менее выраженным болевым синдромом, что в свою очередь улучшает качество жизни и сокращает время пребывания пациента в стационаре. В тоже время опубликованных исследований, посвященных сравнению открытых пневмонэктомий и VATS-пневмонэктомий нами не найдено. В связи с этим мы решили оценить эффективность пневмонэктомии торакоскопическим доступом при немелкоклеточном раке легкого на основании сравнительного анализа непосредственных результатов и трехлетней выживаемости лечения пациентов в нашей клинике.

Материал и методы. За период с 2015 по 2020 гг. нами было выполнено 79 пневмонэктомий по поводу немелкоклеточного рака легкого, из них – 51 торакоскопическим доступом и 28 – торакотомным. Срок наблюдения в первой группе составил более 3-х лет (43 (84,3%) пациента), во второй соответственно более 3-х лет – 28 (100%) пациентов.

Обсуждение. При торакоскопическом доступе резекция R0 была достигнута у 50 (98,0%) пациентов. При «открытом», то есть торакотомном доступе резекция R0 была у 26 (92,9%) больных. Статистически разница не достоверна (p>0,05). Согласно данных гистологических заключений после VATS-пневмонэктомий было исследовано 25,3±3,1 лимфатических узлов, после «открытых»

– 21,7±5,1 лимфатических узла (p>0,05). После VATS-пневмонэктомий пациенты были уже мобильны через 18-24 часа после операции. Послеоперационные осложнения в этой группе возникли у трех пациентов (пневмония, токсический гепатит и нагноение минидоступа). Продолжительность VATS-пневмонэктомии составила 151±9 мин. Все пациенты были экстубированы на операционном столе и переведены за тем в палату интенсивной терапии, где находились менее суток. После VATS-пневмонэктомий послеоперационный койко-день был 8±1,5 суток, после «открытых» операций – 13±2,6. Трёхлетняя выживаемость в первой группе (VATS-пневмонэктомий) – 55,8% (24/43), а во второй (торакотомия) – 46,4% (13/28) (p=0,043).

Выводы и рекомендации. Торакоскопический доступ позволяет с онкологической точки зрения полноценно выполнить как расширенные, так и комбинированные пневмонэктомии при немелкоклеточном раке легкого. Преимуществами операций, выполненых торакоскопическим доступом, являются возможность детальной визуализации, удобство гемостаза и выполнение прецизионной мобилизации. Наш опыт показывает, что действительно выполнение VATS-пневмонэктомий позволяет рано активизировать пациентов в послеоперационном периоде, уменьшить потребление опиоидных медикаментов, сократить срок стационарного лечения пациента, начать более раннюю реабилитации и расширить возможность использования комбинированного лечения НМРЛ. Все эти факторы позволяют достоверно улучшить отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: немелкоклеточный рак легкого, пневмонэктомия

---

480. Сравнительный анализ результатов лапаро-торакоскопической и традиционной операций типа Льюиса при раке пищевода

Аллахвердян А.С., Анипченко А.Н.

Москва

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

Актуальность. Несмотря на очевидные достижения лекарственной и лучевой терапии, хирургическое лечение резектабельного рака пищевода в самостоятельном или комбинированном варианте является единственным способом достижения полного излечения данной категории пациентов. Последние десятилетия «золотым стандартом» радикальные хирургические лечения признана операция субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой желудком комбинированным лапароторакотомным доступом по типу Ivor Lewis. При этом высокая степень травматизма хирургического доступа существенно ограничивает доступность данного вмешательства для коморбидных пациентов и негативно влияет на возможность проведения комбинированной адьювантной терапии. В последние десятилетия широкое распространение получила миниинвазивная хирургия рака пищевода с комбинированным применением трех доступов (торакоскопия, лапароскопия и «открытый» шейный доступ) для выполнения радикальной операции. При этом очевидные недостатки такого подхода (большая длительность операции, выполнение открытого доступа и т.п.) не могут полностью удовлетворить современным требованиям к минимально травматичной операции. Разработки методик более прогрессивных вмешательств ведутся в течение последних двух десятилетий. Среди них одним из наиболее прогрессивных вариантов является эзофагэктомия лапароторакоскопическим доступом (ЛТСЭ), повторяющим основные этапы операции по типу Ivor Lewis, с формированием внутриплеврального пищеводно-желудочного анастомоза. Приоритет в этом направлении принадлежит американскому хирургу Luketich J.D. В России впервые подобные операции были выполнены нами в 2014 г. Полученные с тех пор данные причем каждый вариант имеет свои преимущества и недостатки. Нами проведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов лапаро-торакоскопической операции типа Льюиса при раке пищевода.

Материал и методы. Проведен анализ как непосредственных, так и отделенных результатов (3-х и 5-ти летняя выживаемость) лечения рака пищевода. В исследование включены пациенты, наблюдавшиеся не менее 60 месяцев (оперированы в 2014-2018 гг.). Изучаемая группа включала 36 пациентов (2015-2018гг.), которым была выполнена субтотальная резекция пищевода комбинированным лапароскопическим и правосторонним торакоскопическим доступом (лапаро-торакоскопическая операция типа Льюиса). Группа сравнения – 52 пациента, перенесшие традиционную «открытую» операцию комбинированным лапаротомным и торакотомным доступами (операция Льюиса). Все пациенты были со II-III стадиями заболевания. В исследование были включены пациенты после радикальных операций (R0).

Обсуждение. В основной группе осложнения после операции были выявлены у 4 (11,1%). В группе сравнения – у 8 (15,4%) (p=0,023). Летальность после операций в основной группе составила 2,6% (1 пациент), а в группе сравнения – 5,8% (3 пациента) (p=0,046). При сравнении объема выполненной лимфаденэктомии было выявлено, что количество удаленных лимфатических узлов в основной группе (32±4) и в группе сравнения (26±3) статистически достоверно не отличалось (p=0,071). При этом оказалась, что отдаленная выживаемость после лапаро-торакоскопической операции достоверно выше. Трехлетняя выживаемость в первой группе- 50,0% (18/36), а во второй

– 44,2% (23/52) (p=0,043). Пятилетняя выживаемость в первой группе- 44,4% (16/36), а во второй – 36,5% (19/52) (p=0,04).

Выводы и рекомендации. Меньший травматизмом лапаро-торакоскопических субтотальных резекций пищевода по типу Льюиса, обеспечивающих высокий радикализм, является основным преимуществом этих операций. Являясь причиной уменьшения числа осложнений и ранней активизации в послеоперационном периоде, это приводит к минимальному потреблению опиоидных анальгетиков и сокращению сроков стационарного лечения. Вероятнее всего, эти факторы влияют на достоверное улучшение отдаленных результатов лечения после лапаро-торакоскопических радикальных операций при раке пищевода.

Ключевые слова: рак пищевода, эзофагэктомия, резекция пищевода, лапароторакоскопический доступ

---

481. Сравнительный анализ непосредственных результатов лапароскопической и роботассистированной пластики пищеводного отверстия диафрагмы и циркулярной фундопликации по унифицированной методике

Аллахвердян А.С. (1), Хатьков И.Е. (3), Матвеев Н.Л. (2), Чудных С.М. (3), Тимошенко Д.С. (3), Анипченко А.Н. (1)

Москва

1) МГМСУ им А.И. Евдокимова,
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
3) МКНЦ им А.С.Логинова

Актуальность. Пластика пищеводного отверстия диафрагмы с циркулярной фундопликацией лапароскопическим много лет остается «золотым стандартом» при лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы. И прогресс в развитии данного раздела многие специалисты связывают с широким внедрением роботассистированных операций. При попытке объективной оценки преимуществ подобных операций специалисты сталкиваются с рядом проблем. Они во многом обусловлены разницей в том, как формируется виртуальное пространство при использовании большинства роботических систем, в том числе с принципиально другой расстановкой портов и абсолютно разными углами работы манипуляторов. Это создает трудности при необходимости выполнить какой-либо этап операции лапароскопически. При этом, как правило, приходится менять расстановку лапаропортов и использовать привычное оборудование для лапароскопичеких операций. Этот переход от роботассистированного способа оперирования к лапароскопическому справедливо обозначается как конверсия. Мы провели сравнительный анализ непосредственных результатов лапароскопических и роботассисторованных операций с использованием роботизированной системы Asensus Senhans, в которую интегрирована привычное оборудование для выполнения лапароскопических операций.

Материал и методы. В 2023 г. нами на двух клинических базах (КМЦ МГМСУ им А.И. Евдокимова, МКНЦ им А.С. Логинова) были по единой методике выполнены операции больным с аксиальными и кардиофундальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Лапароскопическая циркулярная фундопликация с пластикой пищеводного отверстия диафрагмы была выполнена 35 больным (80,2%), роботассистированная лапароскопическая фундопликация 14 больным (19,8%). Проведена сравнительная оценка интраоперационных и послеоперационных результатов хирургического лечения.

Обсуждение. Всем 49 больным операция выполнялась по унифицированной методике. Она состояла в единообразное расстановке 5 лапаропортов. Всем больным выполнялась задняя крурорафия, а при диастазе ножек диафрагмы более 4-х см, либо большом их натяжении – аллопластика облегченным сетчатым имплантом из полиэстера. При этом выполнялась циркулярная фундопликация по одинаковой методике с одинаковой фиксацией фундопликационной манжеты к пищеводному отверстию диафрагмы. Так называемых «конверсий» не было. Среднее время операции составило в «лапароскопической» группе – 92,4 минуты, в группе «роботассистированной» – 115,1 минут. Интраоперационная кровопотеря была незначима в обеих группах. Интраоперационный карбокситоракс вследствие вскрытия плевральной полости был выявлен у 8,2% (4/49) пациентов в «лапароскопической» группе, а в группе «роботассистированной» подобное осложнение не отмечено. В «лапароскопической» группе осложнения после операции были выявлены у 2-х (4,1%) пациентов – нагноение рана в зоне введения лапаропорта. В группе «роботассистированной» осложнений не было. Летальных случаев не было. Прием жидкой пищи начинали спустя сутки после операции в обеих группах. Послеоперационный койко-день в «лапароскопической» группе составил – 6,2 дней, в группе «роботассистированной» – 3,6 дней. Опиоды после операции не назначались. По данным опросников в «лапароскопической» группе в первые двое суток значимые боли в зоне операции отмечали 51% (25/49) пациентов, в группе «роботассистированной» 28,6% (4/14)

Выводы и рекомендации. Унификация методики самой операции позволяет проводить достоверное сравнение полученных результатов. Удобство работы с системой, в которую интегрировано привычное оборудование для выполнения лапароскопических операций, облегчает освоение новой методики оперирования и способствует быстрому достижению положительных результатов.

Первые результаты выполнения роботассистированных операций с использованием роботизированной системы Asensus Senhans демонстрируют более высокий профиль интраоперационной безопасности, обеспечивая лучшее состояние пациентов в раннем послеоперационном периоде и способствует сокращению послеоперационного койко-дня.

Ключевые слова: Роботассистированная пластика пищеводного отверстия диафрагмы, фундопликация

---

482. Лечение и профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных с хроническими миелопролиферативными заболеваниями

Батров П.А., Данишян К.И., Лукина Е.А., Соболева Е.А., Сабиров К.Р., Сысоева Е.П., Киценко Е.А.

Москва

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Актуальность. Хронические миелопролиферативные заболевания осложняются массивной спленомегалией и в 10-20% случаев тромбозом вен портальной системы, что приводит к развитию венозных каверном в области ворот печени и селезёнки, варикозу пищевода и желудка. Риск кровотечения обуславливает первоочерёдность лечения варикоза пищевода и желудка, до назначения эффективной противотромботической терапии. Тромбоз воротной вены препятствует выполнению рентгенэндоваскулярных вмешательств и операции портокавального анастомоза. Выполнение эндоскопического лигирования, гастротомия с прошиванием кардиоэзофагеальных вен у данной категории больных не исключают рецидива варикоза из-за наличия множества коллатералей от увеличенной селезёнки. В связи с этим определяются показания для выполнения спленэктомии.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ФГБУ НМИЦ гематологии с 2012 по 2022 гг. прооперировано 59 пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями: истинная полицитемия n=24 (40%), эссенциальная тромбоцитемия n=7 (11,67%), первичный миелофиброз n=23 (38,33%), неклассифицируемые хронические миелопролиферации n=5 (8,33%). Мутационный статус распределился следующим образом JAK2 V617F n=51 (85%), CALR n=3 (5%) и MPL n=0 (0%), n=3 (5%) мутаций не выявлено, n=2 (3,33%) мутационный статус не определялся. Маркеры наследственной тромбофилии выявлены у 48 (80%) пациентов, у 5 (8,33%) мутаций не выявлено, у 6 (10%) полиморфизм генов свертывания не определялся. Варикозные вены пищевода и желудка выявлены у 53 пациентов (88,33%), ВРВ желудка n=6 (10%). У 49 (81,67%) пациентов отмечался тотальный тромбоз сосудов портальной системы, у 1 (1,67%) изолированный тромбоз селезеночной вены, у 9 (15%) пациентов с ВПГ без тромбоза сосудов портальной системы. Основными показаниями к выполнению оперативного вмешательства являлись многократные эпизоды желудочно-кишечного кровотечения с высоким риском развития рецидива, цитопенический синдром, а также гигантская спленомегалия. Спленэктомия выполнена у 20 (33,33%) пациентов: 12 с тотальным тромбозом портальной системы, 1 пациента с изолированым тромбозом селезеночной вены, и 7 пациентам без тромбоза. Спленэктомия и гастротомия с прошиванием варикозно-расширенных вен пищевода и желудка выполнена у 39 (65%) пациентов: у 37 пациентов с тотальным тромбозом сосудов портальной системы и 2 пациентам без тромбоза.

Результаты. Средняя кровопотеря при выполнении оперативного вмешательства составила 1947 мл. В раннем послеоперационном периоде отмечались осложнения: внутрибрюшные кровотечения n=4 (6,67%), желудочно-кишечные кровотечения отмечены n=2(3,33%) пациентов, жидкостные скопления в левом поддиафрагмальном пространстве n=15 (25%). Тромбоз глубоких вен нижних конечностей n=3 (5%), тромбоз коллатералей вен портальной системы n=2 (3,33%). Тромбоцитоз в ряде случаев достигал до 3644 10*9л в связи с чем проводилась антикоагулянтная, антиагрегантная и циторедуктивная терапия в индивидуальных дозах. Контрольные ЭГДС выполнялись через 3-6 месяцев. В отдаленном послеоперационном периоде ЭЛ потребовалось 7 (11,67%) пациентам. За период наблюдения (n=10 лет) умерло 3 пациента (5%) из-за трансформации хронического миелопролиферативного заболевания в острый лейкоз.

Выводы и рекомендации. Спленэктомия и гастротомия с прошиванием ВРВ пищевода и желудка является вынужденной, а порой даже единственно эффективным методом хирургической коррекции ВПГ и профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с ХМПЗ. Однако выполнение оперативного вмешательства связано с высоким риском осложнений, требующее персонифицированного и мультидисциплинарного подхода в планировании оперативного вмешательства и надлежащего проведения сопроводительной терапии в пред- и послеоперационных периодах, что может улучшить продолжительность и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: Хронические миелопролиферативные заболевания, истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, первичный миелофиброз, внепеченочная портальная гипертензия, тромбоз сосудов портальной системы, желудочно-кишечное кровотечение, кровотечение из варикозно ра

---

483. Лечебная и диагностическая тактика у больных с внепеченочной портальной гипертензией

Киценко Е.А., Манукьян Г.В., Лебезев В.М., Жигалова С.Б., Фандеев Е.Е., Малов С.Л. Камалов Ю.Р., Крыжановская Е.Ю., Косакевич Е.Р.

Москва

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

Цель. Разработка лечебной тактики у больных с внепеченочной портальной гипертензией..

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 424 больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ), развившейся с вследствие тромбоза воротной вены (больные циррозом печени и онкозаболеваниями не включались) с 2003 по 2022 гг.: 227 женщин (53,5%) и 197 мужчин (46,5%) в возрасте от 18 до 82 лет (медиана – 36,7 года). У 102 (24,1%) пациентов заболевание отмечено с детства. Во взрослом возрасте заболевание манифестировало у 322 (75,9%), из них заболевание крови выявлено у 136 (32,1%). Обследование пациентов включало определение различных системных и локальных факторов риска внепеченочного тромбоза воротной вены (ВТВВ). С целью профилактики варикозных кровотечений 152 больным (35,9%) выполнено мезентерико-кавальное или спленоренальное шунтирование («бок в бок» или с интерпозицией синтетического протеза). У 272 больных (64,1%) тотальный тромбоз сосудов портальной системы явился фактором, препятствующим выполнению шунтирующей операции. Таким пациентам выполняли эндоскопическое лигирование или склерозирование варикозных вен – 152 больным (35,8%), а также прямое прошивание варикозных вен (ВВ) желудка (при диаметре ВРВ в желудке больше 15 мм) – 122 наблюдений (28,3%). 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. 110 (25,9%) больным выполнялась эластометрия (ARFI-эластометрия) печени и селезенки до и после операции.

Результаты. Различные системные и локальные факторы риска ВТВВ, обнаруженные у больных, включали наследственные тромбофилии – 172 (40,5%) наблюдений: 41 больной (9,7%) с мутацией гена фактора V (Leiden); 13 больных с мутацией гена протромбина (3,1%); 18 больных (4,2%) с наследственным дефицитом антитромбина, протеинов «С» и «S»: 23 (5,0%) и 5 (0,9%) соответственно; гомозиготная мутация гена ингибитора активатора плазминогена I – 65 пациентов (15,3%) и гипергомоцистеинемия – 23 больных (5,4%). Приобретенные тромбофилии обнаружены у 148 пациентов (34,9%): хронические миелопролиферативные заболевания – 134 больной (31,6%), антифосфолипидный синдром – 26 пациентов (6,1%) и пароксизмальная ночная гемоглобинурия – 2 пациента (0,5%). Локальные факторы риска ВТВВ (воспалительные заболевания органов брюшной полости, травмы, операции и др.) обнаружены у 135 больных (31,8,%). В послеоперационном периоде летальных исходов не отмечено. Осложнениями ближайшего и отдаленного периода наблюдения являлись геморрагические (рецидивы эрозивных и варикозных кровотечений) и тромбоэмболические (включая рецидивы тромбоза сосудов портальной системы, ТЭЛА и пр.). После выполнения шунтирующих операций практически у всех пациентов отмечено значимое снижение жесткости селезенки (<0,01), чего не наблюдалось после операций азигопортального разобщения (>0,05). Уровень 5- и 10-летней выживаемости составил 97,5% и 92,4% 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. Лечебная тактика у больных с ВТВВ должна проводиться обязательно с учетом данных ЭГДС, КТ-ангиографии сосудов портальной системы, тромбофилического статуса. Наличие тромбофилии повышает риск рецидива тромбоза в сосудах портальной системы, а также тромбозов других локализаций. Длительная АКТ снижает частоту геморрагических (с 22,7% до 6,2%) и тромбоэмболических (с 48,4% до 8,1%) осложнений в отдаленном послеоперационном периоде ($p < 0,05$). Отказ пациентов от АКТ значительно ухудшает прогноз.

Ключевые слова: Внепеченочная портальная гипертензия, тромбоз воротной вены

---

484. Реализация требований приказа Минздрава России от 05.08.2022 № 530 в Пензе на примере работы приёмного отделения городской больницы

Аверьянова Л.А.

Пенза

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РоссииГБУЗ «Клиническая больница №6 имени Г.А. Захарьина»

Актуальность. В системе оформления документации при оказании специализированной медицинской помощи в РФ произошли существенные изменения. С 05.08.2022 г. работа практических врачей осуществляется на основании приказа Минздрава РФ №530 Документ разработан

в целях модернизации структурированных электронных документов, введении в практическую работу новых, а также максимальной формализации клинической части медицинской карты пациента. Автоматизация работы в реалиях сегодняшнего времени осуществляется в Пензенской области с помощью компьютеризации и программного обеспечения системы Промед.

Цель исследования. Оценить краткосрочные результаты работы кабинета хирурга приёмного отделения после применения на практике унифицированных форм документов и предложить меры по улучшению практической деятельности медперсонала.

Материалы и методы исследования. Базой исследования послужила работа врачей хирургов приемного отделения в «ГБУЗ КБ №6 им. Захарьина», осуществляющих оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ургентной патологией. С 01.03.2023 г. в стационаре внедрен в практику приказ Минздрава РФ совместно с региональной информационно-аналитической медицинской системой (РИАМС) ПроМед. За медицинской помощью городскую больницу в порядке экстренной медицинской помощью при дежурстве три дня в неделю обратилось с начала действия документа 1623 пациента. Возраст от 18 до 92 лет. Обращение осуществлялось с помощью сотрудников скорой медицинской помощи и самотёком.

Результаты исследования. Образцы учётных форм впервые разработаны и введены в практическую деятельность врачей в 1980 году приказом №1030, однако приказ был отменён 1988 году. Минздравсоцразвития в 2009 году выпустил письмо, в котором рекомендовано использовать Образцы учётных форм в виде бланков, по сути унифицированные утверждённые формы отсутствовали. За время исследования клиника осуществляла приём экстренных пациентов по хирургическому профилю три раза в неделю. За одно дежурство поступало от 37 до 54 пациентов с ургентной хирургической патологией. При наличии документов у пациентов, либо с их слов ФИО и возраста с помощью системы РИАМС ПроМед производилась идентификация пациента и автоматическая загрузка данных о пациенте в Формы медицинской документации. Однако большинство сотрудников, работавших с новыми бланками, столкнулись с рядом проблем в связи с отсутствием предварительного обучения по данному документу и краткой настольной инструкцией. В кратчайшие сроки нами были созданы методические рекомендации по правильному оформлению документации в целях избежания ошибок и штрафов со стороны страховых компаний. Кроме того, учитывая загруженность многопрофильного стационара и большого количества консультаций узких специалистов бланк «Осмотр лечащим врачом, врачом-специалистом» был дополнен характеристиками осмотра органов и систем согласно специализации специалиста, что значительно сэкономило время оформления осмотров. В целях реализации Приказа Минздрава РФ от 6 декабря 2017 года №974н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований» и обеспечения реализации единообразного подхода к оформлению результатов эндоскопических исследований нами организованы формы протоколов эндоскопических исследований. В результате исследования медперсоналом отмечено, что работа с помощью электронной регистратуры позволила значительно уменьшить время по сравнению с оформлением рукописного варианта «Медицинской карты стационарного больного». Однако увеличилось время внесения данных в Форму журнала 001У, так как Минздравом РФ внесены изменения в сторону увеличения количества граф в журнале «Учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара». В сегодняшнем нормативном документе количество граф увеличено до двадцати двух, в прошлой форме было пятнадцать. В условиях оказания экстренной медицинской помощи при поступлении пациентов в приёмное отделение на счету, большей частью, каждая минута. И в клинике с целью идентификации пациента достаточен один документ, удостоверяющий личность. Внесение остальных документов, как СНИЛС, номер медицинской карты занимает у медперсонала время. В кабинете хирурга приёмного отделения работает одна медсестра, на которую возлагаются обязанности по внесению информации в журнал, осуществлению заполнению бланков-направлений на анализы, измерение температуры тела пациенту, осмотру на педикулёз, при необходимости промывание желудка перед эндоскопическим исследованием, на что в совокупности затрачивается значительное количество времени, длительность которого при увеличении может сказаться на состоянии пациента. Графа «исход госпитализации: (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), дата и время исхода, наименование медицинской организации, куда переведен пациент» логически должна заполняться по состоянию пациента уже после того, как у больного произойдёт какая-то динамика после лечения. За это время заполненные журналы уже находятся в архиве. То есть их нужно возвращать для заполнения данной графы той же медсестре или на кого ложится эта обязанность, непонятно. 95,0% врачей указали на экономию времени, затрачиваемого на введение данных осмотра пациентов с помощью системы Промед, которые благодаря ей «подгружались» автоматически. Они облегчают работу, обеспечивая быстрый доступ к паспортным данным, историям болезней и прочим служебным документам, избавляя от традиционного документооборота на бумажных носителях. Однако данная система несовершенна частыми прекращениями доступа с автоматизированных рабочих мест из-за сбоя программы. 93% медперсонала использовала шаблоны осмотров узких специалистов. 89% среднего медперсонала подчеркнуло необходимость предварительного обучения и наличия краткого руководства по работе внесения данных в условиях меняющихся форм заполнения

документации историй болезни.

Выводы 1. Документ обновил систему заполнения медицинской документации, где была осуществлена реализация нормативных требований. Однако необходимость внесения развернутой информации о пациенте в учётные формы в стационаре, оказывающем специализированную медпомощь больным с ургентной патологией, несёт потери ценного времени, как для пациента, так и для медперсонала; 2. Для правильного и полного исполнения приказа Минздрава РФ, реализации и обновления документации, является обязательным компонентом информатизации учреждений здравоохранения, организация грамотного заполнения документации среднего медперсонала и врачей должна осуществляться планомерно, методично, с предварительным обучением и инструктажем, разработанными Минздравом РФ; 3. Необходимость использования унифицированных форм, использование единой базы лечебно-профилактических учреждений является обязательной, ведёт к формированию структурированного и прозрачного подхода к лечению; 4. Необходимость гарантированного бесперебойного доступа к РИАМС «ПроМед» в совокупности с новым приказом Минздрава РФ позволит вывести оказание специализированной медицинской помощи на качественно новый уровень, повысить эффективность работы и оптимизировать процесс отчетности.

Ключевые слова: Минздрав РФ, приказ №530, приёмное отделение, унифицированные формы

---

485. Синдром интраабдоминальной гипертензии при политравме

Трещёв М.Ю., Потахин С.Н., Рехен Д.Г.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. В развитии синдрома системной воспалительной с её клиническими проявлениями при политравме немаловажную роль играет транслокация кишечной флоры, поступление токсинов в системный кровоток с дальнейшим запуском каскада реакций, лежащих в основе формирования полиорганной недостаточности и неблагоприятного исхода. Данное состояние в настоящее время рассматривается как одно из проявлений синдрома энтеральной (кишечной) недостаточности (СКН). Среди этиологических факторов формирования СКН при поли травме основное место занимает повреждение полых органов брюшной полости и забрюшинного пространства, однако все практикующие хирурги и анестезиологи-реаниматологи сталкиваются с проблемой СКН и у пострадавших без внутрибрюшных повреждений. В данной ситуации анализ факторов риска, приводящих к формированию СКН при политравме поможет своевременно скорригировать лечение, снизить количество осложнений и неблагоприятных исходов.

Материалы и методы. В работу вошёл анализ результатов лечения пострадавших с политравмой (тяжёлой сочетанной травмой Injury Severity Score (ISS) более 16 баллов), находившихся на лечении в ГУЗ ГКБ им. Ю.Я. Гордеева и ГУЗ ГКБ им. В.Н Кошелева г. Саратова с 2017 по 2022. Критерием включения было наличие политрамы, критерием исключения явились диагностированные повреждения органов живота, а также травма таза более 2 баллов по ISS, так как более серьезные повреждения однозначно сопровождаются травмой мочевого пузыря и массивной забрюшинной гематомой, кроме того, исключались пострадавшие с повреждением спинного мозга. Женщин – 14 (33,3%), мужчин – 28 (66,6%). Средний возраст составил 38,5 лет. Тяжесть травмы по ISS составила 25,2±3,1. В качестве маркера СКН оценивали показатель внутрибрюшного давления (ВБД), который большинством авторов рассматривается, как один из доступных критериев оценки тяжести СКН. Измерение ВБД проводили через мочевой катетер в динамике от момента поступления до перевода из реанимационного блока в общее отделение или летального исхода

Результаты. Повышение ВБД (интраабдоминальная гипертензия ИАГ) отмечено у всех пострадавших и фиксировалось со 2 по 7 сутки с момента травмы (в среднем 4±1,7 суток). ИАГ 1 степени (от 12 до 15 мм рт ст) отмечена в 42% (17 пострадавших), ИАГ 2 степени (от 16 до 20 мм рт ст) 42% (17 пострадавших), ИАГ 3 степени (от 21 до 25 мм рт ст) зарегистрирована у 16% (8 пострадавших). Летальность в исследуемой группе составила 30,2% (12 пострадавших). Смерти от травматического шока не фиксировалось, 2 пострадавших погибли от прогрессирующей церебральной недостаточности в течение трёх суток, 7 пострадавших умерли от полиорганной недостаточности, ведущей являлась травма груди и дыхательная недостаточность в течение семи суток, 3 умерли от сепсиса в течение последующих 3 недель с момента травмы. Среди факторов риска возникновения ИАГ рассматривали степень снижения артериального давления, длительности гипотонии (с момента регистрации на уровне скорой помощи до момента отхождения от инотропной поддержки), объёма кровопотери, рассчитанного косвенно на основе последних рекомендаций по военно-полевой хирургии. Оценку значимости факторов проводили в программе MedCalc v11.5.0 с помощью сравнения ROC-кривых. Все изученные факторы достоверно влияли на развитие ИАГ: уровень артериальной гипотензии более 84 мм рт ст Se 72%, Sp 51%, AUC (0,594); тяжесть кровопотери косвенно более 1486 мл Se 68%, Sp 41%, AUC (0,524); длительность гипотонии 3,2 ч Se 83%, Sp 78%, AUC (0,724), $p<0,01$ по отношению к другим показателям.

Выводы и рекомендации. Мы видим, ведущим фактором в развитии внутрибрюшной гипертензии является длительность гипотонии, что влечет за собой снижение периферической перфузии и запуск звеньев СКН. Таким образом, коррекция СКН при политравме начинается с адекватной инфузионно-трансфузионной терапии, с последующим ранним началом нутритивной поддержки и энтеросорбции.

Ключевые слова: синдром кишечной недостаточности, политравма, внутрибрюшное давление

---

486. Влияние полиморбидности при “скрытой” нутритивной недостаточности на ранние осложнения после лапароскопической дистальной резекции желудка

Рубанова Д.В.1, Кузьмина Т.Н.1,2, Кочергин В.Г.1, Субботин В.В.1,3

Москва

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»
2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-иссл

Актуальность: Опухоль желудка занимает 5-е место в мире по числу зарегистрированных случаев среди всех злокачественных новообразований. Оптимальным способом лечения операбельного рака желудка является комбинированный метод: адекватное хирургическое лечение (гастрэктомия или субтотальная резекция желудка), дополненное периоперационной или адъювантной химиотерапией. С одной стороны, пациенты с опухолью желудка крайне угрожаемы по рискам развития белково-энергетической недостаточности, а, с другой, синдром гиперкатаболизма-гиперметаболизма, в следствии оперативного вмешательства, усугубляет нарушения исходного нутритивного статуса. Как следствие, в настоящее время имеются данные о корреляции между нутритивной недостаточностью в дооперационном периоде и послеоперационными осложнениями. Однако выявление “скрытой” нутритивной недостаточности представляется в настоящее время затруднительным. Кроме того, не редки случаи, когда пациенты с опухолью желудка имеют полиморбидность, что так же может влиять на их нутритивный статус. В связи с этим, поиск взаимосвязи между нутритивной недостаточностью в раннем послеоперационном периоде, у пациентов без исходно измененного нутритивного статуса, и послеоперационными осложнениями у пациентов как с наличием полиморбидности, так и без нее является актуальным..

Цель: оценить влияние полиморбидности при “скрытой” нутритивной недостаточности на развитие ранних осложнений после лапароскопических дистальных резекций желудка.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование было включено 200 пациентов, перенесших лапароскопическую дистальную резекцию желудка в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ с 2017 по 2021 год. Средний возраст пациентов, составил 68 лет (p <0.01), из них женщин было52%, мужчин – 48%, средний индекс массы тела (ИМТ) – 26 кг/м2 (p <0.01). Из 200 пациентов в дооперационном периоде у 26 (13%) был диагностирован сахарный диабет 2 типа, 140 (70%) пациентов имели сердечно-сосудистые заболевания, у 22 (11%) пациентов была комбинация сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний. У всех пациентов для оценки белково-энергетической недостаточности в послеоперационном периоде измеряли уровень альбумина и уровень абсолютной лимфопении. Также регистрировали наличие или отсутствие послеоперационных осложнений. Для выявления корреляции между изучаемыми параметрами использовали коэффициент Кенделла.

Результаты: Общее количество ранних послеоперационных осложнений составило 24,5%, из них: моторные нарушения (гастростаз- 13,5%, парез кишечника- 7,0%), жидкостные скопления- 8,5%, послеоперационный панкреатит и внутрибрюшное кровотечение- по 3,5%, несостоятельность анастомоза и пневмония по 3%, при этом у 11% пациентов было сочетание нескольких осложнений. Количество пациентов с абсолютной лимфопенией в послеоперационном периоде составило 64,5%, с гипоальбуминемией -38,5%. Выявлена слабая положительная корреляционная связь между развившейся белково-энергетической недостаточностью и послеоперационными осложнениями в целом (Коэффициент корреляции Кенделла 0.194, p-value <0.01) и несостоятельностью анастомозов в частности (Коэффициент корреляции Кенделла 0.240, p-value <0.01). Также можно отметить, что у всех пациентов с несостоятельностью анастомоза отмечалась в раннем послеоперационном периоде как гипоальбуминемия, так и абсолютная лимфопения (Хи-квадрат p < 0,002, критерий Пирсона 0,307). При этом количество пациентов с гипоальбуминемией в раннем послеоперационном периоде, у которых были выявлены послеоперационные осложнения, составило 27 случаев из 77, что соответствует 35%, у пациентов без гипоальбуминемии – 22 случая из 123, что составило 18% (Хи-квадрат p < 0,006, критерий Пирсона 0,27). Корреляция между сопутствующими заболеваниями и послеоперационными осложнениями не являлась статистически значимой (при сахарном диабете 2 типа коэффициент корреляции Кенделла -0.04, p-value 0.504; при сердечно-сосудистых заболеваниях коэффициент корреляции Кенделла -0.05, p-value 0.410)

Выводы: Наличие полиморбидности (сахарный диабет

2 типа, сердечно-сосудистые заболевания) не влияло достоверно на послеоперационные осложнения у пациентов без явных признаков белково-энергетической недостаточности в предоперационном периоде. Это вероятно обусловлено тем, что на плановую операцию, пациенты направлялись после компенсации сопутствующей патологии. Скорее всего, полноценная коррекция проявлений полиморбидности пациента способствует профилактике ранних послеоперационных осложнений. Однако, пациенты с опухолью желудка требуют тщательного скрининга нутритивной недостаточности и подбора нутритивной поддержки для предупреждения развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: Рак желудка, нутритивная недостаточность, абсолютная лимфопения, гипоальбуминемия, послеоперационные осложнения, несостоятельность анастомозов, сопутствующие заболевания, полиморбидность.

---

487. МРТ в диагностике неотложных хирургических заболеваний у беременных во втором и третьем триместре

Смирнов Д.А., Логвин Л.А., Попов Д.Н., Корольков А.Ю., Аракелян А.В.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова.

Диагностика неотложных хирургических заболеваний у беременных является актуальной проблемой в силу неоднозначности клинической картины и лабораторных данных. По мнению многих авторов магнитно-резонансная томография (МРТ) является информативным и безопасным методом визуализации у этой группы пациенток. Был проведён ретроспективный анализ результатов МРТ у беременных, доставленных с подозрением на неотложные хирургические заболевания органов брюшной полости в клинику ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова за период с 2015 по первый квартал 2023 года. Проанализировано 1016 историй болезни, МРТ выполнено в 59 случаях (5,81%), всегда без контрастного усиления. В 1 случае (1,72%) исследование не проведено в полном объёме из-за отказа пациентки. В большинстве случаев требовалось исключение холедохолитиаза (33, 55,93%) и острого аппендицита (18, 30,51%). Реже метод использовался для исключения прочих воспалительных и деструктивных процессов в полости брюшины и забрюшинной клетчатке (8, 13,56%). Решение о МРХПГ принималось при холедохоэктазии (10, 30,30%), гипербилирубинемии (7, 21,21%) и сочетании этих факторов (7, 21.21%), при клинических (4, 12.12%) и лабораторных (4, 12.12%) признаках острого панкреатита у пациенток с ЖКБ. Обструкция общего желчного протока выявлена в 6 случаях (18,18%), у 4 пациенток выполнена лапароскопическая холецистэктомия и ЭПСТ, в 1 случае – ЭПСТ. Одна больная отказалась от оперативного лечения. В 27 случаях (81,82%) при МРХПГ обструкция желчевыводящих протоков была исключена, продолжено лечение с положительной динамикой. У 1 пациентки отмечено нарастание прямой фракции билирубина, выполнена ЭУС, данных за обструкцию холедоха не получено. Показанием к МРТ для исключения острого аппендицита было наличие болей и/или болезненности в правом нижнем квадранте живота, сохранявшихся в течение 2–4 часов на фоне спазмолитической терапии при отсутствии аппендикулярных симптомов и умеренных лабораторных признаках системной воспалительной реакции (СВР). Среднее значение индекса Альварадо – 3,92±0,36, среднее количество лейкоцитов 11,28±0,62х109/л. У одной пациентки (5,56%) с атипичной клинической картиной и нарастающими маркерами СВР МРТ подтвердило диагноз аппендицита. У 6 (33,33%) были выявлены иные причины болевого синдрома, из них 2 пациентки (11,11%) потребовали хирургического лечения, в одном случае имелся перекрут кисты правого яичника, в другом – заворот caecum mobile. У остальных 11 пациенток этой группы данных за патологические изменения выявлено не было, но в двух случаях, на основании сохраняющихся локальных болей и болезненности, в дальнейшем (через 4 и 9,5 часов после МРТ) было принято решение о диагностической лапароскопии, при которой обнаружен острый аппендицит, произведена аппендэктомия, гистологически в обоих случаях флегмонозный аппендицит. У 8 беременных, которым МРТ выполнялось по прочим показаниям (исключение внутрибрюшных жидкостных образований у 2-х пациенток, исключение дивертикулита у 1 больной, исключение деструктивных изменений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у 5) во всех случаях исследование дало ответы на поставленные вопросы. Осложнений МРТ не отмечено. Роды на 1-3 сутки после МРТ отмечены в трёх случаях (5.0%), двое из них поступили с явлениями угрозы прерывания беременности, у одной роды состоялись на доношенном сроке. Можно заключить, что МРТ является информативным и безопасным методом диагностики неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных. Исследование высокоинформативно для диагностики обструкции внепечёночных желчных протоков при наличии признаков билиарной гипертензии и/или гипербилирубинемии. Использование МРТ в диагностике острого аппендицита позволяет воздержаться от напрасного оперативного вмешательства. Однако даже после исключения воспалительных изменений в брюшной полости по данным МРТ следует продолжить наблюдение за пациенткой и учитывать динамику клинической картины и лабораторных показателей.

Ключевые слова: Острый аппендицит, острый холецистит, холедохолитиаз, острый панкреатит, беременность

---

488. Современная стратегия безопасности кардиохирургического вмешательства

Терещенко В.И., Малышева Е.М., Шмыкова Л.В., Старцева Е.А., Парфенов И.П., Туровский А.Б., Бобылев А.А.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ

Частота дисфункции кондуитов при коронарном шунтировании составляет 2-8%, что является основным фактором, влияющим на послеоперационную летальность. Варианты интраоперационной оценки проходимости шунтов рассматривается в Национальных и Европейских рекомендациях по реваскуляризации миокарда.

Цель работы – описать методики контроля качества оперативного вмешательства при помощи флоуметрии и ультразвукового эпикоронарного сканирования для оценки проходимости коронарных артерий и шунтов в коронарной хирургии. Существует ряд аспектов, необходимых для оценки структурной целостности кондуита, исключение его диссекции, перегиба, отсутствие деформаций и технических недочетов в области дистального анастомоза, отсутствие тромбоза кондуита или спазма артерий.? В кардиохирургическом отделении ГКБ им. В.В.Вересаева с августа 2020 г. по декабрь 2022 г. выполнено 725 операции аорто-коронарного шунтирования, включая 73 сочетанные с клапанными вмешательствами. Интраоперационная оценка качества шунтов проводилась во всех случаях. Изменения хирургической тактики или техники составило до 25% случаев при использовании этих технологий. Изменения были связаны с состоянием аорты в 10% случаев, кондуитов в 3%, коронарных артерий в 25% случаев. Ревизия трансплантатов выполнена в 2% случаях, включая ревизии дистального анастомозов в 4% случаев.?

Выводы – Одновременное использование флоуметрии и ультразвукового эпикоронарного сканирования при проведении коронарного шунтирования дает достаточную анатомическую и функциональную информацию, улучшая диагностическую точность интраоперационной оценки проходимости трансплантата и состоятельности анастомоза. Представленная методика добавляет свой уникальный фрагмент информации, поэтому при принятии решения о ревизии анастомоза или трансплантата необходимо совместное их использование

Ключевые слова: кардиохирургия, АКШ, флоуметрия,

---

489. Ангиоспазм в коронарной хирургии: методы профилактики и купирования

Терещенко В.И., Малышева Е.М., Шмыкова Л.В., Тахмазов Т.Э., Старцева Е.А., Парфенов И.П., Бобылев А.А.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ

В течение последних лет появляется все больше случаев развития спазма коронарных артерий после коронарного шунтирования, что делает актуальным дальнейшее изучение этой проблемы.

Цель: Проанализировать случаи коронарного спазма связанные с кардиохирургическим вмешательством, оценить методы и результаты лечения данного осложнения. Методы: В кардиохирургическом отделении ГКБ им. В.В.Вересаева с августа 2020 г. по декабрь 2022 г. выполнено 725 операции аорто-коронарного шунтирования, включая 73 сочетанные с клапанными вмешательствами. В этой группе у 67 больных развился коронароспазм, подтверждённый интраоперационно УЗ методом или послеоперационной коронарошунтографией. 63 пациентам выполнялось изолированное аортокоронарное шунтирование, 4 пациентам было проведено протезирование/пластика митрального/аортального клапана в сочетании с коронарным шунтированием. Симптомы коронароспазма (нарушения ритма сердца, признаки ишемии на ЭКГ, нестабильная гемодинамика) развились интраоперационно или в ближайшие 2-4 часа после операции. Ангиография выявила спазм ЛВГА или нативных коронарных артерий. Всем больным для купирования проводилась интракоронарная инфузия спазмалитических препаратов.

Результаты: Госпитальная летальность составила 4 пациента. Все больные умерли в результате послеоперационной сердечно-сосудистой недостаточности и вследствие развития в дальнейшем полиорганной недостаточности. В остальных 63 случаях состояние ангиоспазма удалось купировать с преходящими последствиями.

Вывод: Коронарный спазм является серьёзным осложнением при коронарном шунтировании. Наиболее эффективным методом лечения является селективное введение спазмалитических препаратов и при необходимости применение ВАБК и ЭКМО. Это осложнение связано с высоким процентом летальности и требует более детального дальнейшего исследования.

Ключевые слова: кардиохирургия, ангиоспазм, коронарные артерии, спазм, флоуметрия, АКШ

---

490. Минимально инвазивные технологии в кардиохирургии

Терещенко В.И., Парфенов И.П., Бобылев А.А.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ

Минимизация хирургической травмы является одним из доминирующих направлений в современной медицине. Понимание основ хирургии и технологический прогресс обеспечили прорыв в использовании минимально инвазивных подходов для хирургии коронарных артерий, клапанов сердца и нарушений ритма, обеспечивая ряд преимуществ перед вмешательствами со стандартным доступом к сердцу.

Цель работы – оценить непосредственные результаты успешной серии операций на МК с использованием миниинвазивной техники.

Материал и методы – С октября 2019 г. по декабрь 2022 г. выполнено 76 операций на МК из минидоступа. Большинство пациентов имели изолированный митральный порок сердца. В протокол предоперационной подготовки неотъемлемой была компьютерная томография с контрастированием бедренных и подвздошных артерий с целью оценки их анатомии и состояния. К противопоказаниям для операции через минидоступ относили выраженный кальциноз фиброзного кольца, расширение восходящей аорты, аортальная недостаточность 2-й и более степени, атеросклероз периферических артерий, перенесенные вмешательства в правой плевральной полости. Доступ к сердцу осуществляли из правосторонней переднебоковой миниторакотомии. Средняя продолжительность операции составила 192,9±51,3 мин, среднее время ИК – 148,3± 40,7 мин, п/Ао – 96,4± 29,6 мин. Неосложненный послеоперационный период отмечен всех больных. Средний койко-день в отделении после операции составил 8,6±3,0 дня. Госпитальная летальность отсутствовала.

Выводы: У пациентов операции с использованием миниинвазивной техники обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить эффективное и качественное оперативное вмешательство и достичь полного клинического результата. Преимущества миниинвазивного вмешательства неоспоримы: косметический эффект, отсутствие стернальной инфекции, быстрая реабилитация.

Ключевые слова: кардиохирургия, мини-доступ, малоинвазивная хирургия

---

491. Диагностика и малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в лечении нелактационного мастита: подходы и перспективы

Шестопалова А.Д.

Донецк

ГОО ВПО ДОННМУ им. М.Горького

В структуре заболеваний женского населения мастопатии выявляются с частотой до 31%. Полиморфизм клинических проявлений на фоне воспаления нуждается в детальном изучении лабораторно-инструментальных возможностей для получения достоверной информации о характере патологического процесса и индивидуальном подборе патогенетически обоснованной тактики лечения.

Цель исследования: изучить роль лабораторной и ультразвуковой диагностики в тактики лечения нелактационного мастита у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 453 пациенток репродуктивного возраста с воспалительными изменениями молочных желез (МЖ) и гормональным дисбалансом. Всем больным проводили общее клиническое обследование, пальпацию МЖ, лабораторные анализы, а также ультразвуковое исследование МЖ и зон регионарного метастазирования, а также органов малого таза, щитовидной железы, органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны, определяли уровни гормонов. Диагностические и лечебные пункционные вмешательства выполнялись под ультразвуковым контролем. Проведены морфологические исследования пунктатов, биоптатов и выделений из сосков.

Результаты и обсуждение. На основании анализа клинических и ультразвуковых результатов были сформулированы следующие диагнозы: киста с воспалением (n=181), перидуктальный мастит (n=132), гнойный галактофорит (n=61), абсцесс (n=56), новообразование молочной железы (n=23). Масталгию отмечали 323 (71,33%) пациентки. Гипертермия была у 12,4%. Явления подмышечного лимфаденита разной степени выраженности отмечены в 14,4% случаях. При исследовании гормонального статуса (эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4) отмечены отклонения от нормального уровня. УЗИ выявило узловые (n = 260) и диффузные (n = 193) изменения МЖ. Система протоков МЖ визуализирована у 42%: дуктэктазия – в 50 случаях, деформация – 17, сужение с деформацией – у 123. Внутрипротоковые образования отмечены в 4 случаях. У 42% пациенток выявлены заболевания органов малого таза (сальпингоофорит, метрит, кисты яичников). Патологические изменения щитовидной железы отмечены у 31% больных, из них диффузный токсический зоб у 13%, хронический аутоиммунный тиреоидит у 5%.

Индивидуальные схемы лечения подбирали с учитом морфо-функционального состояния структур МЖ и наличия гормонального дисбаланса, сопутствующих заболеваний. Малоинвазивные вмешательства (МИВ) под контролем УЗИ выполнены в 52,3%: по поводу кист (n=181) и абсцессов (n=56). Рецидивы возникли в 3,7% случаях, обусловленных большими размерами полости. При абсцессах пункцию только с аспирацией выполнили у 52 пациенток. При наличии толстой стенки абсцесса выполняли дренирование (n=4). Длительность лечения составила с аспирацией и дренированием соответственно от 7 до 12 суток. При гнойном ГФ выполнялось под визуальным контролем ретроградное дренирование молочных протоков с промыванием растворами антисептиков. При перидуктальном мастите проводилась консервативная терапия. Длительность составила соответственно от 7 до 10 дней.

Выводы: при нелактационном мастите необходима комплексная диагностика с эхографической оценкой семиотики патологических изменений и индивидуальная схема лечения с коррекцией сопутствующей патологии. При показаниях к хирургическому лечению целесообразнее выполнять МИВ под ультразвуковым контролем, позволяющие добиться максимального косметического эффекта и избежать негативных психологических реакций.

Ключевые слова: мастопатия, мастит, абсцесс, малоинвазивные вмешательства, пункция, дренирование, ультразвуковое исследование

---

492. Особенности выполнения эндобилиарных вмешательств у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни при наличии парафатериального дивертикула

Белик Б.М. (1), Толстопятов С.В. (3), Абдурагимов З.А. (2), Тенчурин Р.Ш. (2), Усаткин А.А. (2), Усаткина А.А. (1), Родаков А.В. (1), Баев О.В. (1), Ефанов С.Ю. (1), Скорляков В.В. (1), Бабиев В.Ф. (1), Толстов И.Е. (1), Кещян С.С. (1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
2) ГБУ РО «ЦГБ им. Н.А.Семашко»
3) ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Актуальность. За последнее десятилетие арсенал малоинвазивных эндобилиарных вмешательств в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) значительно расширился. В настоящее время в клинической практике активно применяются такие эндобилиарные вмешательства как эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), холедохолитоэкстракция, эндоскопическое рассечение стриктур билиодигестивных анастомозов, транспапиллярное протезирование общего желчного протока (ОЖП). Эффективность этих вмешательств достигает 95-99%, а осложнения в среднем не превышают 5,2-6,8%. Однако при нарушении нормальной анатомии области большого дуоденального сосочка (БДС) вследствие наличия парафатериального дивертикула (ПФД) достижение лечебного эффекта становится более затруднительным, а число осложнений увеличивается до 13%. Частота эндоскопического выявления ПФД у больных с ЖКБ, осложненной нарушением проходимости дистального отдела ОЖП, варьирует в пределах 9,5-26,2%. В таких случаях некоторые специалисты отказываются от проведения эндоскопических манипуляций на БДС в пользу традиционной хирургической санации желчных путей. Другие исследователи полагают, что наличие ПФД не является существенным ограничением для проведения диагностических и лечебных вмешательств на БДС, однако может потребовать применения нестандартных технических приемов при их выполнении.

Цель работы: оценить эффективность эндобилиарных вмешательств у больных с осложненными формами ЖКБ при наличии ПФД.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 76 больных с осложненными формами ЖКБ, у которых при эндоскопическом исследовании обнаружены парафатериальные дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДПК). У всех данных пациентов при проведении клинико-лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследования был диагностирован холедохолитиаз с нарушением оттока желчи в ДПК, что являлось основанием к выполнению эндоскопической санации желчевыводящих путей. У 22 (28,9%) пациентов холедохолитиаз сочетался со стенозом БДС. У 63 больных (82,9%) имела место механическая желтуха, из них у 13 – гнойный холангит и у 6 – острый билиарный панкреатит. Средний возраст пациентов составил 68,5?3,4 года. Для визуализации БДС в сложных ситуациях использовали следующие приемы: инструментальную пальпацию слизистой двенадцатиперстной кишки в зоне БДС; подтягивание и сборивание слизистой дивертикула с выведением парапапиллярной области; введение красителя (метиленовый синий) в желчевыводящие пути (при наличии ранее сформированного наружного желчного свища); антеградное проведение в желчевыводящие пути струны-проводника через чрескожную чреспеченочную холангиостому или интраоперационный дренаж ОЖП (технология rendezvous). После идентификации БДС и продольной складки ДПК выполняли канюляцию холедоха и ЭРХПГ. При выполнении ЭПСТ и последующей литоэкстракции стремились производить селективную канюляцию ОЖП с использованием

канюляционного папиллотома с короткой струной. При невозможности селективной канюляции ОЖП выполняли предрассечение папиллы (precut papillosphincterotomy) торцевым (игольчатым) папиллотомом, что позволяло продолжить манипуляции без серьезных повреждений структур перипапиллярной зоны для достижения глубокой канюляции желчных путей. Неканюляционную ЭПСТ методом «precut» применяли во всех случаях при вклиненном конкременте БДС и протяженных стенозах папиллы. При размере конкремента более 1,2 см его предварительно дробили с помощью корзины Дормиа, а затем фрагментарно извлекали. При необходимости пациентам после проведения транспапиллярных вмешательств осуществляли назобилиарное дренирование путем заведения тонкого зонда в ОЖП. У всех пациентов проводились меры медикаментозной профилактики панкреатита. Кроме того, у 12 больных после сложной канюляции БДС, а также селективной канюляции главного панкреатического протока и панкреатографии осуществляли стентирование вирсунгова протока в качестве дополнительной меры профилактики панкреатита.

Результаты и обсуждение. У 29 (38,2%) пациентов БДС располагался в полости дивертикула, то есть интрадивертикулярно (I тип). Наибольшие затруднения визуализация БДС вызывала, когда папилла располагалась в области дна дивертикула с узкой шейкой. У 26 (34,2%) больных БДС локализовался в области шейки дивертикула (II тип). При этом продольная складка ДПК у 17 больных переходила на стенку ПФД и у 9 больных не переходила на стенку дивертикула. У 21 (27,6%) пациента БДС и продольная складка ДПК находились за пределами дивертикула (III тип). Ретроспективный анализ показал, что из 76 больных у 71 (93,4%) эндоскопические транспапиллярные вмешательства были выполнены с положительным результатом. У 5 (6,6%) пациентов канюляция БДС оказалась безуспешной (у 3 больных с I типом и 2 – со II типом расположения папиллы). У всех данных пациентов была применена технология rendezvous. При этом у 4 пациентов струну-проводник заводили в желчные пути интраоперационно через культю пузырного протока (после выполнения лапароскопической холецистэктомии) к устью БДС и далее в просвет ДПК и у 1 пациента – через чрескожную чреспеченочную холангиостому. После визуализации БДС осуществляли ЭПСТ и литоэкстракцию. Из 76 больных адекватную ЭПСТ не удалось выполнить лишь у 3 (3,9%) пациентов, что сопоставимо с результатами ЭПСТ, выполняемых при отсутствии ПФД. При этом выбор способа ЭПСТ (типичный или атипичный), прежде всего, определялся возможным риском последующих осложнений. Так, при интрадивертикулярном расположении папиллы ЭПСТ стремились выполнить менее безопасным, типичным способом, а при расположении папиллы вне полости дивертикула чаще прибегали к использованию атипичных способов. У 9 (11,8%) пациентов не удалось выполнить литоэкстракцию в полном объеме, что не определялось наличием ПФД, а было связано с большим диаметром конкрементов (более 1,5 см). Вместе с тем этим больным удалось выполнить временную эндоскопическую декомпрессию желчных путей и тем самым отсрочить хирургическое вмешательство (удаление конкремента посредством минилапаротомного доступа). Осложнения в ближайшем периоде наблюдали у 4 (5,3%) пациентов (у 2 – кровотечение, которое было остановлено путем эндогемостаза, у 2 – постманипуляционный панкреатит средней тяжести), что в целом не выходит за рамки осложнений, отмечаемых после эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных без ПФД.

Выводы. Полученные нами результаты показали, что наличие парафатериальных дивертикулов у пациентов с осложненными формами ЖКБ не является абсолютным противопоказанием для проведения эндобилиарных вмешательств. Использование различных нестандартных технических приемов в 93,4% случаев позволяет успешно выполнить эндоскопическое транспапиллярное вмешательство и избежать серьезных осложнений. При угрозе развития тяжелого острого панкреатита после эндоскопических диагностических и/или лечебных манипуляций на БДС показано временное стентирование главного панкреатического протока.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, парафатериальный дивертикул, эндобилиарные вмешательства

---

493. Современные возможности профилактики резидуального холедохолитиаза

Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Жеребцов Е.С, Алиев А.К., Феклюнин А.А., Абасов Ш.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Устойчивая тенденция к минимизации операционной травмы за счет применения минимально инвазивных технологий в хирургии желчевыводящих путей, как это не парадоксально, привела к увеличению частоты резидуального холедохолитиаза (ХЛ) до 9%. Этому также способствует отсутствие рационального алгоритма обследования больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), направленного на выявление ХЛ на дооперационном этапе, а также единого алгоритма хирургического лечения при выявлении конкрементов желчевыводящих путей. Нерациональное использование современных лечебно-диагностических возможностей наряду с высокой частотой осложнений (до 15%) при разрешении резидуального ХЛ определяют актуальность проблемы.

Материал и методы. Исследование проведено на основании результатов обследования и лечения 375 больных ЖКБ, течение которой у 199 из них осложнилось ХЛ. Изучены возможности диагностики ХЛ по данным первичного обследования и выявлены его предикторы. Оценены диагностические возможности дополнительных до- и интраоперационных методов исследования и определены показания к их применению. Сравнительный анализ одно- и двухэтапного подходов к хирургическому лечению больных ЖКБ, осложненной ХЛ позволил определить и обосновать оптимальные в различных клинических ситуациях. На основании полученных данных сформирован и в дальнейшем апробирован рациональный лечебно-диагностический алгоритм. Анализ исходных данных проводили с использованием классических методов параметрической и непараметрической статистики, а также ROC-анализа, для оценки использовали общепринятый уровень значимости – p менее 0,05. Полученные результаты и обсуждение. Анализ данных первичного обследования позволил выделить 15 предикторов из числа клинических, лабораторных и инструментальных (УЗИ и ФГДС). Сформирована мультифакторная прогностическая шкала, с учетом силы выявленных предикторов позволяющая стратифицировать риск ХЛ – низкий (применение дополнительных методов обследования не требуется), умеренный (показано выполнение МРХГ), высокий (показано выполнение ИОХГ у всех пациентов) (AUC=0,891, качество модели=0,84; p<0,001; чувствительность – 93,8%, специфичность – 96,3%). Применение диагностической шкалы и стратификация риска ХЛ позволяют сосредоточиться на дообследовании пациентов с умеренным и высоким рисками. Сравнительный анализ продемонстрировал значимое различие в частоте возникновения резидуального ХЛ между одно- и двухэтапным лечением (?2=24,05, p<0,001). Применение двухэтапного подхода в лечении больных ЖКБ, осложненной ХЛ более чем в 11 раз повышает вероятность возникновения резидуального ХЛ (ОШ=11,35; ДИ 95% 3,74 – 34,47). Средняя суммарная длительность операций в группе одноэтапного лечения составила 199,81 ± 66,75 минут, при двухэтапном – 244,49 ± 120,08 минуты (p=0,007). Сравнительный анализ безопасности продемонстрировал более частое развитие осложнений у больных, перенесших двухэтапное лечения (p=0,047). В целом, разработанный лечебно-диагностический алгоритм за счет своевременной диагностики и выбора оптимального способа хирургического лечения позволил снизить частоту возникновения резидуального ХЛ с 31,82% до 5,56% (p=0,001), риск развития осложнений с 18,18% до 4,44% (p=0,19), уменьшить среднюю суммарную длительность операций до 172,44 ± 81,64 минут (p=0,022).

Вывод. Модифицированный лечебно-диагностический алгоритм и персонификация подходов позволили минимизировать риск возникновения резидуального ХЛ до вынужденных случаев, снизить длительность операции и минимизировать риск послеоперационных осложнений. Целесообразно проведение оценки риска ХЛ по результатам первичного обследования с использованием прогностической шкалы, выявление среднего или высокого риска должно служить основанием для дообследования. Необходимо стремиться к выполнению минимально инвазивного одноэтапного хирургического лечения, выбор двухэтапного лечения должен быть обусловлен наличием противопоказаний или отсутствием технической возможности выполнения одноэтапной операции.

Ключевые слова: резидуальный холедохолитиаз, желчнокаменная болезнь, одноэтапное хирургическое лечение, прогностическая шкала оценки риска холедохолитиаза

---

494. Отдельные аспекты правового обеспечения биологической безопасности медицинских вмешательств в Российской Федерации.

Мякишев Е.В.

Красноярск

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой центр медицинского образования»

Актуальность вопросов биологической безопасности медицинских вмешательств, равно как и значение их правового обеспечения невозможно переоценить в каждом аспекте. Все без исключений медицинские вмешательства обладают презумпцией биологической опасности и проводятся с участием потенциально опасных биологических объектов. Нормативно-правовое обеспечение-основополагающие правовые механизмы, гарантирующие наряду с обеспечительными мерами надлежащее выполнение задач для определенных целей национального, международного регулирования, что неразрывно связано с деятельностью любой медицинской организации в деле охраны и сохранения здоровья каждого гражданина. Значимость предотвращения профессиональных заболеваний вследствие выполнения контактных с патогенами работ, распространения инфекций, в том числе связанных с оказанием медицинской помощи с совершенствованием соответствующего правового обеспечения приоритетна и не вызывает сомнений в современных реалиях. Нормативно-правовая база исследования-действующее российское законодательство, подзаконные ведомственные и международные правовые акты, приказы, правила, рекомендации, порядки, инструкции организаций и производителей медицинских изделий. Методологию составила система общенаучных и частнонаучных методов. В наше время техника в мире обладает стремительным развитием, что естественным образом находит свое отражение и в российской медицине. Часть таких технологий предо-

пределяет необходимость своевременного обновления, корректировки нормативно-правовых актов, равно как и межотраслевых системных и комплексных подходов основой которых и является правовое обеспечение. Очевидно, что стерилизация и обеззараживание медицинских изделий играют очень важную роль в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Дефектная очистка, дезинфекция, стерилизация многоразовых медицинских объектов, включая эндоскопические инструменты, изделия для респираторной поддержки, гемодиализа, происходит не всегда в валидированных условиях. Встречающееся несоответствие числа инструментальных наборов количеству выполняемых вмешательств, несоблюдение предписанного санитарными правилами использования барьерных методов в виде газовых индивидуальных стерильных фильтров при лапароскопии способны приводить к негативным последствиям. Повторное использование одноразовых медизделий, процедуры очистки и обеззараживания для применения таких объектов недопустимы, как по причинам конструктивных особенностей и материалов этих устройств, так и в связи с прямым запретом подобного. Процессы стерилизации и обеззараживания сложны, требуют обеспечительных мер в создании и поддержании единообразия подходов, специфической инфраструктуры, оснащенности, регламентации этапности, стандартизации, надлежащего хранения, транспортировки, ухода, обработки, упаковки, применения, на всех этапах эксплуатации медизделий и проводимых медицинских вмешательств. Значимы процедуры контроля качества для оценки исправности, надлежащей эксплуатации медизделий, как и прогнозирование, выявление, анализ, оценка, мониторинг биологических рисков. Межотраслевой комплексный подход к совершенствованию НПА, направленных на поддержание допустимого уровня биологического риска с последующей оценкой эффективности представляется перспективным.

Рекомендации: Расширение практики детальных аудитов материально-технического состояния, оснащенности учреждения и по регламентным действиям. Приведение к единым межотраслевым стандартам образовательных программ, циклов повышения квалификации. Внедрение подтвержденности, валидации процессов, стандартизации, документирования процедур всех сопряженных этапов вмешательств, оценки рисков с внедрением комплексных систем управления рисками с соответствующими обеспечительными мерами. Корректировка, детализация нормативных актов для нивелирование правовых лакун возникших вследствие прогрессирующих технологических подходов, опережающего медико-технического развития, внедрением современных решений в области медицинских вмешательств.

Ключевые слова: Биологическая безопасность, правовое обеспечение медицинских вмешательств, качество оказания медицинской помощи

---

495. Применение сетчатого никелид титанового эндопротеза при грыжах передней брюшной стенки

Черепанова Т.В., Дунаевская С.С.

Красноярск

Черепанова Т.В. (1,2), Дунаевская С.С. (1,2)

1) ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ.
2) ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Красноярск.

Актуальность. В настоящее время современную герниологию нельзя представить без применения искусственно созданных синтетических тканей, без возможности закрыть ими дефекты брюшной стенки. В качестве пластического материала используют различные модификации полипропиленовых имплантатов, однако низкий уровень их биосовместимости с окружающими тканями сопровождается осложнениями в послеоперационном периоде. Одним из самых распространенных раневых осложнений после реконструктивной пластики брюшной стенки является раннее послеоперационное кровотечение, серозная экссудация, диастаз раны, некроз края раны, гематома.

Цель работы оценить эффективность применения сетчатого никелид титанового эндопротеза при грыжах передней брюшной стенки.

Материалы и методы Работа выполнена на клинической базе кафедры общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана ФГОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, отделениях хирургии №1 и № 3 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск» ОАО «РЖД». Набор пациентов выполняли в период с 2015 по 2017 годы, всего обследовано 130 женщин с грыжами передней брюшной стенки, диастазом и птозом передней брюшной стенки. I группа 67 женщин –разделена на подгруппу 1.1., где грыжевой дефект до 3 см, диастаз 1ст, птоз I ст; подгруппа 1.2. – грыжевой дефект до 5 см, диастаз 2 ст, птоз II ст. II группа 63 пациентки, были разделены на подгруппы 2.1. и 2.2. аналогичным способом. В I группе выполнялась коррекция передней брюшной стенки с применением сетчатого никелид титанового эндопротеза. II группа представлена ретроспективным анализом с применением сетчатого полипропиленового эндопротеза без устранения диастаза прямых мышц живота. В послеоперационном периоде пациенткам выполняли сонографическую оценку околопротезных тканей передней брюшной стенки на 3-е, 7-е, 14-е, 21-е сутки с использованием высокочастотного линейного датчика (?12 МГц).

Результаты. Отсутствие экссудата в подгруппах 1.1 и 1.2. составило 92,5% и 70,6% соответственно. В подгруппах 2.1 не выявлено жидкостного компонента у 86,4%, в

подгруппе 2.2. – у 55,6% пациенток. Скопление экссудативной жидкости было идентифицировано инструментальным способом в подгруппе 1.2 у 11,8% пациенток, а с клиническими проявлениями – у 17,6% обследуемых женщин после операции. В подгруппе 2.2 больше всего зафиксировано сером типа 0b – 16,7%, а I тип у 27,7% пациенток. Полученные данные показали, что тип сером 0 b в подгруппе 1.1 было меньше, чем в подгруппе 2.1 на 25%, а тип сером I в подгруппе 2.1 был выше, чем в подгруппе 1.1 на 50%. Межу подгруппами 1.2 и 2.2 нами также отмечены различия. Так тип сером 0 b в подгруппе 1.2 был ниже чем подгруппе 2.2 на 33,3%. Тип сером I в подгруппе 2.2. был выше на 66,6%, чем в подгруппе 1.2.

Выводы. Данный феномен можно объяснить свойствами никелид титана. Материал по своей структуре воспринимается живым организмом как матрица, способная после имплантации в ткани организма исполнять роль основы, с формированием полноценных структур тканей, в которые материал был имплантирован.

Ключевые слова: хирургия, грыжа, герниопластика, серома, сетчатый имплантат, никелид титан.

---

496. Варианты хирургической коррекции эмфиземы легких

Вильданов Т.Д., Авзалетдинов А.М., Хемраев Р.М., Гибадуллин И.А., Ганиев Р.Ф., Гимазова А.И.

Уфа

Клиника Башкирского Государственного Медицинского Университета

Введение Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – прогрессирующее заболевание с системными осложнениями, проявляющееся стойкой бронхиальной обструкцией, который относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти. При этом в 80% причиной смерти и более чем в 50% причиной инвалидности среди всех заболеваний бронхолегочной системы. На современном этапе лечение ХОБЛ дополнено хирургическими методами. Операцией выбора является хирургическая редукция объема предложенная в конце 50-х годов Brantigan и соавт. Технически операция сводится к резекции периферических участков эмфизематозного легкого для уменьшения остаточного объема и восстановления эластичности легочной ткани. В настоящее время операции уменьшения объема легкого выполняются во многих клиниках мира, в том числе и в нашем отделении с 2004 года, которые выполняются миниторакотомным, видеоторакоскопическим и роботассистированными доступами и эндоскопически.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Клиники БГМУ за 2017-2022 г. пролечено 163 пациентов с ХОБЛ, из них 54 женщин и 109 мужчин, буллезной эмфиземой легких 156 пациентов из них женщин 54 мужчин 102, с панлобулярной эфиземой легких 28 пациентов, из них 7 женщин и 21 мужчин. Возраст от 18 до 76 лет. В зависимости от поражения ткани легкого и состояния пациента выбирается способ оперативного лечения. Наиболее эффективным и популярным в хирургическом лечении эмфиземы легкого на сегодняшний день является краевая резекция пораженного участка легкого. Всем 156 пациентам с буллезной эмфиземой легких выполнено 136 видеоторакоскопических краевых резекций легкого с плеврэктомией, и 20 пациентам выполнена робот-ассистированная сегментэктомия и краевая резекция с тотальной плеврэктомией. Пациентам с панлобулярной эмфиземой выполнено хирургическая редукция объема легких, из 28 оперативных вмешательств открытым способом выполнено 8, 11 видеоторакоскопических и 9 робот-ассистированных редукций объема легких. Кроме хирургических методов лечения в нашей клинике пациентам с гетерогенной эмфиземой легких выполнено установка 7 больным внутрипросветных бронхоблокаторов системы Olympus. Средняя продолжительность нахождения в стационаре при видеоторакоскопии и робот-асситированных резекциях составило 5-6 дней, при торакотомическом редукции объёма составило 10-12 суток, при эндоскопической редукции объема составило 3-4 дня. Из всех больных в ближайшем послеоперационном периоде, при нарастающих явлениях легочно-сердечной недостаточности умерло 6 больных, что составляет 6,4%. В остальных случаях исход был благоприятный. В результате проведенного оперативного лечения ЖЕЛ в среднем увеличилась на 18,0%, а ОФВ1 на 19,3%. Отмечено снижение давление в легочной артерии от 3 до 5 мм рт ст., улучшились показатели бронходилятационного теста и качество жизни пациентов.

Выводы: 1.Отбор больных на хирургическую коррекцию эмфиземы легких проводят в пульмокомиссии при наличие у пациента клинических, функциональных и лучевых показаний после курса медицинской реабилитации. 2. Выбор хирургического лечения эмфиземы легких определяется объемом поражения легких и наличием осложнений. Оптимальным доступом является торакоскопический, который показан практически всем группам пациентов с наличием или отсутствием у них сопутствующих заболеваний. 3. Открытая хирургическая редукция объёма лёгких показаны пациентам с распространенной гетерогенной эмфиземой легких, при котором рекомендуется использование методов укрепления легочного шва, при котором снижается частота негерметичности. 4. Методом выбора пациентам которым противопоказано хирургическая редукция объема является эндоскопическая редукция объема.

Ключевые слова: Эмфизема легких, редукция объёма, видеоторакоскопия, робот-ассистированная

---

497. Опыт оказания хирургической помощи пациентам с минно-взрывными ранениями сердца

Лищук А.Н., Колтунов А.Н., Петросян С.С., Староконь П.М.

Красногорск, Московская область

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр высоких технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского"

Цель. Представить опыт оказания специализированной медицинской помощи пациентом с минно-взрывными ранениями (МВР) и огнестрельными ранениями сердца в условиях многопрофильного стационара с применением гибридных технологий. Методы. В Центре кардиохирургии НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского было выполнено 25 операций по поводу МВР и огнестрельных ранений сердца. Средний возраст пациентов составил 34,8±16,8 лет. Из них у 3 (12%) пациентов было диагностировано изолированное ранение органов грудной клетки, у 22 (88%) пациентов были установлены сочетанные повреждения с ранением органов грудной и брюшной полости, головного мозга, нижних и верхних конечностей. Все операции выполнялись в условиях гибридной операционной с использованием С-дуги, чрезпищеводной ЭхоКГ, линейного датчика УЗИ. Аппарат искусственного кровообращения применялся в 13 (52%) случаев. В 11 (44%) случаях для защиты миокарда использовалась кровяная кардиоплегия.

Результаты. Пациенты были доставлены в НМИЦ ВМТ авиационным транспортом в кратчайшие сроки после ранения и оказания медицинской помощи на передовых этапах. В приемном отделении ЛПУ всем пациентом выполнялась компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости, ЭхоКГ. Выполнение рентгеноскопии у этой категории пострадавших позволило дифференцировать локализацию инородного тела в сердце или в полости перикарда. 23 операции выполнялись доступом из срединной стернотомии и 2 операции через левостороннюю боковую торакотомию. Инородные тела удаляли из полости перикарда – 6 случаев (24%), из правого желудочка – 8 случаев (32%), из левого желудочка – 3 случая (12%), из ткани легкого – 1 случай (4%), из межжелудочковой перегородки – 2 случая (8%), из плевральной полости – 1 случай (4%), с створки трикуспидального клапана – 1 (4%), из переднего средостения – 1 (4%), из среднего средостения у устья левой подключичной артерии – 2 случая (8%). В трех случая вследствие МВР, помимо инородного тела (пули) в сердце было диагностировано: разрыв МЖП – выполнено удаление инородного тела из МЖП с выполнением пластики ДМЖП; недостаточность трикуспидального клапана с признаками нарушения целостности хордального аппарата – выполнено удаление пули из переднего средостения и реконструкция хордального аппарата септальной створки; недостаточность митрального клапана из-за отрыва хорд – выполнено удаление пули из полости перикарда и реконструкция хордального аппарата митрального клапана. В 1 случае у пациента с МВР инородное тело (осколок) удалили после остановки кровотечения из печени. Также, одной из особенностей операций, являлось отсутствие следов проникновения инородного тела в миокард. Определить локализацию инородного тела удалось пальпаторно, ориентируясь на данные КТ и рентгеноскопии или при помощи С-дуги, УЗ датчика. В ситуациях, когда отмечались сочетанные ранения с признаками сепсиса и отсутствием прямой угрозы жизни, инородные тела удалялись после купирования септического состояния. У двух пациентов в области расположения инородного тела развился воспалительный процесс в миокарде с нагноением, несмотря на антибиотикотерапию до операции, что подтверждает необходимость удаление инородных тел, о высоком риске инфицирования и септическом состоянии в отдаленном периоде. Летальность в данной группе пациентов отсутствовала. Значимых послеоперационных кровотечений (свыше 500 мл за сутки) отмечено не было. Инфекционных осложнений не выявлено.

Выводы. Применение высоких технологий при минно-взрывных и огнестрельных ранениях сердца позволило значительно повысить качество и эффективность оказываемой помощи у данной категории пострадавших.

Ключевые слова: Ранение сердца, гибридные технологии.

---

498. Острый панкреатит на фоне хронического: особенности клинического течения, диагностики и лечения

Прудков М.И., Шушанов А.П.

Екатеринбург

Государственное Автономное учреждение здравохранения Свердловской области «Свердловская Областная Клиническая больница № 1»

В НКР «Острый панкреатит» и «Хронический панкреатит», утвержденных ранее РОХ и МЗ РФ, отсутствует информация об особенностях клинических проявлений, диагностики и лечения больных, у которых острый панкреатит возникает на фоне индурация ткани поджелудочной железы. В 2020-2022 годах нами пролечено 146 пациентов с хроническим панкреатитом, 52 из которых поступили в неотложном порядке, у 30 из которым при поступлении имелись квалификационные признаки острого: типичный болевой синдром, гиперамилаземия

и изменения в ткани поджелудочной железе, верифицированные данными УЗИ, КТ или МРТ. Возраст пациентов составлял от 29 до 64 лет, мужчин было 21, женщин 9. Активность амилазы в сыворотке крови варьировала от 125 Е/л до 1650 Е/л, у 22 были выявлены признаки уплотнения ткани поджелудочной железы, 14 – отека окружающей клетчатки, 20 – парапанкреатических скоплений и кист, 9 свободной жидкости в брюшной и 4 в плевральной полостях. Особенностями общих клинических проявлений были: относительно благоприятное состояние пациентов и отсутствие признаков деструкции клетчаточных пространств, длительный анамнез заболевания поджелудочной железы и последствий ее поражения – дилатация и калькулез протоков, последствия тромбозов селезеночной вены, кахексия, асцит и асцит – перитонита, кист со сформированными стенками, нередко с признаками нагноения. Ключевым моментом лечения таких пациентов оказалась декомпрессия протоковой системы поджелудочной железы 10 больным было выполнено транспапиллярное стентирование вирсунгова протока, 2 пациентам внутреннее, 16 – наружное дренирование кист, сообщающихся с протоковой системой. При исчерпания указанных возможностей при непрерывно рецидивирующем течении 2 пациентам была предпринята вирсунгостомия открытым способом из лапаротомного или минилапаротомного доступа. По показаниям, указанные вмешательства дополняли пункционным опорожнением или дренированием плевральной и брюшной полостей. 24 пациентам из 30 удалось купировать явления острого панкреатита и подготовить их к радикальной операции на поджелудочной железе. Летальность на этом этапе составила 3%. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Острый панкреатит, возникающий на фоне хронических изменений в поджелудочной железе, имеющих органический характер имеет свои особенности клинического течения, которые следует учитывать при обследовании и лечении больных.

Ключевые слова: Обострение хронического панкреатита

---

499. Особенности в проведении бариатрических операций в постковидном периоде

Юдин В.А., Осипов В.В.

Рязань

ГБУ РО «ОКБ»

Остаточные явления в гомеостазе больных, после перенесенной инфекции Covid-19, в основном связаны с нарушением гемостаза и иммунного статуса. Данные обстоятельства, независимо от зарегистрированных и незарегистрированных случаев заболевания, внесли свои коррективы в определении показаний к проведению бариатрических операций у больных с избыточной массой тела. За два постковидных года в отделении хирургии ОКБ было пролечено 48 пациентов. Структура была представлена 48 больными, из которых были 31 женщина и 14 мужчин. Старше 60 лет было трое, все остальные в группе от 30 до 60 лет. Индекс массы тела свыше 40 кг/см2 зарегистрирован у 18 больных. Из фоновых заболеваний у 8 было зарегистрировано нарушение углеводного обмена, у 14 наличие гипертонической болезни, сонное апноэ у 12. В 8 случаях пациенты ранее перенесли инфекцию Covid-19 в легкой форме. В 5 случаях больные отмечали перенесенное недомогание в ковидный период, но за медицинской помощью не обращались. В предоперационном периоде у 8 больных отмечалось отклонение в показателях крови: превышение СОЭ, Д-димеров. Совокупные результаты дооперационного обследования, тем не менее не были критичными и позволяли провести оперативное лечение. Всем больным выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) по стандартной методике, без укрепления степлерной линии, с желудочным зондом 36 фр. У трех больных были удалены ранее установленные бандажи, по просьбе пациентов из-за дискомфорта и малой эффективности, и им одновременно выполнено ЛПРЖ. В раннем послеоперационном периоде 1-2 суток, у 8 больных наблюдалось кратковременное повышение температуры. В одном случае более 380, которая нормализовалась к 3 суткам на фоне применения НПВС и антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон). Всем больным проводилась антикоагулянтная терапия в виде применения фраксипарина в профилактической дозе и использование компрессионных чулков первого класса компрессии. Все больные выписаны домой, с рекомендациями по уходу за послеоперационными ранами и выполнением индивидуальной диеты. У всех больных отмечен положительный сдвиг в снижении массы тела от 10 кг и более в первый месяц после операции. У 6 больных отмечен дискомфорт в виде рефлюкс эзофагита, который компенсирован применением препаратов блокаторов протонной помпы. У больных с нарушением углеводного обмена отмечена устойчивая тенденция к снижению уровня глюкозы крови, с отказом от ранее применяемых дебетированных сахар снижающих препаратов. Существенных отличий от течения послеоперационного периода у больны с ЛПРЖ в до ковидном и постковидном периоде не отмечено.

Ключевые слова: covid-19, бариатрическая операция

---

500. Опыт использования малоинвазивных технологий у пациентов синфицированным панкреонекрозом

Иванов С.А. (2), Анорьев Н.И. (2), Яковлев Р.Р. (2), Кенарский М.В. (1)

Самара

1) СОКБ,
2) СамГМУ

Введение. Лечение инфицированного панкреонекроза (ИПН) остается актуальной проблемой панкреатологии, поскольку сохраняется высокой летальность и частота осложнений. В последнее десятилетие для лечения ИПН широко используют миниинвазивные технологии, однако вопросы их применения остаются дискутабельными.

Цель работы: улучшение результатов лечения пациентов с ИПН путем совершенствования алгоритма рационального применения миниинвазивных технологий и разработки специального инструментария для некрсеквестрэктомии.

Материал и методы. Исследование основано на результатах лечения 109 пациентов с ИПН, находившихся в хирургическом отделении СОКБ им. В.Д. Середавина за период с 2016 по 2023 год. Контрольную группу составили 60 пациентов, которые получали стандартное лечение, включавшее лапаротомию, этапную некрсеквестрэктомию, сквозное дренирование сальниковой сумки. На основании изучения результатов лечения в контрольной группе, в 2016 году нами был разработан и внедрен алгоритм лечения пациентов с ИПН, в основу которого положен поэтапный подход, начиная с пункционно-дренирующих вмешательств, с постепенным переходом к традиционной лапаротомии при наличии показаний. Алгоритм был разработан с учетом исходного состояния пациентов, наличия признаков полиорганной недостаточности, характера предыдущих операций. В соответствии с данным алгоритмом проведено лечение 49 пациентов, составивших основную группу. Различия пациентов по полу, возрасту, характеру поражения парапанкреатической клетчатки, коморбидному фону были статистически незначимы. Для улучшения техники операций, облегчения удаления свободных секвестров, эффективного очищения гнойных полостей и сокращения времени операций, нами были разработаны устройство для установки дренажей в полостные образования (патент РФ 184517). устройство для удаления тканей (патент РФ 197290), устройство для обработки и удаления содержимого полостей (патент РФ 190106).

Результаты У 41 из 60 пациентов контрольной группы осложнения в виде перитонита, кровотечения, спаечной кишечной непроходимости, свищей желудочно-кишечного тракта. При этом внебрюшинные осложнения (плеврит, пневмония, ТЭЛА, острая сердечно-сосудистая недостаточность) наблюдали у 30 (50%) пациентов. Летальность в этой группе составила 19 (31.6%). Основной причиной смерти у этих пациентов была прогрессирующая повторная полиорганная недостаточность, развившаяся на фоне указанных выше осложнений. Повторные хирургические вмешательства, не связанные с некрэктомией отмечали у 45 больных контрольной группы. Среднее время операции составило 120±28 мин. Всем 49 пациентам основной группы были первоначально выполнены пункционно-дренирующие вмешательства в сроки от 2 до 4 недель с момента заболевания (в среднем на 18±4,5 сут). В результате у 20 (40.8%) пациентов отмечали клиническое выздоровление без дополнительных оперативных вмешательств. У 19 (38.8%) больных вторым этапом выполнена видеоретроперитонеоскопия, которую выполняли от 1 до 3 раз повторно, для полного очищения гнойной полости. В этой подгруппе у 1 пациента (5.1%) сформировался толстокишечный свищ, венозные кровотечения отмечены у 2 (10.5%) пациентов (разрешилось консервативными методами). Среднее время операций составило 88±12 мин. У 8 (16.3%) пациентов основной группы потребовалась открытая некрсеквестрэктомия с формированием оментобурсостомы, в дальнейшем им выполняли этапную некрсеквестрэктомию лапаротомным у 2 (25%), чрездренажным у 4 (50%) или комбинированным способом у 2 (25%) пациентов. Осложнения в основной группе возникли у 15 (30.6%) пациентов, в том числе, у 4 (8.2%) пациентов – внебрюшные. Так, у 4 (8.2%) развилось аррозивное кровотечение. У 3 (6.1%) пациентов возникли толстокишечные свищи. У 4 (8.2%) пациентов развился эксудативный плеврит. У 4 (8.2%) пациентов развилась прогрессирующая полиорганная недостаточность, ставшая причиной летального исхода, что статистически значимо отличается от контрольной группы ?2 = 8.95, ($p<0,05$)). Таким образом, применение разработанного алгоритма лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом, с учетом поэтапного похода к выполнению оперативных вмешательств, предыдущих операций, современных инструментов для санации гнойных полостей позволило уменьшить число послеоперационных осложнений и снизить летальность.

Выводы. 1. У пациентов с ИПН, в соответствии с разработанным алгоритмом лечения, первым этапом целесообразны пункционно-дренирующие вмешательства, выбор способа дальнейшего хирургического лечения зависит от характера патологического процесса и локализации гнойной полости. 2. Поэтапное применение миниинвазивных способов некрсеквестрэктомии у пациентов с ИПН позволяет уменьшить как общее число осложнений, так и летальность, однако полностью исключить открытые вмешательства нельзя.

Ключевые слова: ИПН, пункционно-дренирующие вмешательства, видеоретроперитонеоскопия.

501. Тактика лечения бариатрических пациентов с внутренним кровотечением в раннем послеоперационном периоде

Станкевич В.Р., Иванов Ю.В., Смирнов А.В., Злобин А.И., Данилина Е.С.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Частота внутренних кровотечений в раннем послеоперационном периоде у бариатричеких пациентов составляет от 0,8 до 3,7%. Тактика лечения данных осложнений в настоящее время не стандартизована.

Материалы и методы. В ФНКЦ ФМБА России за период с 2019 по 2023 год выполнено 360 лапароскопических гастрошунтирований и 328 лапароскопических продольных резекций желудка. ГЭА и ЭЭА накладывались линейным аппаратным швом с высотой скобок 2,5 – 3,5мм, с последующим ушиванием технологического отверстия ручным швом. При выполнении продольной резекции желудка также использовался линейный сшивающе-режущий аппарат с высотой скобки 3,5 – 4,2 мм. Степлерная линия ушивалась непрерывным погружным швом на всем протяжении. 12мм троакарные раны ушивались. Внутреннее кровотечение подозревали при наличии рвоты с примесью крови, мелены, отделяемой крови по страховочному дренажу, тахикардии, снижения АД, ортостатического коллапса. Диагноз подтверждали контрольным клиническим анализом крови, ЭГДС, УЗИ, КТ органов брюшной полости. Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде внутреннее кровотечение развилась у 14 больных (2%) – 8 после ГШ и 6 после ПРЖ. Во всех наблюдениях данное осложнение было диагностировано на 1-2 сутки послеоперационного периода. У 2 пациентов после ПРЖ было отмечено геморрагическое отделяемое по внутрибрюшному дренажу в объеме до 400 мл в сутки со снижением уровня гемоглобина не более, чем на 20 г/л за сутки, с учетом проводимой инфузионной терапии, без признаков нарушения гемодинамики. Лечение было консервативным и заключалось в проведении инфузионной, гемостатической, противоязвенной терапии. Гемотрансфузия не требовалась. Четырем пациентам после ПРЖ выполнена диагностическая лапароскопия в связи с нарушением гемодинамики и снижением уровня гемоглобина более чем на 20 г/л в течение суток. У 3 пациентов отмечалось кровотечение из степлерной линии области угла желудка, у 1 пациента из троакарной раны. Все кровотечения были остановлены прошиванием. Двоим пациентам потребовалась гемотрансфузия. После ГШ кровотечение также было диагностировано на 1-2 сутки. В 7 случаях источником являлась область ГЭА, в 1 случае – область ЭЭА. У 2 пациентов отмечалась 2-х кратная мелена, со снижением уровня гемоглобина не более, чем на 20 г/л за сутки, с учетом проводимой инфузионной терапии, без признаков нарушения гемодинамики. Лечение было консервативным и заключалось в проведении инфузионной, гемостатической, противоязвенной терапии. Гемотрансфузия не требовалась. У 5 пациентов мелена сопровождалась рвотой с примесью алой крови. При ЭГДС источником кровотечения являлась степлерная линия области ГЭА. Кровотечение во всех случаях было остановлено клипированием. В одном случае потребовалась повторная ЭГДС с клипированием источника кровотечения. Трем пациентам потребовалась гемотрансфузия. У 1 пациента после ГШ на фоне клинической картины внутрипросветного кровотечения при ЭГДС источник не выявлен, в связи с чем потребовалась диагностическая лапароскопия. Источником явилась область ЭЭА, которая была прошита по всей линии снаружи. Данному пациенту также потребовалась гемотрансфузия.

Выводы. Все лечебно-диагностические мероприятия у послеоперационных бариатрических пациентов с подозрением на кровотечение проводятся в условиях отделения реанимации. Внутренние кровотечения в раннем послеоперационном периоде в 30% случаев протекают без нарушения гемодинамики, и снижения гемоглобина не более чем на 20 г/л в сутки, и могут разрешаться на фоне консервативной терапии. В 70% случаев внутренние кровотечения требуют активной хирургической тактики – эндоскопического, либо хирургического гемостаза, при этом 43% пациентов потребовалась гемотрансфузия.

Ключевые слова: бариатрическая операция, кровотечение в брюшную полость, внутрипросветное кровотечение, гастроскопия.

---

502. Особенности лечения стриктур гастроэнтероанастомоза у бариатрических пациентов

Станкевич В.Р., Смирнов А.В., Злобин А.И., Данилина Е.С.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Частота стриктургастроэнтероанастомоза(ГЭА) при гастрошунтировании составляет от 3 до 27%. Данное осложнение может развиться либо в раннем послеоперационном периоде, либо в отдаленном (как правило, проявляется через 2 месяца, когда пациент переходит на твердую пищу).

Актуальность проблемы обусловлена тем, что тактика лечения данного осложнения до настоящего времени еще не стандартизована.

Материалы и методы. В ФНКЦ ФМБА России за период с 2019 по 2023 год выполнено 360 лапароскопическихга-

строшунтирований. ГЭА накладывался линейным аппаратным швом с ушиванием технологического отверстия ручным 2-хрядным швом в поперечном направлении к оси анастомоза. Анастомоз формировался на зонде 32 Fr. 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 установки диагноза стриктуры ГЭА считали отсутствие проходимости для эндоскопа диаметром 10,5 мм. Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде стриктура ГЭА развилась у 6 больных (1,7%). 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 9 больных (2,5%) 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 6 наблюдениях при исходном диаметре анастомоза свыше 3-4 мм выполняли балонную 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 объемерезекции 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 балонная дилатация либо бужирование. При достижении целевого показателя диаметра ГЭА не менее 12 мм в ходе нескольких сеансов возможно добиться стойкого удовлетворительного результата.

Ключевые слова: лапароскопическоегастрошунтирование, стриктура гастроэнтероанастомоза, балонная-дилятация, бужирование

---

503. Критерии успешного хирургического лечения больных первичным гиперпаратиреозом

Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Криволапов Д.С., Вшивцев Д.О., Симонова М.С., Легенькая Е.Д.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Несмотря на увеличение числа больных первичным гиперпаратиреозом (ПГПТ), эволюцию подходов к хирургическому лечению данной патологии, продолжаются дискуссии о выборе объема и методики паратиреоидэктомий, балансирующих на сохранении их радикальности и безопасности при использовании всего арсенала современных диагностических и лечебных технологий.

Цель исследования – оценить критерии успешной паратиреоидэктомии у больных ПГПТ.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 180 пациентов с ПГПТ, которые были разделены на ретроспективную (n=97) и проспективную (n=83) группы, сопоставимые по полу, возрасту, операционно-анестезиологическому риску, форме гиперпаратиреоза. Из 180 пациентов мягкая форма заболевания диагностирована у 56 (31,1%) пациентов, манифестная – у 124 (68,9%). Комплексное обследование больных проводилось в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. «Золотым стандартом» топической диагностики паратиром считали сочетание УЗИ и сцинтиграфии ОЩЖ с 99mTc-технетрилом. При дискордантных данных переставленных методов дополнительно выполняли МРТ шеи. Показания к операции соответствовали общепринятым. Селективная паратиреоидэктомия (СПТЭ) в ретроспективной/проспективной группах выполнена у 53,3% больных (n=36/60), унилатеральная – у 3,4% (n=5/1), двухсторонняя ревизия шеи (ДРШ) – у 48,9% (n=56/22). Пациенты были оперированы с использованием традиционной (n=74/10), минимально инвазивной неэндоскопической (n=12/0), видеоассистированной (n=11/68) и трансоральной эндоскопической (n=0/5)

методик. Минимально инвазивные операции применяли у пациентов с четко лоцированной солитарной аденомой ОЩЖ. У больных проспективной группы чаще применяли сцинтиграфию ЩЖ (63%/90%) в комбинации с УЗИ (100%), рутинно осуществляли интраоперационное определение уровня паратгормона, а также применяли оборудование для интраоперационного нейромониторинга.

Результаты. Анализ информативности методов топической диагностики показал, что наибольшей диагностической точностью (98,3%) обладает сочетание УЗИ и сцинтиграфии ОЩЖ, которые были выполнены у 138 больных, в то время как применение одного метода диагностики не позволяло обоснованно подойти к выбору объема операции. Качественная и полноценная дооперационная топическая диагностика паратиром способствовала уменьшению объема операций, обеспечивая обоснованный выбор селективной паратиреоидэктомии, а также расширению показаний к применению минимально инвазивных методик у больных проспективной группы. Анализ развития специфических осложнений в группах больных показал, что персистенция заболевания диагностирована у 7 (3,9%) больных: в ретроспективной – у 5, в проспективной – у 2; парез мышц гортани – у 4 (2,2%): по 2 в обеих группах; функциональная дисфония – у 8 (4,4%): в ретроспективной – у 6, в проспективной – у 2. Развитие гипокальциемии отмечено у 50 (27,7%) пациентов: в ретроспективной – у 31, в проспективной – у 19. Установлено, что ДРШ в обеих группах была сопряжена с большим числом случаев специфических осложнений, частота которых составила 17,9% в сравнении с 4,2% при СПТЭ. Таким образом, доказано, что рутинное выполнение сцинтиграфии ОЩЖ и УЗИ, применение интраоперационного мониторинга уровня паратгормона позволило снизить частоту персистенции заболевания, нейромониторинга – нарушений функции гортани, а обоснованное выполнение селективной паратиреоидэктомии, в том числе с использованием видеоассистированной методики, не способствовало повышению частоты персистенции ПГПТ. Применение указанных подходов в проспективной группе позволило снизить число осложнений (без учета гипокальциемии) с 13,4 до 7,2%.

Выводы. Критериями успешного хирургического лечения больных ПГПТ являются качественная и полноценная топическая диагностика паратиром, рутинное применение нейромониторинга и интраоперационное определение уровня паратгормона, а также обоснованное выполнение селективной паратиреоидэктомии, которая может быть выполнена у 85% пациентов, и двухсторонней ревизии шеи, в том числе с использованием видеоассистированной методики.

Ключевые слова: Первичный гиперпаратиреоз, паратгормон, селективная паратиреоидэктомия, двусторонняя ревизия шеи, сцинтиграфия.

---

504. Современный подход к выбору методики оперативного лечения больных послеоперационными вентральными грыжами

Семенов В.В., Ромащенко П.Н., Курыгин Ал.А., Прудьева С.А., Легенькая Е.Д.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Актуальность. В настоящее время остается высоким риск развития послеоперационных вентральных грыж (20-25%). Несмотря на активное развитие эндовидеохирургии, существует ряд факторов ограничивающих их внедрение у пациентов с данным заболеванием. При этом отдельные стационары, использующие только видеоэндоскопические вмешательства, сталкиваются с осложнениями, которых можно было бы избежать, выбрав традиционный вариант операции. Поэтому проблема выбора методики оперирования больных послеоперационными вентральными грыжами является нерешенной и по сей день.

Цель. Проанализировать современный подход к выбору оптимального варианта герниопластики у больных послеоперационными вентральными грыжами и обосновать его применение у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 285 пациентов, оперированных по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Основная группа включала (n=185) пациентов, которым выполнена эндоскопическая IPOM (intraperitoneal onlay mesh) (n=110) и e-TEP (enhanced view total extraperitoneal plasty) (n=75) герниопластика по поводу малых (W1), средних (W2) и больших (W3) грыж. В контрольную группу вошло (n=100) пациентов после традиционной (открытой) операции с установкой сетчатого протеза sublay. При выборе варианта операции оценивали время, необходимое для выполнения вмешательства, характер болевого синдрома, оценка производилась по ВАШ (визуальной аналоговой шкале) и возможных периоперационных осложнений, а также экономический эффект лечения данной категории пациентов. По полу, возрасту и степени операционно-анестезиологического риска основная и контрольная группы были сопоставимы.

Результаты. Установлено, что в основной группе по сравнению с контрольной при выполнении IPOM достоверно снижалось время операции и составило в среднем 25±7 мин при устранении W1 грыжи, 41±5 мин – при W2 и 105±10 мин – при W3, в то время как при выполнении e-TEP продолжительность была дольше: 125±7 мин – при W2, 227±8 мин – при W3, что связано с более сложной техникой выполнения данной методики и более длительной «кривой обучения». Таким образом, применение e-TEP ограничивает оборот операционной койки стационаром,

но при этом позволяет сократить расходы на оперативное вмешательство в отличие от IPOM, где стоимость расходного имущества составляла 25000 руб., что соответствовало половине дохода стационара при лечении таких пациентов и снижало экономическую эффективность вмешательства. В то же время быстрая воспроизводимость в период обучения методики IPOM, увеличение количества оперативных вмешательств, выполненных за один день, позволяла нивелировать низкий экономический эффект от одной операции. Время выполнения традиционной герниопластики – sublay в контрольной группе было промежуточным по сравнению с IPOM и e-TEP операциями и составило 45±7 мин при – W1 грыжи, 97±10 мин – при W2 и 185±5 мин – при W3 грыжи ($p<0,05$). Экономическая эффективность при данной методике повышалась, ввиду отсутствия необходимости дорогостоящего оборудования. Анализ послеоперационных осложнений показал, что в 4,5% после открытых герниопластик и в 1,1% после eTEP у коморбидных пациентов с W3 грыжами развилось нагноение послеоперационной раны в зоне установленного сетчатого протеза ($p<0,05$). Болевой синдром у больных W2 и W3 грыжами при выполнении IPOM в первые сутки после операции был выше (4-5 баллов), чем при e-TEP (2 балла) и был сопоставим с болевым синдромом после традиционных операций (4 балла) ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, использование современного подхода к выбору варианта герниопластики позволил отдать преференции операции IPOM у больных W1 грыжами, герниопластике e-TEP – W2 грыжам и традиционной операции у пациентов с W3 послеоперационными вентральными грыжами, что свидетельствует о необходимости хирургам любого профильного стационара обладать всеми возможными навыками как эндовидеохирургических, так и открытых операций с целью оптимизации и персонификации лечения данной категории больных.

Ключевые слова: Послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, IPOM, e-TEP, sublay, экономический эффект, эндовидеохирургия

---

505. Интраперитонеальная и интраинтестинальная оксигенотерапия в комплексном лечении больных с абдоминальным сепсисом

Тимурбулатов М.В., Мехтиев Н.М., Аитова Л.Р., Субхангулов З.М., Фаткуллин А.С., Ирназаро Ф.Р., Васильев А.А., Кононенко А.В.

Уфа

БГМУ

Актуальность Абдоминальный сепсис на фоне распространенного перитонита является свидетельством того, что имеется инфекционный процесс в таком обширном пространстве как брюшная полость и на этом неблагоприятном фоне развивается энтеральная недостаточность. В организм поступают недоокисленные продукты из просвета желудочно-кишечного тракта, что в конечном итоге приводит к развитию абдоминального сепсиса, ПОН, ИТШ, что характеризуется высокой летальностью. Разработка и внедрение в хирургическую практику новых способов, улучшающих результаты лечения больных с абдоминальным сепсисом, являются актуальной задачей современной хирургии.

Материал и методы В основу работы положены результаты лечения больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом. Под нашим наблюдением находились 97 больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом. В контрольную группу вошли 49 больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом. Летальность в контрольной группе составила 28,6%. Причинами летальных исходов были некупирующийся перитонит и явления полиорганной недостаточности. С целью улучшения результатов лечения нами разработан комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии. В основную группу вошли 48 больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом.

Результаты проведенных исследований Критериями для проведения сравнительного анализа эффективности лечения служили сроки купирования инфекционного процесса в брюшной полости, восстановление моторики кишечника, динамика уровня прокальциотонина, общего белка в отделяемом из брюшной полости, сокращение количества раневых осложнений, релапаратомий, сроки и исход лечения.

Заключение Анализ полученных результатов показал, что купирование инфекционного процесса в брюшной полости, восстановление моторики кишечника, нормализация уровня прокальциотонина у больных основной группы происходили в ранние послеоперационные сроки. Резко снизилось количество плановых релапаротомий. Летальность в основной группе больных составила 18,7%.

Ключевые слова: Интраперитонеальная оксигенотерапия, интраинтестинальная оксигенотерапия, абдоминальный сепсис.

506. Ретроградный диссеминированный воспалительный синдром, как осложнение новой коронавирусной инфекции вызванной SARS-CoV-2

Юркевич Р.Е., Корсунов Д.А.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «РОКБ»

В ходе изучения симптомокомплекса развития новой коронавирусной инфекции вызванной SARS-CoV-2 нами было отмечено, что у больных перенесших в анамнезе операции аортокоронарного шунтирования в различных модификациях с использованием искусственного кровообращения (ИК), а также проведенными оперативными пособиями по протезированию клапана механическими протезами, так же с использованием ИК выявляется развитие гиперкоагуляционного синдрома с тромбозами и тромбоэмболиями с риском развития сепсиса и септического шока на фоне длительного приема антикоагуляционной терапии антиагрегантов.

Цель работы. Установить взаимосвязь развития гиперкоагуляционного синдрома на фоне приема дезагрегационной и антикоагуляционной терапии пациентов перенесших оперативное пособия с использование АИК с развитием «вторичного» системного васкулита в рутинной методике обследования исследования.

Материалы и методы. Для анализа использовались 28 медицинских карт пациентов в возрасте от 38 до 77 лет с диагнозом: с диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 3. ПИКС. Перенесших оперативное лечение в объеме АКШ различных артерий. С последующим выявленным сопутствующим заболеванием у пациентов новой коронавирусной инфекции вызванной SARS-CoV-2.Пациенты были разбиты на 2 основные группы: 1-я группа 82,15% (23 пациента), перенесших в доинфекционном периоде, операции аортокоронарного шунтирования в различных модификациях с использованием искусственного кровообращения (ИК). 2-я группа 17,85% (5 пациентов) с проведенными оперативными пособиями по протезированию клапана механическими протезами, с использованием ИК в доинфекционном периоде.

Результаты и обсуждения. В обеих представленных группах триггерным фактором ДВС синдрома является васкулит (оперативное лечение на открытом сердце), коронавирусная инфекция SARSCoV-2. В 1-й группе в раннем после операционном периоде новой коронавирусной инфекции SARSCoV-2, отмечается изменение средних показателей по фибриногену (увеличение до 5,7) и МНО (снижение до 0,95). Во 2-й группе что при присоединении новой коронавирусной инфекции SARSCoV-2 у пациентов в раннем после операционном периоде, отмечается изменение средних МНО (снижение до 1,31). В проанализированных данных лабораторных анализов крови на фоне антикоагулянтной терапии показатели анализов крови по средним показателям выходили за пределы референсных значений. Но на себя обращает внимание средние статистические показатели, имеется склонность к гиперкоагуляции на фоне антикоагулянтной терапии в обеих представленных группах.

Выводы:1) Установлена прямая взаимосвязь развития гиперкоагуляционного синдрома на фоне приема дезагрегационной и антикоагуляционной терапии пациентов, перенесших оперативное пособия с использование АИК с развитием «вторичного» системного васкулита в рутинной методике обследования, при заболевании новой коронавирусной инфекцией SARSCoV-2. 2)Установлена закономерность ретроградного диссеминированного воспалительного сосудистого синдрома, характеризующийся развитием системного микро-, а иногда макротромбозов фоне приема дезагрегантной и антикоагуляционной и васкулита.

Ключевые слова: Коронавирусная инфекция, ДВС-синдром, тромбоз, гиперкоагуляция, васкулит.

---

507. От парадигмы до гедонизма лечения больных вентральными грыжами

Ромащенко П.Н., Курыгин Ал.А., Семенов В.В., Мамошин А.А., Прудьева С.А., Легенькая Е.Д.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Актуальность. Парадигма лечения больных вентральными грыжами является насущной задачей в практике хирурга, так как страдают данным заболеванием в среднем 5/1000 человек, а герниопластика является одной из самых частых операций в общехирургическом стационаре. Несмотря на множество имеющихся способов их оперативного лечения, частота рецидивов остается высокой (14–50%), что никак не удовлетворяет хирурга в стремлении к гедонизму решения данной проблемы. Кроме того, необоснованный вариант выбора методики операции увеличивает риск послеоперационной летальности (3-7%).

Цель. Оценить эффективность парадигмы программного подхода при выборе методики герниопластики и ведении периоперационного периода для достижения гедонизма лечения больных вентральными грыжами.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 1811 пациентов со средними и большими пупочными (n=171), пупочными в сочетании с диастазом прямых мышц живота (n=95), паховыми (n=1350) и послеопера-

ционными вентральными грыжами (n=195), прооперированных эндовидеохирургическим и традиционным способами. Выполняли – open IPOM (intraperitoneal onlay mesh), лапароскопическую IPOM, e-TEP (enhanced view total extraperitoneal plasty) и традиционную герниопластику Лихтенштейна при паховых, sublay – при послеоперационных грыжах. Подход к выбору методики оперирования основывался на результатах топографо-анатомического исследования и заключался в уменьшении агрессии при выполнении диссекции слоев передней брюшной стенки, использовании минимально инвазивных технологий, применении традиционных методик у больных с высокими рисками осложнений. Оценка болевого синдрома в послеоперационном периоде происходила по ВАШ (визуальной аналоговой шкале).

Результаты. Пациентам со средними и большими, в том числе рецидивными пупочными грыжами выполнялась open IPOM, так как достоверно доказано увеличение риска инфекционно-гнойных осложнений при эндовидеохирургических операциях и усилиение болевого синдром до 4-5 баллов, в отличие от open IPOM (2-3 балла). При пупочной грыже в сочетании с диастазом прямых мышц живота применяли лапароскопическую LsIPOM, что позволило снизить время операции до 42±5 мин, по сравнению с e-TEP (112±12 мин) и традиционной операцией (78±12 мин). Определено, что риски инфекционно-воспалительных осложнений были ниже при LsIPOM (0,1%), чем при e-TEP (0,9%) и после открытой герниопластики (3,2%) (p ? 0,05). При паховых грыжах выполняли TEP (при отсутствии противопоказаний) – время вмешательства у больных с односторонней паховой грыжей при этом сократилось до 41±7 мин, по сравнению с лапароскопической TAPP (transabdominal preperitoneal plasty) (52±10 мин), или операцией Лихтенштейна (75±5 мин). При средних W2 срединных и боковых послеоперационных грыжах выполняли e-TEP, отмечено уменьшение болевого синдрома (2-3 балла), в сравнению с традиционной (4-6 баллов) или LsIPOM (3-4 балла) (p ? 0,05), а также снижение рисков нагноения послеоперационной раны. Среднее время операции после прохождения «кривой обучения» составило 125±7 мин, что больше, чем при традиционной операции – 87±5 мин, однако при e-TEP послеоперационный койко-день был меньше на 4±1,2 дня, что в совокупности с минимальным болевым синдромом сократило расходы стационара и улучшило качество жизни больных. При больших W3 и гигантских фиксированных грыжах с редукцией объема брюшной полости выполняли sublay с TAR (transversus abdominis muscule release) сепарацией компонентов передней брюшной стенки. Процент рецидива грыж после выполненных операций в рассматриваемых группах не превышал 0,9%, что коррелирует с данными отечественных и зарубежных многоцентровых исследований.

Выводы. Таким образом, реализация программного подхода при выборе адекватной методики операции и грамотное ведение периоперационного периода позволяет минимизировать риски осложнений, рецидива заболевания и повысить качество жизни пациентов при отсутствии послеоперационной летальности, обеспечивая удовлетворенность хирурга результатами лечения.

Ключевые слова: Вентральные грыжи, IPOM, e-TEP, TAPP, sublay, TAR эндовидеохирургия, герниопластика, операция Лихтенштейна, гедонизм

---

508. Результаты хирургического лечения пациентов с сдс на фоне сахарого диабета 2 типа

Матмуротов К.Ж., Рузметов Б.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал ТМА

Актуальность. Актуальность медико-социальной проблемы сахарного диабета (СД) и ассоциированного с ним синдрома диабетической стопы (СДС) связана с высокой, прогрессирующей распространенностью, инвалидизацией и возрастающей смертностью этих больных. Одним из основных осложнений сахарного диабета, что значительно влияет на качество жизни, является синдром диабетической стопы. СДС-сложный комплекс анатомо-функциональных изменений, приводящий к развитию язвенно-некротического и инфекционного процесса, а в дальнейшем и гангрены стопы и более чем в 83% наблюдений-к ампутации на уровне голени или бедра с высокой (10-18%) послеоперационной летальностью. При этом приветствуются операции, позволяющие сохранить коленный сустав (ампутации на уровне голени), что значительно улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты исследования и стационарного лечения 460 больных за 2019-2022гг. с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета 2 типа в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. У всех больных зафиксировано сахарный диабет 2-го типа. Среди пациентов было 299 (65%) мужчин и 161 (35%) женщин. Возраст больных варьировал от 27 до 91 лет. Большинство пациентов были с выраженными нарушениями жизненно важных функций организма. Основным инструментальным методом оценки состояния макроциркуляции было ультразвуковое дупплексное сканирование нижних конечностей, выполнявшийся на ультразвуковой дупплексной системе Acuson-128 XP/10 («Acuson», США) по стандартной методике линейным датчиком с частотой 7-15 МГц и мультиспиральная компьютерная томогра-

фия артерий нижних конечностей (МСКТ). Все больные были разделены на 4 группы в зависимости от степени гнойно-некротическими поражениями стоп. К I-ю группу составили 62 (13,47%) больных, которым выполнена операция ампутация стопы по Шарпу, II-ю группу составили 114 (24,78%) больных, которым выполнена операция ампутация нижних конечностей на уровне голени, III-ю группу 280 (60,87%) больных, которым выполнена операция ампутация нижних конечностей на уровне бедро и IV-ю группу 4 (0,86%) больных, которым выполнена операция экзартикуляция тазобедренного сустава. С целью реваскуляризации конечности при нейроишемической форме СДС выполнена баллонная ангиопластика (БАП) у 13 пациентов. У 20 больным в комплексном лечении применены ДВАКТ.

Результаты: анализ послеоперационных осложнений в области ампутационной культи показал, что в I-ой группе раневая инфекция развилась у 7 (11,29%) больных. В 2 (3,22%) случаях из-за прогрессирования раневой инфекции у больных были вынуждены прибегнуть к повторным ампутациям на уровне голены. Во II-ой группе раневая инфекция развилась у 17 (14,9%) больных. В 2 (1,75%) случаях из-за прогрессирования раневой инфекции у больных были вынуждены прибегнуть к реампутациям на уровне верхней трети голены. III-ой группе раневая инфекция развилась у 32 (14,9%) больных. В 6 (2,14%) случаях из-за прогрессирования раневой инфекции и некроза ампутационной культи у больных были вынуждены прибегнуть к реампутациям на уровне верхней трети бедро. У больных которым при комплексном лечении применены ДВАКТ и БАП осложнении со стороны раны не наблюдалось. Летальных исходов было 4(0,86%) у III-ой группе, а у остальных группах летальных исходов не наблюдалось. Причинами летальных исходов были полиорганная недостаточность и гнойно-септические осложнения.

Выводы. Таким образом, дифференцированной подход в лечение больных сахарном диабетом осложненной СДС с применением ДВАКТ и БАП позволяют снизить количества высоких ампутации и сохранить опороспособность конечность пациентам, при этом улучшая им качество жизни.

Ключевые слова: Сахарный диабет, синдром диабетической стопы, гангрена

---

509. Русскоязычная версия опросника FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life Scale) для оценки качества жизни пациентов с анальным недержанием: культурная и лингвистическая адаптация

Маркарьян Д.Р. (1), Лукьянов А.М. (1), Барыкина А.Б. (2), Кубышкин В.А. (1), Агапов М.А. (3)

1) Москва
2) Калининград

1) ФГБОУ Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины (МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Ломоносовский проспект 31-5, 117192.
2) Ассоциация медицинских переводчиков, г. Москва, Берингов проезд, д.3

Актуальность При диагностике и лечении анального недержания (АН) важно объективно оценивать изменения качества жизни, которые влечет за собой это социально значимое заболевание. Основой объективизации тяжести АН в международной практике, принимая во внимание доброкачественный и хронический характер заболевания, является оценка качества жизни пациентов на основании специфических опросников. Одним из самых распространенных опросников является Fecal incontinence quality of life scale (FIQOL). Однако, по нашим данным, до настоящего момента он не был ни адаптирован, ни валидирован для использования в России.

Цель Целью данной работы является культурная и лингвистическая адаптация шкалы оценки качества жизни пациентов с анальным недержанием Fecal incontinence quality of life scale (FIQOL) для русскоговорящего населения.

Материалы и методы Проведена культурно-языковая адаптация опросника, которая, согласно международным рекомендациям, состоит из следующих разделов: профессиональный перевод опросников, обратный перевод, критическое обсуждение в междисциплинарном консилиуме с обязательным участием переводчиков, лингвистов, психологов, врачей и пациентов, предварительное тестирование, оценка надежности.

Результаты Результатом культурной адаптации стал представленный на русском языке опросник Fecal incontinence quality of life scale (FIQOL), прошедший все вышеуказанные этапы с внесением исправлений и замечаний в порядке консилиума врач-переводчик-психолог-пациент. В процессе предварительного тестирования, русскоязычный вариант опросника предлагалось заполнить пациенткам, перенесшим хирургическое лечение послеродового анального недерджания в объеме сфинктеролеваторопластики в Университетской клинике МНОЦ

МГУ им. М.В. Ломономова. Средний возраст участниц исследования составил 33,8 года (SD = 5), при этом максимальный возраст составил 47 лет, минимальный – 27. Количество родов различалось от 1 до 3. Всем пациенткам было проведено хирургическое лечение недержания в объеме сфинктеролеваторопластики в период с 2016 по 2022 год. Среднее время, прошедшее с момента операции до проведения опроса, составило 32 месяца (SD = 20). Средний общий балл опросника составил 3,2 (SD = 0,62), средний балл по шкале «Стиль жизни» составил 3,3 (SD = 0,74), средний балл по шкале «Поведение, повседневные заботы» составил 3,2 (SD = 0,65), средний балл по шкале «Депрессия и самоощущение» составил 3,4 (SD = 0,91) и средний балл по шкале «Стыд» – 3,2 (SD = 0.71). Оценка надежности опросника, согласно каоэффициенту альфа-Кронбаха, составила 0,94, что соответствует оценке «очень хорошая надежность».

Обсуждение Данные литературы свидетельствуют о том, что в случаях, когда это возможно, предпочтительным является использование ранее разработанного опросника, прошедшего процедуры тестирования и валидирования на целевой популяции и уже широко использующегося в клинической практике, вместо разработки нового опросника. Это позволяет быстрее ввести адаптированный опросник в клиническую практику той страны, на национальный язык которой он переведен и к культуре которого адаптирован. Опросник FIQOL представляет собой универсальный международно-признанный инструмент анализа субъективных, оцениваемых самими респондентами, показателей качества жизни пациентов с анальным недержанием. Адаптация такого инструмента для использования у русскоязычного населения позволяет получать точные, надежные и воспроизводимые данные для использования в клинической практике и научных работах.

Заключение Представленные данные показывают, что русскоязычная версия опросника Fecal incontinence quality of life scale (FIQOL) адаптирована для использования русскоговорящими пациентами и специалистами, надежна и может применяться в качестве основного инструмента оценки качества жизни пациентов с АН

Ключевые слова: анальное недержание, качество жизни, FIQL, культурная адаптация

---

510. Современные взгляды лечения больных с синдромом диабетической стопы

Маттуротов К.Ж., Саттаров И.С.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: В настоящее время наблюдается значительное увеличение числа больных сахарным диабетом (СД). Так, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывают около 422 млн человек, страдающих СД, а к 2040 г. число лиц с этим заболеванием достигнет 642 млн. Данная патология приводит к развитию различных осложнений, одним из которых является синдром диабетической стопы (СДС), встречающийся среди 15% больных СД. Проблема профилактики и лечения СДС актуальна, т.к. данное заболевание ухудшает качество жизни пациентов и приводит к их инвалидизации. Кроме того, повышается риск ампутации конечности. Так, из общего числа ампутаций 15–70% выполняются пациентам с СД.

Материал и методы: В гнойной отделении клинике ТМА за последние три года проанализированы результаты лечения 201 пациента с синдромом диабетической стопы, у которых использовался комплексный подход на всех этапах лечения. Все пациенты поступали в отделение гнойной хирургии в экстренном (63 (31,3%) человека) и плановом (138 (68,7%) человек) порядке, в сроки от 1 до 3 месяцев (в среднем – 28,4 ± 17,1 дня) от начала проявлений заболевания до момента поступления в стационар. У всех больных с инфицированными язвами проводилось взятие материала для проведения бактериологического исследования (определение флоры в ране и чувствительности к антибиотикам), а также посевы крови (для исключения септицемии, учитывая длительное течение язвенного дефекта). Шунтирующие операции выполнены 21 (10,4%) пациенту, у которых удалось купировать критическую ишемию.

Результаты: Клиническая оценка эффективности местного лечения включала в себя следующие параметры: уменьшение размеров раневой поверхности, появление грануляций, начало краевой эпителизации. Положительные результаты в виде полной эпителизации трофических язв достигнуты у 139 (69,2%)пациентов из всех поступивших в стационар. Сроки полной эпителизации на тыльной поверхности стопы составили в среднем 43,2 ± 5,2 дня, а сроки лечения в стационаре составили в среднем 47,1 ± 18,4 дня. Не достигнуто полного заживления трофических язв у 23 (11,4%) больных, в основном с нейроишемической формой СДС. Среди пациентов, поступивших в экстренном порядке в первые сутки госпитализации 38 (18,9%) пациентам были выполнены ампутации на различном уровне, в дальнейшем на фоне прогрессирования инфекционного процесса ампутации выполнены еще 7 (3,5%) больным, в том числе 3 пациен-

там (1,5%) – реампутации. После выписки из стационара только 58 (28,9%) пациентов следовали рекомендациям по разгрузке стопы и ежедневном уходе за кожей стопы. При этом отмечено, что среди пациентов, использовавших разгрузку стопы и ортопедические стельки, рецидивы трофических язв были у 5 (2,5%) больных, а среди тех, кто не следовал рекомендациям по уходу за стопой, рецидивы отмечены у 27 (13,4%) человек.

Заключение: Таким образом, вопросы лечения СДС не теряют своей актуальности на современном уровне. Внедрением в хирургическую практику новых медикаментозных средств, различных перевязочных покрытий с возможностью специфического подбора по стадии течения раневого процесса, миниинвазивных ангиохирургических технологий и пластических материалов позволяют предлагать новые подходы к стратегии ведения пациентов с СДС.

Ключевые слова: Сахарный диабет. гангрена, реваскуляризация

---

511. Прогностический потенциал показателей эндоректального и трансперинеального ультразвукового исследования при хирургическом лечении посттравматического анального недержания

Лукьянов А.М. (1), Маркарьян Д.Р. (1), Киселев Д.О. (2), Агапов М.А. (3)

1) Москва
2) Калининград

1) ФГБОУ Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины (МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Ломоносовский проспект 31-5, 117192.
2) ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» 123423, г. Москва, ул.

Актуальность: Акушерская травма промежности (АТП) III–IV степени, являясь ведущей причиной посттравматического анального недержания (АН) во всем мире, значительно снижает качество жизни. Многие десятилетия мировая распространенность АТП сохраняется на уровне 8–10% среди всех естественных родов и тенденции к снижению не наблюдается.

Цель: Целью нашего исследования стала оценка прогностического потенциала показателей эндоректального ультразвукового исследования (ЭРУЗИ) и трансперинеального ультразвукового исследования (ТПУЗИ) при хирургическом лечении посттравматического АН.

Материалы и методы: Проведено проспективное двуцентровое исследование для анализа корреляции эффективности отсроченного хирургического лечения послеродовых травм промежности и степени повреждения сфинктерного комплекса по данным ЭРУЗИ и ТПУЗИ. При двухмерном ЭРУЗИ в покое оценивали: толщину стенок нижнеампулярного отдела прямой кишки, хирургическую и анатомическую длину анального канала; толщину и целостность наружного и внутреннего сфинктера; толщину левой и правой ножки/пучка m. levator ani, а также угол их вплетения в продольную мышцу анального канала, целостность ректо-вагинальной перегородки, размер дефекта наружного и внутреннего сфинктера. При проведении проб с натуживанием оценивались: амплитуда подвижности пуборектальной мышцы, степень смещения влагалища и мочевого пузыря в дистальном направлении, пролабирование стенки прямой кишки во влагалище, определялся симптом внутренней инвагинации прямой кишки. В исследовании приняли участие 35 женщин с акушерской травмой промежности и анального канала, осложнившейся анальным недержанием (АН) и перенесших отсроченную реконструкцию сфинктерно-леваторного комплекса в период 2019-2022гг в МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова.

Результаты: Средний возраст пациенток составил 33 года (SD = 5), количество родов различалось от 1 до 3. Были выявлены дефекты наружного сфинктера с диастазом мышечных волокон от 47 до 116 градусов. Диапазон размеров дефектов ВАС составил от 76 до 177 градусов. Средний период наблюдения за пациентами составил 7 месяцев при максимальном периоде – 4 года. Средний балл выраженности инконтиненции составил 13 (SD=3,5). Средние показатели инконтиненции по шкале Wexner и качества жизни по шкале FIQL и PISQ-12 до выполнения вмешательства составили соответственно 13 (SD = 3.5), 1,9 (SD = 0.5) и 17 (6.8). Единственными параметрами, между которыми удалось найти статистически значимую корреляцию оказались показатели шкалы PISQ-12 после лечения и ширины левой ножки леватора и разницы PISQ-12 с аноректальным углом при натуживании. В обоих случаях величина коэффициента корреляции составила от 0,3 до 0,5, что соответствует слабой силе корреляции.

Обсуждение Полученные результаты показывают, что не удалось выявить прогностической значимости показателей предоперационной ультразвуковой диагностики по отношению к результатам хирургического лечения послеродовой анальной инконтиненции. Показательно, что хирургическое лечение значительно улучшило функциональное состояние и качество жизни у пациенток, принявших участие в исследовании, что подтверждается изменениями цифр Wexner score, а также FIQL и PISQ-12. Однако корреляционные взаимосвязи между приведенными показателями предоперационной ультразвуковой диагностики и изменениями результатов оценочных шкал оказались либо статистически незначимыми, либо имели малую силу, что не позволяет воспринимать их

в качестве прогностических. Иными словами, можно предположить, что хирургическое лечение оказывается эффективным у пациенток с послеродовым анальным недержанием травматической природы вне зависимости от изученных показателей, получаемых при ультразвуковой диагностике.

Выводы: Хирургическое лечение является эффективным у пациенток с послеродовым анальным недержанием травматической природы вне зависимости от величины дефекта внутреннего или наружного сфинктеров, а также вне связи с другими показателями, получаемыми при ультразвуковой диагностике.

Ключевые слова: анальное недержание, OASIS, сфинктеропластика, акушерская травма промежности

---

512. Тактика выполнения реконструктивных операций у больных синдромом диабетической стопы

Маттмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – одна из главных проблем здравоохранения 21 века. Число пациентов с диабетом неуклонно растет в течение последних трех десятилетий, и этот рост, вероятно, будет продолжаться в течение следующих десятилетий: с примерно 463 миллионов пациентов в возрасте от 18 до 99 лет в 2019 году до примерно 700 миллионов человек той же возрастной группы в 2045 году во всем мире.

Материал и методы: В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения 53 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2021-2022 гг., которым реконструктивно-пластические операции на стопе выполнялись усовершенствованной техникой (в зависимости от локализации раневого дефекта и пораженной части стопы). Все пациенты перед госпитализацией прошли тщательное обследование для адекватного выбора хирургической тактики лечения, в том числе была получена полноценная информация о состоянии периферического артериального русла. Для этого были использованы неинвазивные методы исследования, такие как дуплексное исследование и мультиспиральная компьютерная ангиография артерий нижних конечностей. При этом у 20 (37,7%) больных выявлены поражения периферических артерий различной степени. У пациентов с раневыми дефектами или гнойно-некротическими процессами на стопе в зависимости от локализации и характера поражения выполнялись различные хирургические вмешательства. Ведущее место среди них занимали вскрытие флегмоны и некрэктомии, осуществленные у 45 (85%) из 53 пациентов. Кроме того, произведены ампутации пальцев и ампутации стопы по Шарпу. По частоте выполнения и полученным данным мы не наблюдали статистических различий. Аутодермопластика (расщепленная пересадка кожи) была произведена у 19 пациентов, резекция или удаление пораженной кости + миопластика – у 27, кожно-суральная пластика – у 7. В средней части стопы производились комбинированные реконструктивно-пластические операции, но в большинстве случаев пришлось выполнить миопластику с резекцией или удалением пораженной кости (85,2%).

Результаты: Гладкое послеоперационное течение или первичное заживление раны отмечалось у 48 (90,6%) больных. Благоприятные результаты чаще отмечались при нейропатической форме СДС (92,3%). Нагноение раны в послеоперационном периоде наблюдалось у 4 (7,5%) больных, причем во всех случаях инфекционный процесс удалось купировать с помощью адекватного комплекса лечебных мероприятий. С помощью адекватно выбранного дифференцированного хирургического способа у пациентов основной группы нам удалось повысить частоту сохранности стопы. Функциональная сохранность стопы при нейроишемической форме СДС составила 85,7%, при нейропатической – 92,3%. Опорно-двигательная сохранность при нейропатической форме СДС была на 2,0% выше, чем при нейроишемической. В случае критической ишемии мы старались сначала выполнить реваскуляризацию (баллонная ангиопластика) периферических артерий нижних конечностей, затем произвести санация гнойно-некротического очага и последующем реконструктивную операцию. Выполнение реконструктивно-пластических операций стопы с использованием дифференцированного подхода с учетом пораженной части позволит сохранить адекватную опороспособную стопу с минимальной частотой послеоперационных осложнений.

Выводы: Ближайшие результаты (до 3 мес.) в группе сравнения (n=62) показали, что традиционный подход к реконструктивно-пластическим операциям у пациентов с СДС в 70,9% случаев (p>0,05) приводит к первичному заживлению послеоперационной раны. Гнойные осложнения в послеоперационном периоде встречались у 8,1% (p>0,05). Появление в ближайшие сроки нейротрофических язв на оперированной стопе отмечалось в 21,0% случаев (p>0,05). Дифференцированная стратегия выполнения реконструктивно-пластических операций в зависимости от локализации дефекта стопы у пациентов основной группы (n=53) приводила к первичному заживлению в 90,6% случаев (p>0,05).

Ключевые слова: Сахарный диабет, реконструкция стопы, гангрена

513. Ближайшие результаты лечения активной стадии стопы Шарко в амбулаторных условиях

Исмаилов У.С., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Атажанов Т.Ш., Якубов И.Й.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В настоящее время сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных заболеваний. Наряду с онкологическими и сердечно-сосудистыми болезнями сахарный диабет входит в триаду заболеваний, являющихся наиболее частыми причинами инвалидности и смертности. Приблизительно у 20% больных страдающих сахарным диабетом наблюдается поражение стоп, которые в последние 15 лет объединены в понятие «синдром диабетической стопы» (СДС).

Материалы и методы: В отношении пациентов, обратившихся в период с 2020 по 2022 гг., производился анализ медицинской документации, и исследование носило ретроспективный характер. Пациенты, обратившиеся с 2020 по 2022 гг., были включены в проспективную часть исследования. В целом исследование носило характер открытого контролируемого нерандомизированного. Согласно критериям соответствия, в исследование вошел 41 пациент. Из них 30 человек согласились на консервативное лечение, а 11 пациента отказались от любой разгрузки, но при этом согласились остаться под наблюдением.

Результаты: Характеристика больных в группах, согласившихся на лечение и отказавшихся от него, но согласившихся наблюдаться. Пациенты группы 1 характеризовались большей продолжительностью сахарного диабета (СД) и преобладанием его 1 типа, однако частота синдрома диабетической стопы в анамнезе достоверно не различалась. У отказавшихся от лечения больных чаще встречалась рентген позитивная стадия активной ДНОАП (следовательно, более выраженные деформации), но реже (в 3,19 раза) отмечался болевой синдром при манифестации патологии. Во 98% случаев диагноз ДНОАП был установлен впервые, причем длительность патологии (с момента появления одностороннего отека и гиперемии и/или первого рентгенологического подтверждения) к моменту первого осмотра в обеих группах была велика. Кроме того, у 73% больных до нашего осмотра не была назначена рентгенография стоп, и у большинства пациентов диагностический поиск и лечебные мероприятия до установления диагноза ДНОАП были направлены на сосудистую или почечную патологию.

Заключение: Полученные нами данные подтвердили эффективность иммобилизации конечности в активную стадию артропатии, а также преимущество ИРП над туторами по длительности лечения и его безопасности. Мы также показали целесообразность применения костылей в дополнение к иммобилизации. С другой стороны, наши результаты могут частично объяснить противоречие между общепринятым мнением об ИРП как о золотом стандарте разгрузки пораженной конечности и недостаточно частым применением этой методики в рутинной практике.

Ключевые слова: Сахарный диабет, гангрена, гнойно-некротическое поражение

---

514. Выбор тактики малоинвазивных методов лечения абсцессов печени

Бабаджанов Б.Д., Пулатов У.И., Яхшибоев С.Ш.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Абсцесс печени (АП) – это ограниченное скопление гноя в паренхиме печени с очагом литического расплавления ткани в центре, возникающее вследствие инвазии микрофлоры либо паразитов. АП является тяжелым поли этиологическим заболеванием, частота которого в общем хирургическом стационаре имеет четкую тенденцию к увеличению. Ежегодно среди больных с хирургической патологией гепатобилиарной зоны госпитализируется от 0,5 до 2–3% пациентов с гнойниками печени. По данным большинства исследователей, летальность при микробных абсцессах высока и составляет от 20 до 30%.

Материалы и методы. Проспективное исследование проводилось в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета. Пранализированы результаты лечения 83 больных которые находились на стационарном лечении в отделении с 2016 по 2023 г.. В исследование были включены все пациенты с подтвержденным диагнозом АП. Всем пациентам были произведены дренирование гнойной полости и у 38 случаях проведено ДВАКТ (длительная внутриартериальная катетерная терапия). Возраст варьировал от 21 до 72 лет (средний возраст 43,6±3,7 года). Мужчин было 53 (62.5% пациентов) и 30 женщин (37,5% пациентов).

Результаты. Возрастная группа (31–40 лет) показала самую высокую заболеваемость, состоящую из 40,28% случаев. Боль чаще всего локализовалась в правом подреберье у 70 пациентов (87,5%). Лихорадка наблюдалась у 60 пациентов (81,25%). На правую долю печени приходилось 76 (95%) абсцессов. Несмотря на дренирование, у 10 пациентов (12,5) возник рецидив. После лечения абсцессов печени через дренирования, у 70 пациентов (87,5%) на УЗИ через 6 месяцев наблюдались остаточные

полости абсцесса у больного полностью исчезли. Через внутриартериальный катетер в основном вводили антибиотики как инфузионно, так и болюсно.

Заключение. Наши исследования показывают, что практика дренирования и введения антибиотиков через чревный ствол (лат. truncus coeliacus) полностью отвечает сегодняшним требованиям, а также этот метод обеспечивает более быстрое рассасывание абсцессов и считается менее инвазивным методом, при этом осложнений значительно меньше по сравнению с традиционный метод.

Ключевые слова: Абсцесс печени, дренирование, катетерная терапия

---

515. Тактика хирургического лечения гнойно–воспалительных процсессов забрюшинного пространства

Бабаджанов Б.Д., Маттмуротов К.Ж., Кучкаров А.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Забрюшинный (ретроперитонеальный) абсцесс – ограниченное скопление гноя, расположенное между задним листком брюшины и внутрибрюшинной фасцией. Абсцессы могут образовываться вследствие травм, операций, перфорации полого органа, метастазирования инфекции из соседних структур. После плановых полостных операций гнойники возникают в 0,8% случаев, после экстренных – в 1,5%. При осложненном течении заболевания, когда на фоне гнойного абсцесса развивается забрюшинного флегмона, летальность достигает 28–80%.

Материал и методы: В данном исследовании были ппроанализированы результаты лечения 45 больных с гнойными заболеваниями забрюшинного пространства, которые получили стационарное лечение в отделение гнойной хирургии многопрофилной клиники Ташкентской медицинской академии в 2019–2022 гг. Возраст больных среди женщин варьировал от 19 до 65 и в среднем составил 51,5 лет; среди мужчин возраст варьировал от 22 до 72 и составил 58 лет. Сахарным диабетом страдали 20 (44,4%) больных. Все пациенты при поступлении в клинику проконсультированы эндокринологом и рекомендовано соответствующее лечение для коррекции сахара в крови. Наряду с общеклиническими лабораторными исследованиями, для верификации диагноза больным выполнялась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) для определения локализации и архитектоники патологического очага, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) для выявления оптимальной точки доступа. Некоторые больные (33,3%) до нашей клиники первично-оперированы в других лечебно-профилактических учреждениях по поводу заболевания или с осложнениями проведенных операции забрюшинного пространства. 21 (46,7%) больных из 45 имели сопутствующих заболевании ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет (СД), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и т.д. Больние с абсцессами забрюнинного пространство было проведено оперативное вмашательства дренирования абсцесса. Результаты: Выполненное у 45 пациентов вмешательство по данной методике явилось окончательным у всех больных. только у 3 (6,67%) больных наблюдалось повторные операции. Расширение объема вмешательства не потребовалось ни в одном случае. После операционном периоде больний находились в палате в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность лечения составила 4,2±5,6 к/д. Летальных исходов не наблюдался.

Обсуждение: Представленный метод показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами способом пункционного дренирования под контролем ультразвука. Предлагаемый нами способ позволяет одномоментно выполнить санацию и дренирование абсцессов, содержащих в просвете, кроме гнойных масс, плотные некротические ткани. При применении предлагаемой методики ни в одном случае не потребовалось повторное оперативное вмешательство. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений (нагноение операционной раны), являющихся частыми при открытых вмешательствах.

Выводы: основным направлением хирургического лечения больных гнойно воспалительным заболевания забрюшинного пространства является усовершенствование малоинвазивного метода в зависимости от локализации патологического процесса. На наш взгляд адекватная санация и дренирования забрюшинного пространство у больных сахарным диабетом является залогом благополучного результата и тем самым улучшения качество жизни пациентов.

Ключевые слова: Абсцесс, дренирование, нагноение

---

516. Клинические особенности гнойно-воспалительных заболеваний забрюшинного пространства на фоне сахарного диабета

Бабаджанов Б.Д., Кучкаров А.А., Маттмуротов К.Ж., Атажонов Т.Ш., Якубов И.Й.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Гнойно-воспалительные заболевания забрюшинного пространство характеризуются развитием гнойно-деструктивных процессов и сопровождаются клиническими и лабораторными показателями. Основными причинами развития данной патологии можно назвать неправильно подобранное лечение, вовремя не выявленное первичное заболевание почек и неадекватная санация при первичной операции.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ данных 439 медицинских карт пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями забрюшинного пространства, проходившие стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с 2010 по 2022гг. Среди которых 53 пациента с гнойно-воспалительными процессами. Возраст больных среди женщин варьировал от 15 до 74 и в среднем составил 39,7 лет; среди мужчин варьировал от 28 до 74 и составил 42,5 лет. Среди пациентов сахарным диабетом страдали 351 (79,9%). Все пациенты проконсультированы эндокринологом и рекомендовано соответствующее лечение для коррекции гликемии. Всем пациентам наряду с общеклиническими лабораторными исследованиями выполнено МСКТ и УЗД для определения тактики оперативного лечения.

Результаты: У большинства пациентов проводились: ревизия забрюшинного пространства, вскрытие и санация патологического очага, малоинвазивные операции: дренирование гнойников, санация патологического очага и введение антибиотиков. Основное проведенное оперативное лечение: вскрытие и санация патологического очага с дренированием забрюшинного пространства. На фоне СД у всех пациентов мы наблюдали признаки воспаления париетальной фасции забрюшинного пространства (фасциит), в связи с этим нами было выполнено дренирование подфасциального пространство дополнительным дренажом для изолированной санации данной зоны.

Обсуждение: На фоне сахарного диабета гнойно-воспалительные заболевания в основном протекают латентно и лабораторные показатели у этих пациентов не являются критериями для определения хирургической тактики лечения. В связи с особенностью клинического течения гнойного процесса у больных сахарным диабетом следует изучить всех факторов, которые влияют на конечный результат в послеоперационном периоде.

Выводы: Так как, гнойно-воспалительные заболевания забрюшинного пространства протекающие на фоне сахарного диабета основном протекают латентно, и лабораторные исследования не считаются окончательным критерием выбора оперативного лечения.

Ключевые слова: Забрюшинное пространство, дренирование

---

517. Бактериальный пейзаж хронического фурункулёза у больных сахарным диабетом

Парманов С.А., Халикова О.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Проблема этиотропной и патогенетической терапии хронического фурункулёза до сих пор не решена. Гистологическая картина при хроническом фурункулёзе варьирует. Возможно, гетерогенность гистологической картины и обусловливает трудности лечения хронического фурункулёза. Многофакторный патогенез заболевания, связанный с изменениями в системе иммунитета, генетическими факторами, обменными нарушениями (ожирение), микробной составляющей в гнойном очаге поражения, провоцирующими факторами (нарушение гигиены, курение, неправильное питание и др.) не вызывает сомнений. По данным европейской статистики, распространенность хронического фурункулёза колеблется на уровне от 1 до 4,2. В Республике Узбекистан официальная статистическая отчетность о заболеваемости населения хронического фурункулёза отсутствует.

Материал и методы: В работе использован опыт отделения гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Проанализированы результаты лечения 98 пациентов с хроническим фурункулёзом, находившихся на лечении в 2017-2022 гг. Критерии включения пациентов с хроническим фурункулёзом в исследование были возраст от 18 до 66 лет, согласие на участие в исследовании, отсутствие беременности, отсутствие противопоказаний к препаратам, включенным в схему лечения. Микробиологический метод исследования. В соответствии с целями и задачами исследования у больных определяли видовой состав микрофлоры в гнойных очагах различной локализации, а также спектры чувствительности культур возбудителей к антибиотикам. Идентификация микроорганизмов проводилась до вида. Для изучения антибиотикочувствительности применяли диско-диффузионный метод (на среде Мюллера – Хинтона) к следующим антибиотикам: клиндамицину, цефтриаксону, цефтазидиму, офлоксацину, левофлокса-

цину, гентамицину, рифампину, цефуроксиму, ампициллину, ципрофлоксацину, ванкомицину, меропенему.

Результаты: Среди наших пациентов преобладали лица мужского пола – 66 (67,3%), лиц женского пола было 32 (32,7%). Среди сопутствующих заболеваний преобладали: заболевания желудочно-кишечного тракта (60,2%), сахарный диабет (35,7%), ожирение (20,4%). Давность заболевания у пациентов варьировала от 6 месяцев до 37 лет. Средняя длительность заболевания составила 13,8±2,4 года. Среди выявленных факторов риска у пациентов с хроническим фурункулёзом преобладали сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром, курение и профессиональная деятельность. Результаты изучения состава микрофлоры в очагах поражения у больных хроническим фурункулёзом и ее чувствительности к антимикробным препаратам. Изучение микрофлоры в очагах поражения различной локализации определялось до вида возбудителя. У 7 (7,1±2,6%) пациентов в биоматериале роста микрофлоры не наблюдалось. Выделенные бактериальные фракции были представлены бактериями нескольких родов: Staphylococcus, Enterococcus, Streptococcus, Proteus, Esherichia, Klebsiella, Pseudomonas. В некоторых очагах воспаления ассоциации микроорганизмов носили поливалентный характер и включали 2 вида микробов и более (81,4%).

Выводы: Полиэтиологичность и особенности течения хронического фурункулёза у больных сахарным диабетом требуют коррекции всех возможных факторов, приводящих к данному заболеванию. Выявление бактериального пейзажа и выбора лечения согласно чувствительности к антибиотикам имеет важное значение при выборе тактики лечения хронического фурункулёза у больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: Сахарный диабет, фурункулёз, сепсис

---

518. Современный подход в патогенетическом лечении больных с хирургическим сепсисом

Парманов С.А., Халикова О.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Сепсис и септический шок является одной из основных проблем медицины. Ежегодно, по всему миру, он является причиной смерти более миллиона людей, при этом частота летальных исходов составляет примерно один случай из четырех. Распространенность сепсиса в разных клиниках, и особенно в разных странах, различна. В странах Европы и Америки он обнаруживается в 15-20% наблюдений и является одной из главных причин летальных исходов в отделениях интенсивной терапии, в России же на его долю приходится менее 1% от всех хирургических болезней. Такая разница в заболеваемости и летальности объясняется не различием в качестве медицинской помощи, а несогласованностью классификаций и определений.

Материал и методы: В ходе работы в качестве материалов были выбраны больные, которые находились на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Проанализированы результаты лечения 33 пациентов с варьированием возраста от 22 до 68 лет.

Результаты: Анализ результатов лечения тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний позволил установить, что развитие послеоперационных осложнений встречается в 39,7% случаев, при этом летальность доходит до 7,4%. Подавляющее большинство этих осложнений (28 случаев из 39) связано с прогрессированием гнойно-воспалительного процесса из-за недостаточной эффективности проводимого лечения. Включение в комплекс лечебных мероприятий у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями стандартной методики длительной внутриартериальной катетерной терапии, позволяет снизить частоту развития осложнений до 22,3%, а летальности до 4%. Однако сохранение высокого удельного веса осложнений, связанных с прогрессированием гнойно-воспалительного процесса (17,4%) и летальности (3,4%) указывает на необходимость пересмотра традиционных схем длительной внутриартериальной катетерной терапии с учетом фаз течения воспаления. Предлагаемая патогенетически обоснованная схема длительной внутриартериальной катетерной терапии, со струйным введением антибиотиков и альбумина на ранних стадиях лечения (24-48ч), с добавлением в состав инфузата раствора преднизолона на 2-5 сутки, позволяет регулировать течение воспалительного процесса с купированием экссудации и отечности тканей в пораженной зоне. Включение усовершенствованной схемы длительной внутриартериальной катетерной терапии в комплекс лечебных мероприятий при лечении тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний позволило снизить частоту развития осложнений до 2,8%, а летальности до 1,45% и сократить продолжительность лечения с 30,1? 0,6 дней до 11,8 ? 0,6 койко – дней.

Выводы: Предлагаемая патогенетически обоснованная схема терапии, включение которого в программу комплексного лечения хирургических больных с гнойно-септическими заболеваниями характеризуется быстрым детоксикационным действием и позволяет значительно повысить эффективность проводимой терапии.

Ключевые слова: Сепсис, сахарный диабет, катетерное лечение

---

519. Опыт лечения пациентов со спонтанными гематомами различной локализации на фоне новой коронавирусной инфекции COVID 19

Гребцов Ю.В. (1,2) Накопия Г.Г. (2)
Данилов С.А. (2,3) Радионов Ю.В. (2,3),
Знаешева Е.И. (1)

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав РоссииСПБ ГБУЗ «Городская Покровская больница»ФГБОУ ВО СПБГПМУ Минздрав России

Актуальность: с конца 2019 года человечество столкнулось с новым высококонтагиозным вирусом SARS-CoV-2, который вызвал пандемию на всех континентах земного шара. У пациентов с тяжёлым течением COVID-19 риск тромбоза или кровотечения значительно выше, чем у здоровых людей. В современной литературе существуют единичные публикации, посвященные наблюдаемым при поражении вирусом SARSCoV-2 – спонтанным гематомам различной локализации, которые объясняются наличием следующих факторов риска: инфекционный процесс (тропность вируса к эндотелию сосудов, повреждение эндотелия иммунными комплексами), гипертермия, проведение гормональной терапии, НПВС совместно с терапией НМГ, напряжение мышц передней брюшной стенки (при кашле).

Цель нашей работы: продемонстрировать опыт лечения гематом разных локализаций у пациентов с НКИ, который был получен в период пандемии на базе ГБУЗ «Городская Покровская больница»

Материалы и методы: с 14.04.20 по 10.04.22 СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница». была перепрофилирована в инфекционный стационар для приема потока пациентов с COVID-19. За практически 2 года работы было госпитализировано 31767 пациентов с COVID-19. На хирургическом отделении было пролечено 3782 пациента. Из них клинически значимые спонтанные гематомы различной локализации развилась у 21 пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19. В выборку вошли пациенты только со средне-тяжёлой и тяжёлой формой НКИ. Пациенты, поступавшие в стационар и имевшие при поступлении гематомы травматического генеза, были исключены из анализа. Для оценки локализации, размеров, а также для динамического наблюдения использовались такие методы визуализации как КТ и УЗИ.

Результаты: По локализации гематомы распределились следующим образом: у 5 пациентов гематомы конечностей, у 9 – гематомы передней брюшной стенки, у 5 пациентов гематомы забрюшинного пространства, у 2 – гематомы области грудной клетки. Средний возраст пациентов 65 ± 22 года, из них 16 женщин и 5 мужчин. Объём гематом составил от 600 мл – 3100мл, объём поражения лёгких составлял КТ-3-4, 7 пациентов находились на НИВЛ. На начальном этапе лечения этих пациентов мы использовали общепринятую активно выжидательную тактику ведения пациентов со спонтанными гематомами. Показанием к операции являлись: напряжённая гематома, синдром сдавления окружающих тканей (выраженный болевой синдром, проявление неврологического дефицита, симптомы компрессии сосудов), нарастание гематомы (по данным инструментальных методов исследования, физикального осмотра) с признаками продолжающегося кровотечения (клинически, лабораторно), инфицирование гематомы. Всего оперировано 11 пациентов (52%), из них 5 случаев летального исхода (36%), из 10 не оперированных больных 3 (30%) случая летального исхода. Смерть наступала на 1-4 сутки после операции. Причиной смерти явился ДВС-синдром, продолжающееся диффузное кровотечение из раны, последствия геморрагического шока. По мере накопления опыта, мы стали принимать во внимание, что у коморбидных пациентов при определении показаний к оперативному лечению следует учитывать следующие факторы: общее тяжёлое состояние, обусловленное основным заболеванием, инотропную поддержку гемодинамики, коагулопатию и дефицит плазменных прокоагулянтов (абсолютный и относительный), в том числе на фоне антикоагулянтной терапии и как следствие высокий риск некорригируемого кровотечения из раны в п/о периоде, неорганизованный характер гематомы, действие гематомы как «давящей повязки».

Обсуждение: На основе анализа материала прослеживается тенденция: наиболее благоприятные результаты были получены при выборе тактики отсроченного оперативного вмешательства у пациентов которых удалось консервативно стабилизировать, остановить кровотечение, лечить консервативно и оперативное пособия выполнить в срочном порядке, либо при регрессе процесса и уменьшении гематомы в динамике, отсутствии признаков нагноения, пациенты выписывались для динамического наблюдения.

Выводы: 1.Оперативное лечение должно проводиться по жизненным показаниям на фоне коррекции патологии гемостаза 2. При возможности следует выбирать тактику консервативного ведения до стабилизации состояния, компенсации основной патологии

Ключевые слова: Спонтанные гематомы, Новая коронавирусная инфекция, забрюшинные гематомы, гематомы передней брюшной стенки

520. Влияние этило-новокаиновой блокады седалищного нерва на интенсивность фантомно-болевого синдрома в послеоперационном периоде при ампутациях

Зубрицкий В.Ф. (1), Низовой А.В. (2), Фоминых Е.М. (1,3), Надельсон Д.А. (1)

Москва

1. ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» Медицинский институт непрерывного образования, Кафедра хирургии повреждений
2. Филиал Военно-Медицинская академия им. С.М.Кирова, Москва
3. Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»

Важность разработки рекомендаций по профилактике фантомно-болевого синдрома связана с тем, что он с трудом поддается лечению, усложняет реабилитацию и ухудшает качество жизни пациентов. Для профилактики фантомно-болевого синдрома традиционно, в ходе обработки культи нерва периневрально вводят смесь растворов новокаина и этилового спирта. Считается, что этиловый спирт вызывает атрофию нервного ствола и предупреждает формирование невромы. В анализируемую группу было включено 133 пациента, страдающих фантомно-болевым синдромом, которые наблюдалось на протяжении 2001-2005 годов в консультативно-диагностическом центре ГКБ №29 г.Москвы. Ампутации нижних конечностей всем пациентам были выполнены на уровне нижней трети бедра в ГКБ №29 г.Москвы, что давало возможность изучить протоколы оперативных вмешательств. Показанием к операции являлось диабетическая и атеросклеротическая гангрена. Возраст пациентов варьировал от 45 до 94 лет, при этом женщин было 66, а мужчин – 67. Интенсивность фантомно-болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (оценочный диапазон от 0 до 10 баллов) в сроки от 5 месяцев до 1,6 года после выполнения операции. Сравнивалась интенсивность фантомно-болевого синдрома у пациентов, которым седалищный нерв обрабатывался стандартным способом (с введением в ходе операции смеси растворов новокаина и этилового спирта) и у больных, которым алкоголизация нерва не проводилась по любым причинам (например: рассыпной тип строения нерва). Группы были сопоставимы по демографическим (пол, возраст) и медицинским критериям (однотипное анестезиологическое пособие, до- и послеоперационное ведение, наличие основных и сопутствующих заболеваний). У 111 пациентов, которым ампутация проводилась по традиционной методике, интенсивность фантомно-болевого синдрома колебалась от 7,9 до 9,1, а в среднем составило 8,2 балла по визуально-аналоговой шкале. У 22 больных, которым алкоголизация нерва не проводилась, интенсивность фантомно-болевого синдрома составила от 4,1 до 6,9 (5,5 баллов в среднем) по визуально-аналоговой шкале. Полученные результаты позволяют подвергнуть сомнению предположение о том, что алкоголизация нерва при ампутациях способствует ослаблению фантомно-болевого синдрома.

Ключевые слова: фантомно-болевой синдром, ампутация бедра, спирт-новокаиновая смесь, алкоголизация нерва

---

521. Современный подход к диагностике и хирургическому лечению острых послеоперационных перфоративных язв тонкой кишки

Сингаевский А.Б. (1), Азеян А.А. (2), Несвит Е.М. (3)

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница №15» (1)
ГБУЗ ЛО «Токсовская МБ» (2)
СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского» (3)

Актуальность темы: За последние десятилетия отмечается значительный рост количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Вместе с этим возросло и число послеоперационных осложнений, одним из которых является развитие острых послеоперационных перфоративных язв тонкой кишки (ОППЯТК). Данное осложнение встречается относительно редко, но сопровождается высокой летальностью. В настоящее время отсутствуют общепринятые клинические рекомендации по ведению пациентов с ОППЯТК, диагностике на фоне общего тяжелого состояния больного, медикаментозному сопровождению, выбору оптимального объема оперативного вмешательства, а также нет четкого понимания механизмов возникновения и методов профилактики ОППЯТК.

Материалы и методы: Проанализирована хирургическая тактика и исходы лечения пациентов 82 пациентов возрастом от 34 до 90 лет с развитием ОППЯТК после планового и экстренного оперативного вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Больные проходили лечение в хирургических отделениях больницы им. Петра Великого ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» и ГБУЗ ЛО «Токсовская МБ» в период с 2012 по 2022 г. Полученные результаты: Анализ результатов показал достоверное увеличение частоты возникновения ОППЯТК с 0,08% до 0,6%. В исследуемой группе преобладали женщины (61,2%). В 70,2% случаев госпитализация имела неотложный характер. У мужчин выявлена прямая связь увеличения частоты развития данного осложнения с увеличением возраста. При этом у женщин данная связь обратная. Во всех случаях

перфоративная язва располагалась по противобрыжеечному краю. Наиболее частой локализацией перфорации (48,4%) был участок от 101см до 150см от связки Трейца. В 54,8% случаев ОППЯТК возникали не как первое осложнение послеоперационного периода, а были выявлены как находка при повторной релапаротомии, при том что первая была выполнена по поводу другого осложнения. Типичным для ОППЯТК является развитие множественных (до 6 одномоментно) и повторных перфораций, что требует многократных релапаротомий (до 13 у одного больного).

Обсуждение: проведенный анализ показал высокую летальность при развитии ОППЯТК (42,9%-100%) у разных групп пациентов, в том числе оперированных и в плановом порядке (72,7%). Исход госпитализации закономерно зависит от неотложного характера госпитализации, количества релапаротомий, возраста пациента и сопутствующей патологии.

Выводы и рекомендации: ОППЯТК являются редким, но опасным осложнением. Поэтому в послеоперационном периоде нужно проводить полный комплекс диагностических и лабораторных мероприятий. КТ ОБП на данном этапе является наиболее информативным диагностическим методом. Следует учитывать, что такие признаки, как наличие свободного газа по данным рентгенологических методов исследования, поступление кишечного содержимого по дренажам и через рану, развитие перитонеальной симптоматики возникают не во всех случаях, что в значительной мере осложняет дифференциальную диагностику. Окончательным методом диагностики является релапаротомия. Хирургической тактикой выбора при развитии ОППЯТК стоит считать ушивание язвы двухрядным швом, а при рецидиве – резекция.

Ключевые слова: Острые послеоперационные перфоративные язвы тонкой кишки. ОППЯТК. Тактика. Хирургическое лечение.

---

522. Лабораторная диагностика острого функционального дефицита при экстренной хирургической патологии пациентов старших возрастных групп

Милютина Е.В. (1), Горелик С.Г. (1), Ксенофонтов А.О. (1), Аль Хафаджи М.Б. (2)

1) Белгород,
2) Нижний Новгород

1) ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
2) Приволжский исследовательский медицинский университет

Актуальность. Во всем мире население стареет. Выявление старческой астении у возрастных пациентов важно с клинической точки зрения, поскольку это состояние оказывает неблагоприятное влияние на течение хирургических патологий и ассоциировано с большей частотой неотложной хирургической помощи и смертности. Принимая во внимание возраст пациентов с острыми хирургическими патологиями, необходимо уделять особое внимание их гериатрическому статусу, в частности, учитывать снижение мобильности, наличие множественных заболеваний и когнитивных нарушений.

Цель. Выявить лабораторные маркеры острого функционального дефицита при экстренной хирургической патологии у пациентов старших возрастных групп.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 60 пациентов, которым выполнено экстренное оперативное лечение в период с 2019 по 2021 гг. на базе ОГБУЗ «ГКБ № 2 г.Белгорода». Средний возраст составил 71,3 ± 7,9 лет, из них мужчин – 28 (46,7%), женщин – 32 (53,3%).

Результаты. При изучении лабораторных анализов выявлено, что у пациентов старших возрастных групп на момент госпитализации преобладает нейтрофильный лейкоцитоз до 11,3 *109/л с постепенным их снижением к моменту выписки. Также отмечается постепенное снижение гемоглобина до 110 г\л, что соответствует анемии легкой степени тяжести. Стоит отметить, что при изучении биохимический показателей крови выявлена гипергликемия до 12,3 ммоль\л, что свидетельствует о тяжелом стрессе в связи с экстренным хирургическим вмешательством. У всех пациентов на всем протяжении госпитализации и на момент выписки отмечается гипопротеинемия, что является синдромом недостаточности питания. Концентрация кальция у пациентов с синдромом старческой астении был низкий 1,11 ммоль/л, что является признаком остеопороза.

Выводы. С помощью лабораторных данных при поступлении пациентов старших возрастных групп можно заподозрить гериатрические синдромы, такие как синдром старческой астении, недостаточности питания, что поможет прогнозировать развитие делирия, острого

функционального дефицита.

Ключевые слова: лабораторные анализы, синдром старческой астении, хирургическая патология

---

523. Выбор хирургического доступа при тимэктомии

Епифанцев Е.А., Грицун В.Ю., Смирнов А.В., Иванов Ю.В.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Торакоскопическая тимэктомия является золотым стандартом лечения при неинвазивных тимомах. Неоспоримым преимуществом такого подхода является уменьшение послеоперационного болевого синдрома, лучшие косметические результаты, отсутствие риска несостоятельности грудины, а также меньшие риски по инфицированию раны в сравнении с «открытыми доступами». В настоящий момент при патологии вилочковой железы популярностью среди хирургов пользуются классический трехпортовый (VATS) и однопортовый (UVATS) доступы. Данные методики всецело отвечают критериям миниинвазивности и принципиально мало чем отличаются друг от друга. Однако, учитывая пересечение межрёберных нервов, у части пациентов может наблюдаться болевой синдром, который может стать хроническим. Необходимость решения проблемы хронического болевого синдрома привело к распространению субксифоидального доступа (SVATS) в торакальной хирургии. К преимуществам данного доступа относят отсутствие необходимости пересечения межреберных нервов и выполнения двухпросветной интубации, возможность четко лоцировать границы ключевых анатомических структур.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения пациентов с неинвазивными тимомами перенесших тимэктомию из единого субксифоидального доступа.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 59 пациентов, которым была выполнена тимэктомия с использованием трехпортового доступа, однопортового доступа и единого субксифоидального доступа в период с 2018 по 2023 год. При этом с применением трехпортового торакоскопического доступа оперировано 29 больных, с использованием однопортового торакоскопического доступа оперировано 23 пациента и единый субксифоидальный доступ был избран у 7 пациентов. Полученные результаты. Данные представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха. Для сравнения численных показателей в 3 исследуемых группах применен критерий Краскела-Уоллиса. Для сравнения качественных характеристик (осложнения) применен точный тест Фишера для таблиц сопряженности 2x3. Отличия признаны достоверными при $p < 0,05$. При анализе данных в группах UVATS, VATS и SVATS время операции соответственно составило 70; 107,5; 70 минут (p 0,00545.), кровопотеря достоверно не различалась и составила в среднем 30 мл во всех группах, однако в группе UVATS и SVATS статистически значимо различалось время дренирования плевральной полости и составила соответственно 1 день в группе UVATS и SVATS и 2 дня в группе VATS (p 0,00004). Данные результаты могут быть объяснены размером опухоли, так средний размер в группе VATS составил 60 мм, против 43 мм в группе UVATS и 35 мм в группе SVATS. Осложнения достоверно в группах не различались и были представлены нарушением ритма сердца в одном случае в группе UVATS и наличием продленного сброса воздуха в группе VATS обусловленный наличием выраженного спаечного процесса после перенесённого воспаления легких в анамнезе. Во всех случаях была выполнена R0 резекция, что подтверждено плановым гистологическим исследованием.

Выводы и рекомендации. При проведении анализа полученных данных зафиксировано, что время операции, кровопотеря и время стояния дренажа достоверно отличаются в группах пациентов, прооперированных по методике трехпортового доступа в сравнении с однопортовым и субксифоидальным доступом, что может быть объяснено более большим размером тимомы. Выполнение тимэктомии из единого субксифоидального доступа при неинвазивных тимомах представляет собой альтернативный вариант хирургического доступа при лечении данной группы пациентов. При условии прохождении кривой обучения и накопления достаточного опыта использование этого доступа позволит достичь благоприятных клинических результатов.

Ключевые слова: торакальная хирургия, тимэктомия, миниинвазивная хирургия, опухоли переднего средостения

---

524. Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с D3 лимфодиссекцией при раке правой половины ободочной кишки – нюансы и перспективы

Невольских А.А., Авдеенко В.А., Михалёва Ю.Ю., Почуев Т.П., Петров Л.О.

Обнинск

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Обнинск, Российская Федерация.

Введение. Стандартом лечения пациентов со злокачественными новообразованиями правой половины ободочной кишки является выполнение мезоколонэктомии с высоким лигированием магистральных сосудов. При этом стандартный объем удаляемых групп лимфатических узлов не определен. Классический европейский подход предполагает выполнение D2 лимфодиссекции, считается достаточным лигирование сосудов на расстоянии 1 см от основания. В азиатских странах всем пациентам со II-III стадией, а также на усмотрение хирурга при I стадии, рекомендуется выполнение D3 лимфодиссекции, под которой подразумевается удаление лимфатических узлов по передней поверхности верхней брыжеечной вены (203, 213, 223 в соответствии с Японской классификацией).

Цель исследования: изучить непосредственные результаты лапароскопических правосторонних гемиколэктомий при раке ободочной кишки с использованием D3 лимфодиссекций.

Материал и методы. В исследование включены 56 пациентов (мужчины – 41,1%, женщины – 58,9%) со аденокарциномами правой половины ободочной кишки I-III стадии, которым в период с 2019-2023 годов выполнены хирургические вмешательства в объеме лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с D3 лимфодиссекцией. У 20 (35,7%) больных имелись новообразования слепой кишки, у 24 (42,9%) – восходящей ободочной кишки, у 7 (12,5%) – печеночного изгиба, еще в 5 (10,9%) случаях опухоль располагалась в поперечной ободочной кишке. У 5 (8,9%) больных имелась I, у 24 (42,8%) – II, у 22 (39,3%) – III и у 5 (8,9%) – IV стадия заболевания. Медиана возраста больных составила 65 лет (40-88). Объем хирургического вмешательства включал выполнение тотальной мезоколонэктомии с удалением лимфатических узлов 203 и 213 групп лимфатических узлов. У пациентов с локализацией опухоли в области печеночного изгиба и правой половины поперечно-ободочной кишки выполняли дополнительно удаление 223 группы лимфатических узлов. У 6 пациентов в интервале от 4 до 48 часов с целью маркировки апикальных лимфатических узлов выполнили введение в подслизистый слой толстой кишки паратуморально индоцианина зеленого (ICG).

Результаты. Всем пациентам выполнили лапароскопическую правостороннюю гемиколэктомию, в 21 (37,5%) случае использован медиальный, в 35 из 56 (62,5%) – каудокраниальный способ мобилизации. У 4 (7,1%) пациентов были выполнены комбинированные хирургические вмешательства, у 3 (5,4%) – симультанные. Медиана длительности хирургического вмешательства составила 185 минут (70-360), медиана объема кровопотери составила 100 мл (10-200). Послеоперационные осложнения отмечены в 6 случаях (10,7%), и все были представлены I степенью по классификации Clavien-Dindo. Послеоперационный койко-день в среднем составлял 6 дней (3-9). В среднем дренаж был убран на 4 (2-7) сутки, отхождение газов и стула регистрировали на 3 (1-6) сутки. Картирование апикальных лимфатических узлов с помощью подслизистого введения индоцианина зеленого у 6 пациентов позволило скорректировать план лимфодиссекции в 4 (66,7%) случаях. При патоморфологическом исследовании удаленного препарата было исследовано 3 – 47 лимфатических узлов (медиана – 17), при этом среди пораженных лимфатических узлов медиана составила – 4 (1-18). В двух случаях (3,8%) отмечено метастазирование в апикальные лимфатические узлы. При медиане наблюдения 8,5 (1-51) месяцев у пациентов с I-III стадией (n=51) отдаленные метастазы были зарегистрированы в 4 (7,8%) случаях, местных рецидивов отмечено не было. Кумулятивная трехлетняя общая выживаемость составила 100,0%, безрецивная – 80,9±9,9%.

Выводы. Правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией D3 – технически сложная операция, требующая большего количества времени для выполнения, а также значительного хирургического опыта. Лапароскопический доступ позволяет сократить длительность послеоперационного койко-дня, не увеличивая частоту послеоперационных осложнений. Первый опыт применения методики картирования сторожевых лимфатических узлов с помощью индоцианина зеленого позволяет улучшить интраоперационную навигацию и выполнить прецизионное удаление потенциально измененных апикальных лимфатических узлов. Необходимо дальнейшее изучение данного метода в рамках проспективных клинических исследований.

Ключевые слова: Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия, D3 лимфодиссекция, ICG навигация.

525. Влияние бариатрических операций у женщин с морбидным ожирением на синдром поликистозных яичников

Воробьева Е.В., Иванов Ю.В., Кешвединова А.А.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна их самых часто встречающихся патологий (10-15%) у женщин репродуктивного возраста в рамках эндокринного гинекологического статуса. СПКЯ может рассматриваться как один из составных частей метаболического синдрома. В настоящее время более 60% пациенток с СПКЯ страдают ожирением, вследствие чего метаболические и репродуктивные функции организма ухудшаются, что приводит к возникновению бесплодия и других гинекологических заболеваний. Бариатрическая хирургия является основным и пока единственным эффективным методом лечения морбидного ожирения.

Цель исследования: оценить влияние бариатрических операций на течение СПКЯ у женщин с морбидным ожирением.

Материал и методы. В исследование включено 20 женщин репродуктивного возраста, страдающих морбидным ожирением и СПКЯ. Критериями включения в исследования: возраст от 18 до 35 лет; установленный диагноз СПКЯ; индекс массы тела (ИМТ) более 35 кг/м2. Критерии исключения: отсутствие в анамнезе операций на матке, яичниках и маточных трубах, отсутствие приема любых гормональных препаратов в течении 3-х месяцев до бариатрического хирургического лечения, исключение других заболеваний, вызывающих гиперандрогению и нарушения ановуляции. Средний ИМТ составил 41,2 ± 4,8 кг/м2. Все пациентки были оперированы по поводу ожирения, 12 из них выполнена продольная резекция желудка (ПРЖ), 8 – гастрошунтирование (ГШ). Все операции выполнены лапароскопическим способом. После операции пациентки не получали какого либо медикаментозного лечения СПКЯ. В послеоперационном периоде в динамике исследовали уровень женских половых гормонов, выполняли ультразвуковое исследование поликистозных яичников. Эффективным результатом считали показатель полной ремиссии СПКЯ, который характеризовался восстановлением регулярных последовательных менструальных циклов (не менее 6). Длительность наблюдения составило 18 месяцев с момента операции.

Результаты исследования. Осложнений после оперативных вмешательств, выполненных по поводу ожирения, не наблюдали. После операции у всех 20 пациенток отмечено снижение ИМТ, а именно: через 3 месяца после операции – в среднем до 36,8 ± 2,8 кг/м2, через 6 месяцев – до 33,7 ± 2,1 кг/м2, через 9 месяцев – до 31,2 ± 1,8 кг/м2 и через 12 месяцев – до 27,8 ± 1,6 кг/м2 соответственно. После хирургических вмешательств, помимо снижения ИМТ, наблюдали снижение уровня общего тестостерона, индекса свободных андрогенов, уровня андростендиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), гликированного гемоглобина (HbA1 c), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), а также значительное увеличение уровня ГСПГ (глобулин, связывающий половые гормоны). Полная ремиссия СПКЯ отмечена у 16 пациенток, что составляет 80%. Важно отметить, что средний ИМТ пациенток с полной ремиссией СПКЯ был достоверно ниже, чем у пациенток без полной ремиссии (P ? 0,05). Проведенный анализ результатов лечения так же показал, что конечный показатель ИМТ был основным фактором, влияющим на ремиссию СПКЯ.

Заключение. До настоящего времени взаимное влияние и связь между ожирением и СПКЯ остаются не до конца понятными, что требует дальнейшего изучения. Однако, как показывает проведенное исследование, выполнение бариатрических операций у пациенток с ожирением и СПКЯ в 80% случаев приводит к эффективному результату – восстановлению регулярных последовательных менструальных циклов и нормализации уровня женских гормонов. Поэтому при лечении пациенток с ожирением и СПКЯ, стойкое и эффективное снижение веса является важным фактором, который необходимо учитывать в комплексной терапии.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, ожирение, бариатрическая операция, менструальный цикл.

---

526. Сравнительная оценка хирургического лечения хронической ишемии нижних конечностей с точки зрения ангиосомной концепции реваскуляризации

Богдан В.Г. (1), Лепешко С.Г. (2)

Минск

1) НАН Беларуси,
2) УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко)

Актуальность. В настоящее время важность проблемы лечения пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей определяется широкой распространенностью, возрастающей у пациентов трудоспособного возраста. По данным Hirsch A.T., Haskal Z.J, число таких больных достигает 5% среди населения возрастом старше 50 лет, а при наличии определенных факторов риска (гиперлипидемия, курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) на долю хрониче-

ской ишемии нижних конечностей приходится уже 30%. Зачастую ишемия прогрессирует и пациенту выполняется операция по поводу ампутации, неизбежно ведущая к тяжелой инвалидизации пациента.

Цель: провести ретроспективный сравнительный анализ эффективности проведения реваскуляризации у пациентов с хронической артериальной недостаточностью; изучить целесообразность выполненных оперативных вмешательств в контексте ангиосомной концепции реваскуляризации.

Материалы и методы. Отобраны 78 пациента из архива отделения гнойной хирургии с осложненной сосудистой патологией УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко» с диагнозом «облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, окклюзия магистральных артерий, хроническая артериальная недостаточность (ХАН) 3-4 степеней по классификации А.В. Покровского – Фонтейна» за 2019-2020 годы. Средний возраст пациентов составил 63,27 года. Среди них 5 женщин (6,4%) и 73 мужчин (93,5%). Изучались протоколы проведенных оперативных вмешательств, дневниковых записей, динамики состояния пациентов, перенесших оперативное вмешательство (всем пациентам выполнялась ангиография для оценки возможностей реваскуляризации). Косвенным отображением вышеуказанных параметров явились сроки пребывания пациентов в стационаре. Отобранным пациентам, перенесшим реконструктивную операцию на сосудах, за тот же период госпитализации ампутации не производились (критерий отбора). Наличие или отсутствие сопутствующей патологии не учитывалось.

Результаты и их обсуждение. Среди проведенных операций по поводу реваскуляризации пораженных участков при рассмотрении их в контексте ангиосомной концепции определено два вида операций: целевая реваскуляризация (реваскуляризация пораженного ангиосома) (37,1%, n=29) и нецелевая реваскуляризация (47,4%, n=37). Остальным пациентам без возможностей для реваскуляризации проводилась вазоактивная терапия (15,3%, n=12), из которых 5 пациентам выполнена ампутация критически ишемизированной конечности (6,4%). Все виды оперативного вмешательства открытые. Пациенты с проведенной целевой реваскуляризацией находились в стационаре в среднем на 11,3 дня меньше, чем в группе с нецелевой реваскуляризацией.

Выводы. Ангиосомная, или целевая, реваскуляризация имеет ряд преимуществ перед нецелевой: 1.Статистически значимое меньшение сроков пребывания в стационаре. 2.Возможность избежать ампутации конечности. 3.Заметное клиническое улучшение течения заболевания (тенденция язв к заживлению, уменьшение болевого синдрома, увеличение дистанции безболевой ходьбы). 4.Концепция потенциально полезна с точки зрения рентгенэндоваскулярной хирургии; особенно удобна у пациентов с трофическими изменениями.

Ключевые слова: критическая ишемия нижних конечностей ангиосомная концепция ангиосомы

---

527. Возможности выполнения симультанных операций у пациенток с морбидным ожирением и гинекологическими заболеваниями

Иванов Ю.В., Воробьева Е.В., Кешвединова А.А.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Значимым фактором риска, повышающим в несколько раз вероятность развития гиперпластических процессов и рака эндометрия, признан метаболический синдром. Помимо этого, ожирение у женщин репродуктивного возраста связано с другими патологическими состояниями, такими как ановуляция, синдром гиперандрогении, нарушения менструального цикла и бесплодие. В структуре больных гинекологического профиля доля пациенток с избыточной массой тела и ожирением достигает 30%, причем в последние годы эта цифра имеет тенденцию к увеличению.

Целью исследования является анализ результатов симультанных операций у пациенток с морбидным ожирением и гинекологическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов симультанных операций у 42 женщин (I группа) репродуктивного возраста (18 – 35 лет, средний возраст 31,5 ± 2,9 г.), выполненных по поводу морбидного ожирения и различной гинекологической патологии (киста яичника, миома матки, подозрение на патологию эндометрия). Индекс массы тела (ИМТ) колебался от 38,4 ± 4,3 до 51,2 ± 8,1 кг/м2, составив в среднем 43,6 ± 6,2 кг/м2. До бариатрической операции сопутствующий гинекологический диагноз, потребовавший оперативного лечения, был установлен только у 19 пациенток (45%), в остальных случаях (23) – в процессе предоперационного обследования перед бариатрической операцией. В качестве бариатрической операции 34 женщинам выполнена продольная резекция желудка (ПРЖ), 8 – гастрошунтирование (ГШ). Симультанные операции произведены в следующем объеме: консервативная миомэктомия в 8 случаях, надвлагалищная ампутация матки – в 2, цистэктомия – в 11, гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание (ГС + РДВ) – в 21 наблюдении. Все симультанные операции выполнены лапароскопическим способом. Группу сравнения (II группа) составили 40 пациенток, сопоставимых по возрасту и ИМТ, которым была выполнена только бариатрическая операция (ПРЖ или ГШ). При анализе результатов лечения учитывали: продолжительность операции, интраоперационные и

послеоперационные осложнения, кровопотерю, продолжительность госпитализации.

Результаты исследования. Продолжительность симультанных операций в I группе больных была больше, чем во II группе, однако различия были статистически недостоверны (Р ? 0,05). Так, среднее время симультанной операции (ПРЖ + консервативная миомэктомия, или ПРЖ + ГС и РДВ или цистэктомия) составило 123,8 ± 14,2 мин, относительно 108,2 ± 10,2 мин во II группе (только бариатрическая операция). Соответственно, среднее время симультанной операции (ГШ + консервативная миомэктомия, или ГШ + ГС и РДВ или цистэктомия) составило 149,4 ± 18,3 мин, относительно 120,6 ± 12,8 мин. Чистое время выполнения надвлагалищной ампутации матки составило 28,5 ± 7,8 мин. Интраоперационных осложнений в обеих группах пациенток не зафиксировано. Общая кровопотеря в обеих группах была минимальной и статистически достоверно не отличалась между собой (75,5 ± 10,4 мл и 58,4 ± 12,6 мл соответственно). Послеоперационные осложнения в I группе зафиксированы в 2 случаях (ранняя стриктура гастроэнтероанастомоза (на 1 сутки), самостоятельно разрешилась под действием консервативной терапии на 4 сутки и гематома (30 мл) малого таза после надвлагалищной ампутации матки, консервативная терапия). Во II группе встретилось 2 осложнения: кровотечение из области гастроэнтероанастомоза, остановлено эндоскопически клипированием и острая задержка мочеиспускания, разрешенная консервативной терапией. Длительность госпитализации в обеих группах была одинакова и составила в среднем 3,5 ± 0,8 сут для пациенток перенесших ПРЖ и 4,5 ± 06 сут – для пациенток с ГШ. Летальных исходов в обеих группах больных не наблюдали.

Заключение. Выполнение симультанных операций увеличивает незначительно продолжительность операции, но при этом сохраняются средние сроки пребывания больных в стационаре, общая кровопотеря, уменьшаются прямые затраты на лечение и не увеличивается количество интра- и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: морбидное ожирение, гинекологическая патология, симультанные операции, бариатрическая хирургия, лапароскопия.

---

528. Тактика лечения заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой

Хитрихеев В.Е. (1), Гармаев Б.Г. (2), Санжимитыпов С.М. (2), Саганов В.П. (1)

Улан-Удэ

1) Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова,
2) Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко

Актуальность. Пациенты с синдромом механической желтухи различной этиологии в настоящее время относятся к довольно сложной категории больных, связанной как с трудностями диагностики, так и с выбором оптимального метода лечения. Наличие сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания являются основными факторами, поддерживающими стабильно высокий процент тяжелых осложнений и летальности. Несмотря на развитие медицинских технологий и совершенствование хирургических вмешательств проблема лечения синдрома механической желтухи остается актуальной.

Цель исследования: определить оптимальную тактику лечения больных с заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 219 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (г. Улан-Удэ). Из них мужчин было 88 (40,2%), женщин – 131 (59,8%). Средний возраст составил 64,4±13,9 лет. С доброкачественными заболеваниями находилось на лечении 111 (50,7%) больных, из них с доброкачественными стриктурами желчных протоков – 31 больной, с холедохолитиазом – 80 больных. Со злокачественными заболеваниями находились на лечении 108 (49,3%) больных, из них рак наружных желчных протоков был у 18 больных, рак большого дуоденального сосочка – у 12, рак головки поджелудочной железы – у 78 больных.

Результаты. Всего было выполнено 237 оперативных вмешательств, из них при доброкачественных заболеваниях – 105 (44,3%) операций, при злокачественных заболеваниях – 132 (55,7%) операций. При доброкачественных заболеваниях миниинвазивные операции были выполнены в 81 (77,2%) случае, из них папиллосфинктеротомия – 18, папиллотомия, литоэкстракция – 55, папиллосфинктеротомия, стентирование холедоха – 8 случаях. По показаниям в ряде случаев были выполнены назобилиарное дренирование и баллонная дилятация. Открытые лапаротомные операции были выполнены в 24 (22,8%) случаях, из них гепатикоеюностомия – 10, наружное дренирование желчных протоков – 4, холедохолитотомия с

наружным дренированием желчных протоков – в 10 случаях. При злокачественных заболеваниях миниинвазивные операции были выполнены в 83 (62,9%) случаях, из них папиллосфинктеротомия – 19, папиллотомия, стентирование холедоха – 58, чрескожная чреспеченочная холецистостомия – 6. Открытые лапаротомные операции были выполнены в 49 (37,1%) случаях: наружное дренирование желчных протоков – 18; внутреннее дренирование желчных протоков – 14; панкреатодуоденальная резекция – в 17 случаях. Радикальные операции при раке головки поджелудочной железы были выполнены только в 21,8% случаев, так как больные преимущественно поступали в запущенных случаях. Умерло 12 (5,4%) больных в возрасте от 50 до 84 лет, средний возраст составил 70,8±10,5 лет. В связи с поздней обращаемостью, причинами летального исхода у 9 больных был билиарный сепсис с развитием полиорганной недостаточности. У 3 больных с опухолью поджелудочной железы причинами летальных исходов были тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда, несостоятельность панкреатоеюнального анастомоза с аррозивным кровотечением.

Выводы. В большинстве случаев выполнялись миниинвазивные дренирующие операции, из них в 35,4% случаях как первый этап хирургического лечения. Концентрация тяжелых больных с механической желтухой в специализированном лечебном учреждении способствует к систематизации диагностики, оптимальному выбору метода хирургических вмешательств, улучшению непосредственных результатов лечения.

Ключевые слова: механическая желтуха, стриктуры желчных протоков, миниинвазивные операции.

---

529. Обоснование использования программы ускоренной реабилитации в хирургии опухолей средостения

Епифанцев Е.А., Грицун В.Ю., Смирнов А.В., Иванов Ю.В.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность. Одним из векторов, направленных на улучшение хирургического лечения является внедрение протокола ускоренной реабилитации. Данные мероприятия направлены на снижение периоперационных осложнений и послеоперационного пребывания в стационаре, что обусловлено требованиями к современной плановой хирургии.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 90 пациентов с опухолями средостения различной локализации которые перенесли радикальное хирургическое лечение с использованием миниинвазивного доступа с 2018 года по 2023 год с использованием программы ускоренной реабилитации. В исследование включены 59 пациентов, перенесших торакоскопическую тимэктомию с применением различных доступов (трехпортовый, однопортовый, субксифоидальный), 9 пациентов с доброкачественными нейрогенными опухолями заднего средостения оперированных из однопортового доступа и 22 пациента с кистами средостения оперированных также из однопортового доступа. Предоперационная подготовка включала в себя отказ от голодания в предшествующие сутки перед операцией, подготовка кишечника не проводилась, за 3 часа до начала операции производилась углеводная нагрузка. У пациентов со средним и высоким риском тромбоэмболических осложнений по J.Caprini было введение препаратов низкомолекулярного гепарина за 12 часов до операции, профилактику бактериальных осложнений проводили с использованием индекса риска NNIS.

Результаты исследования. Данные представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха. Для сравнения численных показателей в 3 исследуемых группах применен критерий Краскела-Уоллиса. Медианный возраст пациентов составил в общей выборке 47 лет (39;61). При этом статистически значимых различий по возрасту между группами выявлено не было (p=0,212). В рамках проводимого исследования экстубация проводилась по окончании операции на операционном столе, пациенты не требовали наблюдения в рамках реанимационного отделения и проходили через палату пробуждения. Программа реабилитации включала в себя использование побудительной спирометрии, физическую нагрузку, вакуумный вибромассаж. Дренирование плевральной полости осуществлялось одним дренажем. Критерием для удаления дренажа являлся полный аэростаз и дебет жидкости меньше 400 мл в сутки. В представленных группах получены достоверные различия в сроках удаления плеврального дренажа, медиана дренирования плевральной полости в группе тимэктомий составила 2 дня (1;2), в группе опухолей заднего средостения и кист средостения соответственно составила 1 день (1;2) / (1;1). Оценка болевого синдрома осуществлялась с использованием визуально аналоговой шкалы боли. В группе с торакоспическими тимэктомиями был уставлен ESP-блок у 14 пациентов. По полученным данным статистически значимых различий между пациентами где ESP-блок не применялся выявлено не было (p=0,056) и в среднем составлял 3 балла (2;5). Несмотря на отсутствие статистического значимого различия, отмечается тенденция к его формированию, что может быть подтверждено исследованием на большей выборке пациентов. Осложнения были зафиксированы в 2 случаях в группе тимэктомий и были представлены нарушением ритма сердца и наличием продленного сброса воздуха. Применяемый прото-

кол ускоренной реабилитации и миниинвазивный доступ позволил снизить срок пребывания в стационаре до 4 дней (4;4). Так в группе тимэктомий медиана составила 4 дня (4;5), в группе с опухолями заднего средостения 4 дня (4;5), в группе с кистами средостения 4 дня (3.5;4).

Заключение. Необходимость в улучшении оказания хирургической помощи пациентов продиктованы не только медицинскими показаниями, но и современными экономическими реалиями. Ввиду этого использование протокола ускоренной реабилитации не подвергается сомнению. Однако в настоящий момент требуется проведение дальнейших рандомизированных исследований на данную тематику в целях выработки единых протоколов для ведения пациентов торакального профиля.

Ключевые слова: опухоль средостения, тимэктомия, протокол ускоренной реабилитации, минимально инвазивные методы.

---

530. Диагностика и лечение синдрома отёчно-гиперемированной мошонки у детей

Мыкыев К.М. (1), Порощай В.Н. (1), Орузбаев Б.Д. (2)

Бишкек

1)КРСУ,
2) ГДКБ СМП

Актуальность. СОГМ у детей является одной из важных проблем в детской хирургии и проявляется не только воспалительными изменениями, но и часто ишемией яичка, что может привести к необратимым последствиям как некроз яичка, в отдаленном периоде нарушение репродуктивной и сперматогенной функции. Клиническая картина СОГМ включающая: отёк, гиперемию, болезненность и увеличение размеров мошонки формирует синдром «отёчно-гиперемированной мошонки» и является показанием для экстренного хирургического вмешательства. Своевременная диагностика, определение степени, глубины поражения, оценка жизнеспособности поражения яичка у детей является сложной проблемой. Выбор метода лечения СОГМ вызывает у хирургов затруднения, связанные с опасением возможного перекрута яичка.

Материалы и методы исследования. На базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек, в отделении неотложной урологии за 2020- 2022гг пролечено 184 детей с СОГМ. Больных до 1 года – 30 (16,4%), 1-3года – 64 (34,8%), 4-7 лет – 42 (22,8%), 8–13лет 37 (20,1%), старше 14лет – 11 (5,9%). Поражение левого яичка у – 73 (39,7%), правого у 111 (60,35%). Всем проводились сбор анамнеза, объективные данные (осмотр, пальпация), лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи), ультразвуковое исследование органов мошонки с допплерографией сосудов и цветовое картирование паренхиматозного кровотока яичка.

Результаты и их обсуждение. С момента заболевания в стационар обращались: до 6 часов – 26(14,9%), до 12 – 39(22,4%), более 24 ч-в – 119 (68,4%). В зависимости от сроков поступления и сопутствующих заболеваний, проводилась предоперационная подготовка в течение 2 часов. Оперативное вмешательство произведено у 174 (94,6%). Показанием к хирургическому лечению являлся локальные данные, результаты УЗИ, давность заболевания и невозможность выполнить ручную деторсию яичка. Под общим наркозом выполнялись скрототомия, интраоперационная ревизия органов мошонки, оценивались макроскопические изменения яичка, придатка, гидатиды, уточнялся топический диагноз и решались необходимые лечебные мероприятия. Оценкой жизнеспособности яичка при перекруте семенного канатика, служили ориентиры: цвет железы после раскручивания, кровоточивость оболочек яичка, пульсация сосудов семенного канатика. Синюшный цвет перекрученного яичка является показателем обратимых морфологических изменений в органе в 95% случаев. Синюшно-багровый и черного цвета яичко указывает на признаки некроза органа, что подтверждалось гистологическим исследованием удаление гидатиды при ее некрозе. Хирургические вмешательстве заключалась: удаление гидатиды у 54,9%, ревизия органов, декомпрессия – 22,3%, деторзия (раскручивание перекрута, фиксация яичка) 17,4% из 174 оперированных больных с СОГМ. В послеоперационном периоде всем назначалась антибактериальная и противовоспалительная терапия, дезагреганты, спазмолитики. Длительность нахождения в стационаре 7-10 дней. Перед выпиской больным проводилось УЗИ органов мошонки. Консервативное лечение проведено у 10 (5,4%) больных, из них ручная деторсия яичка при перекруте семяного канатика, у 6 пациентов старше 11 лет при давности заболевания до 6 часов, у 4-х назначена противовоспалительная и антибактериальная терапия при травме яичка.

Выводы. При СОГМ основной причиной является перекрут гидатиды -54,9%, чаще правого яичка. Применение УЗИ с допплерографией сосудов и определением паренхиматозного кровотока яичка, позволит улучшить диагностику и уменьшить число необоснованных оперативных вмешательств на органах мошонки.

Ключевые слова: дети, перекрут яичка, диагностика, лечение.

---

531. Острый гнойный оментит при остром аппендиците у детей

Мыкыев К.М. (1), Шайбеков Д.Р. (2), Турсунов М.Т. (2), Нурмухамедов Т.Н (1).

Бищкек

1)КРСУ,
2) ГДКБ СМП

Актуальность. У детей острый аппендицит является самым распространенным воспалительным заболеванием органов брюшной полости, и осложнения в дооперационном периоде составляют 43,9% из них в их структуре 15,7% приходится на отграниченный перитонит и сочетание разлитого перитонита. Задачей детского хирурга в ходе операции по поводу острого аппендицита является не только аппендэктомия, но оценка состояния и изменений в прилежащих к отростку органах, часто окутанного воспаленного червеобразного отростка гнойноизмененным большим сальником. Оставленный не тронутым «гнойно-воспаленный» сальник в послеоперационном периоде может способствовать поддержанию активности воспалительно-спаечного процесса в ней. Послеоперационный оментит составляет 4,5% из числа детей, которым выполнена аппендэктомия с резекцией большого сальника. До настоящего времени остаются спорными и до конца не изученными вопросы тактики вторичных гнойных оментитов у детей, определения уровня и рационального выбора метода резекции большого сальника в зависимости от степени его вовлечения в очаг воспаления, с учетом наименьшей травматичности для организма ребенка, что указывают на актуальность этого вопроса и в настоящее время.

Цель исследования. Изучить частоту острого гнойного оментита при остром аппендиците у детей, оптимизировать методы хирургического лечения вторичного гнойного оментита. Методы и материалы исследование. Нами анализированы истории болезни 2992 пролеченных больных детей с острым аппендицитом в отделении неотложной хирургии и отделении хирургической инфекции городской детской больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек за 2017-2022 гг. Кроме объективных методов исследования больным проводились общеклинические и биохимические анализы, УЗИ исследования органов брюшной полости. По показаниям обзорная рентгенография органов брюшной полости, грудной клетки, КТ, МРТ брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Из числа оперированных больных детей по поводу острого аппендицита с катаральным аппендицитом было – 223 (7,4%), флегмонозной формой – у 2149 (71,8%), гангренозной формой – у 620 (20,7%). Мальчиков было – 1682 (56,2%) пациентов, девочек – 1310 (43,8%) больных. В возрастном аспекте встретились: до 3-лет – 89 (2,97%), от 3-х до 7 лет – 898 (30%), 8-17 лет – 2005 (67%) пациентов. Из всех прооперированных острым аппендицитом острый гнойный оментит обнаружен в 678 (22,7%) случаях. Невыраженная форма воспалительного оментита составила – у 56 (1,9%) больных, полностью окутанная и флегмонозно-некротическими изменениями – у 622 (20,8%). Гнойный оментит при флегмонозной форме острого аппендицита отмечено – у 322 (15%) больных, при гангренозной форме острого аппендицита – у 356 (57,4%). Основным методом хирургического лечения оментита является резекция пораженного участка большого сальника. Учитывая что при резекции в один захват, часто наблюдались послеоперационные осложнения виде инфильтрата большого сальника, иногда виде конгломеранта и сдавливающей петли кишечника или приводящей к спаечной болезни и непроходимости, изменен способ резекции сальника. Применяется резекция гнойно-воспаленного участка большого сальника методом поэтапной «веерообразной» резекции с охватом более 5 см от пораженного участка. При таком способе резекции в наших случаях из 56 больных с гнойным оментитом, в раннем и позднем послеоперационном периоде осложнений не наблюдался.

Выводы: 1). Поэтапная «веерообразная» резекция при гнойном оментите является эффективным методом хирургического лечения.

Ключевые слова: Дети, острый аппендицит, гнойный оментит, резекция сальника

---

532. ЭВЛК. Нестандартизированность подходов к выполнению стандартной процедуры

Артемова А.С. (1), Кравцов П.Ф. (2), Маркин С.М. (3), Ванян Г.Н. (4)

1) Санкт-Петербург,
2) Самара,
3) Санкт-Петербург
4) Краснодар

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
2) Клиники ФГБОУ ВО «Самарский Государственный Медицинский Университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации,
3) ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клини

Актуальность: современные технологии лечения варикозной болезни значительно расширяют круг специалистов, занимающихся хирургическим лечением варикозной болезни. Также на рынок выходит большое количество производителей, предлагающих аппараты своего производства с различными техническими характеристиками.

Такое разнообразие специалистов и аппаратуры приводит к различиям в подходах к выполнения стандартизированной процедуры ЭВЛК.

Цель исследования: изучить взгляды и подходы к выполнению процедуры ЭВЛК представителей различных специальностей.

Материал и методы: проанализирован анонимный опрос 171 специалиста образовательного ресурса «Актуальная Флебология». Опросник включал 13 вопросов, отражающих профиль специалиста и владение ЭВЛК. Оценивались предпочтения среди генераторов и световодов с различными характеристиками. Выяснялось мнение о преимуществах и недостатках генераторов. Уточнялись критерии выбора световодов, возможность и причины нежелательных явлений, связанных с их повреждением. Анализ материала проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик – StatSoft.Inc).

Результаты: 88,2%специалистов владеют ЭВЛК, 10% не владеют, и 1,8% считают методику не применимой. Из них 56% используют генератор с длиной волны 1470 нм, 19% с 1940 нм, 16% используют генераторы с 1540 нм. К аппаратам с 980 нм лоялен лишь 1% опрошенных. 15% респондентов убеждены в преимуществах 1940 нм генераторов. 53,3% не видят преимуществ у этих генераторов, 31,7% затруднились ответить К преимуществам 1940 нм генераторов относят: снижение частоты реканализации 6%, возможность использование более низкой энергии 35%, снижение количества гиперпигментаций 15%, снижение вероятности нейропатии 12%, и 14% затруднились ответить. Ограничением для распространения генераторов с длиной волны 1940 нм респонденты видят высокую стоимость оборудования в 45% случаев и отсутствие доказательной базы в 35%; высокую стоимость 11% опрошенных и использование off-lable лишь 8%. При выборе LEED для ЭВЛК вен в диаметре до 2 см 17,5% опрошенных выберут всем одинаковый энергетический режим, 24,4% используют точный расчет энергии по диметру, и 55% рассчитают примерно (на глаз). Среди световодов для коагуляции подкожных стволов наиболее популярны радиальные у 83,2% и двукольцевые у 42% опрошенных. Торцевые используют 17,4% специалистов, световоды типа Slim и Swift используют 25,1% и 14,8% соответственно. Для облитерации перфорантов большинство отдает предпочтение торцевым световодам 45,8%, далее Slim и радиальные световоды 32,9% и 26,5% соответственно. Замыкают по распространенности при облитерации перфорантов Swift 10,9% и Two Ring 7%. Для окклюзии притоков предпочтения распределились следующим образом: 35,4% выбирают радиальные, 27,7% Slim, 24,5% используют торцевые, 10,9% Swift и 10,3% Two Ring. Ведущим критерием в выборе световода 35% ответивших считают тип рабочей части излучателя, уступает ей гибкость 21% и наличие насечек 13%. Замыкают рейтинг упругость 11%, длина 10% и тип оплетки 5%. К основной причине «залипания» световода 29% относят работу на высоких мощностях. 27% видят причину в повторном использовании. 17% опрошенных сводят к некачественному тумесценту, а 14% грешат на низкое качество волокна. Большой диаметр вены лишь у 9% опрошенных вызывает опасение по «залипанию» световода. Фрагментация световода случалось у 45,7% опрошенных, 46,3% не испытывали таких проблем. Причиной фрагментации большинство специалистов видят в повторном использовании 52%, 24% сталкивались с подобным при использовании высокой рабочей мощности, и лишь 15% считают причиной некачественный тумесцент.

Обсуждение: несмотря на утвержденные клинические рекомендации, наличие четких критериев выполнения процедуры и руководств по использования одноразовых расходных изделий, алгоритмы и требования не всегда выполняются в строгом соответствии. Специалисты готовы выполнять процедуры с использованием различной аппаратуры несмотря на ее преимущества и недостатки согласно личным предпочтениям. Также большинство ориентируются на личный опыт, не обращая внимание на утвержденные алгоритмы и критерии выполнения процедуры. Подобный подход часто приводит к таким нежелательным явлениям как залипание и фрагментация световода.

Выводы: нет единообразия во мнениях по физико-техническим характеристикам и нюансам проведения процедуры, а некоторые из респондентов вообще не сформировали мнений о разбираемых вопросах. Специалисты готовы использовать генераторы 1940 нм, не имеющие доказательной базы в преимуществах указанной длины волны. Такое состояние говорит о необходимости стандартизации подходов среди специалистов, занимающихся лечением варикозной болезни и реализации их через образовательные программы.

Ключевые слова: ЭВЛК, эндовазальная лазерная коагуляция, стандарты ЭВЛК

---

533. Результаты вакуумной терапии ран при герниопластике вентральных грыж

Павленко В.В., Новиков А.В., Старцев А.Б., Лесников С.М., Загорская А.И., Слободина А.О.

Кемерово

ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, КемГМУ

При хирургическом лечении гнойных ран в настоящее время активно применяется вакуумная терапия. Раневые осложнения в области хирургического вмешательства по поводу большой послеоперационной грыжи передней брюшной стенки по-прежнему занимают лидирующие

позиции среди осложнений у этой категории пациентов. Серома, или лимфоцеле, длительная серозная экссудация являются самыми распространенными осложнениями после герниопластики вентральных грыж. Наличие серомы всегда увеличивает риски некроза подкожного жирового лоскута, вторичного инфицирования, снижает репаративную возможность тканей, что в свою очередь ведет к увеличению срока пребывания пациента в стационаре, повышает экономическую нагрузку на медицинское учреждение, а также приводит к значительному увеличению сроков реабилитации оперированного больного. Нами проведена вакуумная терапия ран после герниопластики вентральных грыж у 272 больных оперированных в 2022 году. По виду грыж распределение больных было следующим: у 27 (10%) грыжи белой линии живота, у 137 (50%) послеоперационный вентральные грыжи, у 107 (39%) пупочные грыжи 107 (39%) и у одного больного была грыжа спигелиевой линии (1%). Средний размер грыжевого выпячивания был 7х6 см. Больным выполнялись различные виды пластики: у 22 больных Onlay-способ (8%), предбрюшинная пластика у 81 (30%), ретромускулярная пластика у 169 (62%). В послеоперационном периоде у 26 больных (10%) отмечалось образование сером, при этом при Onlay-пластике у 7 (31%), при предбрюшинной пластике у 3 (4%), при ретромускулярной пластике у 16 (9%). Средняя продолжительность пункции сером составила 4 дня. При применении npwt-терапии у 14 больных (при Onlay-пластике у 6 и при Sublay-пластике у 8) сером выявлено не было.

Заключение. Метод вакуумнй терапии ран при герниопластике больших послеоперационных вентральных грыж, как при ретромускулярном, так и при Onlay-способе позволяет профилактировать развитие сером в послеоперационном периоде, сокращать сроки прибывания больных в стационаре, предотвращать вторичное инфицирование послеоперационной раны.

Ключевые слова: вакуумная терапия, гнойные раны

---

534. Острый гематогенный остеомиелит у детей

Мыкыев К.М. (1), Орозоев У.Д. (2), Долдаев Т.Э. (1), Темиркулов Ч. (2)

Бишкек

1) КРСУ,
2) ГДКБ СМП

Актуальность: Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) занимает одно из ведущих мест в структуре острой гнойной хирургической инфекции в детском возрасте и является наиболее распространенным видом инфекции опорно-двигательного аппарата у детей. Общая летальность при остеомиелите в зависимости от клинической формы колеблется 2,7-16,2%, а при септикопиемической форме до 18,3%. Локализация ОГО в метаэпифизах чаще наблюдается в раннем детском возрасте и возникает сложность при диагностике у детей первых месяцев жизни и в грудном возрасте. При поздних поступлениях из-за поражения зоны эпифиза могут наступить ближайшие и отдаленные сложные осложнения опорно-двигательной системы.

Материалы и методы исследования: Изучены 338 больных с ОГО, пролеченных в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) за 2019-2022 гг. Диагностика на основании: жалоб и анамнестических данных, объективного и локального осмотра, лабораторного, бактериологического и рентгенологического и дополнительных методов (УЗИ, КТ, ЯМРТ).

Результаты и их обсуждения: в возрасте до 3-х лет -114 (33,7%), от 3 до 6 лет-37 (10,9%), 7-17 лет-187 (55,%). Мальчики – 219 (64,8%), девочки-119 (35,2%). Сельские-177(52,4%), городские-161(47,6%). Септикопиемическая форма у 131 (38,7%), местноочаговая – у 201 (59,5%), токсическая – у 6 (1,8%). С эпифизарной формой в возрасте до 3-х лет – 114 (33,7%), из них до 1 месяца -64 (18,9%) больных. Преобладание в периоде новорожденности обусловлено ростом факторов риска, инфицированность беременных ВУИ, тяжелое течение беременности сопровождающееся гипоксическим синдромом, инвазивные лечебно-диагностические мероприятия в раннем постнатальном периоде. По срокам госпитализации от начала заболевания: до 3-х суток – 92 (27,2%), до 7-157 (46,4%), свыше 7 суток – у 89 (26,3%) больных. По локализации очага на первом месте бедренная кость – у 136 (40,2%), кости голени – у 106 (31,3%), плечевая кость – у 51 (15,1%), кости предплечья -у 10 (2,9%), и другие локализации у 35 (10,3%) больных. Клиническая картина у 100% повышения температуры тела и боль, ограничение движение в области патологического процесса. При эпифизарной форме ОГО локально-отёк, пастозность в начальных фазах, более поздних обращениях наличие гиперемии и сосудистой сети на коже, флюктуация в области суставов когда сопровождался гнойным артритом. У детей старшего возраста у 75% перенесенная тупая травма. При диагностике младшем возрасте у 97 (85,1%) применялся УЗИ сустава и параллельно непораженного сустава. В начальных фазах ЭО наблюдается наличие расширенной суставной щели, выпота, в поздних – выпот с неоднородным содержимым. У детей старшего возраста при УЗИ изменения «акустической плотности» костной ткани, реакция надкостницы, отек мышц, наличие выпота по поверхности пораженной кости, выявлено у 78%. Обзорную рентгенографию при эпифизарных формах ОГО назначали параллельно с охватом второго сустава. В ранних стадиях косвенным признаком были «расширение» суставной щели сравнительно со здоровым (85%), на второй неделе наличие периостита. В 15 случаях (4,4%) ОГО применялся КТ для дифференциаль-

ной диагностики при подозрении на туберкулезное и опухоли костей. Параллельно специфические пробы, консультации фтизиатр-педиатров, детских онкологов. В 2-х случаях выставлен диагноз туберкулез позвоночника, в одном остеосаркома бедренной кости. При изучении на ВУИ из 64 больных в периоде новорожденности у 16 (25,8%) ЦМВ инфекция, микоплазменная – у 7 (10,9%), кандида-у 4 (6,2%), сочетание 3-х инфекций у 12 (18,7%), двух инфекций у 6 (9,4%), кровь стерильная-у 19 (29,7%). Лечение ведется по общепринятой тактике. У больных с ЭО в пункции сустава, или дренирование полости сустава. В антибиотикотерапии антибиотикам цефалоспоринового ряда в сочетании с метридом и местно линкомицин. Целенаправленное назначение антибиотика проводится после получения результата посева гноя из раны. У новорожденных при назначении антибиотиков в монотерапии роцефина, тяжелом поражении с метридом и локальным введением антибиотиков. Летальные исходы отмечены в 2-х случаях (0,6%). Переход в хроническую форму у 53 (15,6%). Отдаленные ортопедические осложнения при ОГО отмечено у 4 (6,2%)

Выводы: 1. Частота ОГО у детей до 3-х лет у 33,7%. 2.Случаи поздней госпитализации-73,7%, что является предрасполагающим фактором отдаленных осложнений. 3. При ОГО в периоде новорожденности 70,3% наличие ВУИ, что указывает на возможность внутриутробного инфицирования. 4. Проведение роцефина в виде монотерапии, сочетание с метридом и локальным введением антибиотиков у больных с ОГО в периоде новорожденности является наиболее оптимальной антибиотикотерапией.

Ключевые слова: Дети, острый гематогенный остеомиелит, эпифизарный остеомиелит

---

535. Радиомика и нейронные сети при раке поджелудочной железы

Парамзин Ф.Н., Какоткин В.В., Агапов М.А

Калининград

ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

Актуальность На данный момент одним из наиболее распространенных методов неинвазивной диагностики рака поджелудочной железы (РПЖ) являются компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Зачастую стандартной визуализации может быть недостаточно для постановки точного диагноза. Количественный анализ данных медицинских изображений и извлечение характеристик изображения, также называемые «радиомикой», представляют собой новый подход в диагностике новообразований поджелудочной железы. Процесс радиомного анализа можно разделить на 4 этапа: получение и сегментация изображений, извлечение и квалификация признаков, обработка и анализ данных, построение модели. Для диагностики онкологических заболеваний требуется анализ всё большего количества различных маркеров, одним из удобных инструментов для которого выступают компьютерные нейронные сети (НС). Нейросети, представляющие собой систему взаимодействующих виртуальных нейронов, имеют возможность самообучаться за счёт анализа данных и могут обеспечить достаточно высокую точность принятия решений.

Целью работы являлась разработка интеллектуальной системы поддержки принятия решений для дифференциальной диагностики онкологических заболеваний поджелудочной железы, основанной на радиомном анализе и нейросетевом алгоритме оценки медицинских изображений.

Материалы и методы На 1 этапе работы для сегментирования медицинских изображений использовались данные 280 случаев компьютерной томографии портально-венозной фазы из открытого источника Мемориального онкологического центра им. Слоуна Кеттеринга и 13 случаев рака поджелудочной железы, обнаруженные методом компьютерной томографии в Областной клинической больнице Калининградской области. У всех пациентов диагноз рака поджелудочной железы был верифицирован с помощью методов морфологической диагностики. На 2 этапе проводилось сегментирование (разметка) снимков программой 3D Slicer и формирование базы данных. На заключительном этапе проводилась обработка базы данных с помощью специализированной архитектуры нейросети U-Net и библиотеки pyradiomics, а также формирование и обучение алгоритма.

Результаты Полученные снимки были размечены несколькими врачами-онкологами и рентгенологами для исключения риска врачебной ошибки. После нескольких проверок снимки добавлялись в базу данных. Для обработки перечисленных признаков была выбрана специализированная архитектура нейросети U-Net и библиотека pyradiomics. Итогом работы нейронной сети является оценка вероятности наличия раковой опухоли поджелудочной железы и карта сегментации. Точность сегментации на тренировочных данных по метрике Дайса составила 78%. Точность классификации рака поджелудочной железы составила 88%.

Заключение В настоящее время радиомика и НС имеют огромный потенциал в обеспечении поддержки принятия клинических решений на основе оценки медицинских данных при диагностике РПЖ. На основе радиомики медицинских изображений в будущем возможно будет организовывать скрининговые программы по диагностике РПЖ. Использование радиомных сигнатур для обучения НС в дальнейшем может сыграть важную роль не только в повышении точности диагностики опухолевых

поражений поджелудочной железы, но и в стратификации риска (как исходов, так и осложнений), определении тактики ведения и мониторинга эффективности проведенного лечения.

Рекомендации Внедрение радиомики и нейронных сетей при диагностике новообразований поджелудочной железы в клиническую практику, улучшит диагностическую и лечебную деятельность в онкологии и хирургии, что также позволит определять новообразования поджелудочной железы на ранних стадиях.

Ключевые слова: радиомика; сегментация; нейронные сети; компьютерная томография; количественный анализ цифровых изображений;

---

536. Робот-ассистированные операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы – преодолевая барьеры лапароскопии

Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Комаров Р.Н., Билялов И.Р.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава РФ, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2, Москва, Россия, 119991

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) может быть диагностирована у каждого 10-го человека в мире. В течение последних десятилетий ведущую роль в хирургическом лечении ГПОД играют малоинвазивные видеоэндоскопические технологии. Лапароскопические и робот-ассистированные (РА) операции являются одинаково эффективными и безопасными в лечении больных первичными ГПОД небольших размеров. В ряде зарубежных рандомизированных исследованиях были продемонстрированы значимые преимущества применения роботизированного хирургического комплекса (РХК) в лечении пациентов, у которых были диагностированы большие и/или рецидивные ГПОД.

Цель. Провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения больных большими ГПОД в зависимости от хирургического доступа.

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование включили 73 пациента, которые были оперированы по поводу кардиофундальной или субтотальной ГПОД в клинике Факультетской хирургии №1 им. Н.Н. Бурденко Сеченовского университета в период с марта 2015 г. по март 2022 г. В основную группу вошли 35 больных, которым выполнили робот-ассистированную фундопликацию (РАФ). Среди них кардиофундальные ГПОД (III типа) были у 24 (69%) больных, субтотальные ГПОД (III, IV тип) – у 11 (31%). Группу сравнения составили 38 пациентов, которым выполняли лапароскопическую фундопликацию (ЛФ). Среди них кардиофундальные ГПОД (III типа) были у 23 (61%) больных, субтотальные ГПОД (III, IV тип) – у 15 (38%). Обе группы были статистически однородны по возрасту (p-value = 0,194), гендерному составу (p-value = 0,132) и коморбидному фону (p-value = 0,134). Все операции в обеих группах были выполнены одними и теми же хирургическими бригадами с опытом антирефлюксных операций более 100. Во всех наблюдениях была сформирована полная симметричная фундопликационная манжетка в модификации А.Ф. Черноусова. Расширенное пищеводное отверстие диафрагмы ушивали путем задней и передней (по показаниям) круророфии без применения сетчатого имплантата.

Результаты. Медиана продолжительности операции в группе РАФ составила 125 (75 – 240) минут, в группе ЛФ – 150 (70 – 280) минут (p-value = 0,045). В каждой из групп было зарегистрировано по 3 нежелательных интраоперационных события, которые удалось устранить без конверсии доступа. Послеоперационные осложнения (Clavien – Dindo I-V) были диагностированы у 3 (8,5%) пациентов в группе РАФ и у 5 (13,1%) в группе ЛФ (p-value = 0,531). При подгрупповом анализе выявлена тенденция к снижению уровня послеоперационных осложнений у больных субтотальными ГПОД в группе РАФ (1/11 (9%) против 3/15 (20%), p-value = 0,445). Медиана длительности госпитализации в основной группе составила 7 (4 -13) суток против 8 (4 – 16) в контрольной (p-value = 0,009). В течение раннего послеоперационного периода (первые 30 суток) ни у одного из больных не было выявлено рецидива заболевания. Медиана сроков наблюдения составила более 2-х лет в обеих группах. В 9 (28%) наблюдениях основной и в 11 (34%) контрольной группы диагностировали смещение верхней части фундопликационной манжетки в заднее средостение с полным сохранением ее антирефлюксных свойств. У 1 (3,1%) пациента контрольный группы был диагностирован рецидив заболевания. Данные анкет-опросников для изучения общего качества жизни (SF-36) и специфического для оценки РЭ (GERD-HQRL) статистически значимо не различались ни по одному из критериев (p-value > 0,05).

Обсуждение. Анализ результатов исследования не выявил статистически значимой разницы в эффективности и безопасности лапароскопических и РА операций при лечении пациентов данной категории. При этом в группе РАФ было отмечен меньший уровень послеоперационных осложнений у больных субтотальными ГПОД, однако из-за небольшого количества наблюдений разница является статистически не значимой. В то же время в группе РАФ были значимо меньше длительность операции и госпитализации, что было также достигнуто за счет подгруппы пациентов с субтотальными ГПОД. Отдаленные результаты свидетельствуют об удовлетворительном уровне рецидива заболевания, сопоставимом с данными

мировой литературы.

Выводы. РАФ и ЛФ одинаково эффективны и безопасны в лечении больных кардиофундальными и субтотальными ГПОД и РЭ как в ближайшем, так и отдаленном периодах и обеспечивают удовлетворительное качество жизни. Применение РХК может быть предпочтительно у пациентов с субтотальными ГПОД в связи с уменьшением длительности операции и госпитализации, а также риска послеоперационных осложнений.

Рекомендации. Для дальнейшего изучения РА антирефлюксных операций необходимо проведение мультицентровых рандомизированных проспективных исследований с большим количество наблюдений.

Ключевые слова: большая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, робот-асьистированная фундопликация, роботизированный хирургический комплекс «da Vinci»

---

537. Опыт применения гибридных технологий в лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива

Шабунин А.В., Бедин В.В., Шиков Д.В., Араблинский А.В., Цуркан В.А., Бочарников Д.С., Колотильщиков А.А., Соколов К.А.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы, Россия, Москва.

Цель исследования: Язвенная болезнь (ЯБ) по-прежнему является основной причиной кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного и продолжает составлять значительную долю от общего числа больных с экстренной хирургический патологией. Частота встречаемости язвенных кровотечений (ЯК) остается на стабильно высоком уровне, составляя 90-160 случаев на 100 тыс населения в год. А геморрагический шок или его последствия являются основной причиной смертности. Показатели летальности достигают 23%, возрастая при рецидиве кровотечения (РК) до 36,9%. Что указывает на необходимость улучшение методов лечения данный группы пациентов

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения пациентов с ЯК в период с 2018 по 2022 гг. В исследование включены 149 пациента, разделенные на 2 группы. В обе группы вошли пациенты с ЯК и высоким анестезиологическим риском (АР) (АР оценивался по шкале ASA – выше 3 баллов), у которых после эндоскопического гемостаза (ЭГ) сохранялся высокий риск рецидива. Критериями высокого риска РК была оценка по шкале Forrest I – IIb (при этом риск у пациентов с Forrest IIa расценивались как более высокий, чем Foresst Ib), оценка по шкале Rockall более 5 баллов, а также оценка сопутствующих заболеваний, которые могут усугублять течение основного заболевания. I группа проспективная (пациенты в период с 2020-2022гг.) (n=91), где использовалась превентивная рентгенэндоваскулярная эмболизация (РЭ) после успешного ЭГ у пациентов с высоким риском повторного кровотечения; II – ретроспективная (с 2018-2019г.) (n=58), в которой РЭ использовалась только после РК и дважды неэффективного ЭГ. Проводилась сравнительная оценка двух групп по следующим показателям: частота рецидива, необходимость проведения лапаратомии, срок пребывания в стационаре, общая и послеоперационная летальность (ОЛ и ПЛ) Всем пациентам на первом этапе проводилась экстренная гастродуоденоскопия, в условиях операционной или в условиях шоковой палаты реанимационного отделения, с ЭГ и последующей оценкой через 4-6 часов. РЭ проводилась по стандартной методике. В 26 случаях выполнена эмболизация левой желудочной артерии (30,7%), в 58 случаях гастродуоденальной артерии (69,3%). Полученные данные анализировались программным обеспечением Statistica, группы сравнивались тестом Манна-Уитни Полученные результаты: В группе I эмболизация выполнена у 84 (92,3%) пациентов. РК отмечен в 7 случае (7,6%) после РЭ. По результатам лечения средний койко-день составил 6,1. ОЛ – 7(7,7%). ПЛ – 1(11,1%) В группе II рецидив кровотечения после успешного первичного ЭГ наблюдался у 21 (36,2%) человек. РЭ выполнена у 11 (18,9%) пациентов с рецидивом кровотечения. Лапаротомия потребовалась 11 (19%) пациентам. Средний койко-день составил 8,3. ОЛ – 8 (13,8%). ПЛ – 3 (27,3%). В обеих группах отмечены следующие осложнения: постэмболизационный синдром – 2 (2%), ишемия слизистой желудка и ДПК – 1 (1%).

Выводы и рекомендации: статистически значимым оказалось преимущество I группы по показателям РК (7,6% против 36,2% (p=0,017)), снижение койко-дня (койко день 6,1 против 8,3 (p=0,002)), снижение показателей общей летальности (7,7% против 13,8% (p=0,028)). Послеоперационная летальность так же значительно снизилась (11,1% против 27,3% (p=0,028)). На основании полученных данных можно сделать выводы, что применение превентивной РЭ при язвенных кровотечениях у пациентов с высоким риском РК и тяжелым коморбидным фоном позволяет уменьшить частоту рецидивов ЯК, что как следствие приводит к ранней выписке пациента и снижает уровень летальности.

Ключевые слова: Язвенные кровотечения, высокий риск рецидива, профилактическая эмболизация

---

538. Результаты лечения пациентов с карциномой желчного пузыря

Тур Ю.Г. (1), Тур А.Г. (2), Тур Г.Е. (3)

Минск

1) Белорусский государственный медицинский университет
2) РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова
3)Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения

Актуальность. Рак желчного пузыря встречается сравнительно редко, от 2 до 8% на 100 000 населения. В структуре опухолей ЖКТ рак желчного пузыря находится на 5 месте, чаще встречается у женщин в возрасте старше 50 лет.

Цель: изучить результаты лечения пациентов с карциномой желчного пузыря

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 140 пациентов, которым за период с 2005 по 2020 г.г. было выполнено лечение по поводу рака желчного пузыря. В исследуемую группу были включены пациенты с резектабельным раком желчного пузыря, у которых на момент установления диагноза отдаленных метастазов не было. Средний возраст составил 67.5 ± 10.6 (37 – 86 лет). Среди пациентов было 124 женщины и 16 мужчин, соотношение 7.75:1.

Результаты и обсуждение. Основными жалобами пациентов были периодические боли в правом подреберье, тошнота. Диагностический поиск основывался на УЗИ органов брюшной полости – у всех, компьютерной томографии – у 37% пациентов. Хирургическое лечение было проведено в объеме лапароскопической холецистэтомии 24 пациентам, холецистэктомии лапаротомным доступом – 116. У 18 пациентов синхронно с холецистэктомией выполнялась резекция 5 и 4в сегментов печени. При гистологическом исследовании у всех пациентов верифицирована аденокарцинома. Первичная опухоль соответствовала категории Т1 у 54 (38.6%) пациентов, Т2 – у 56 (40%), Т3 – у 30 (21.4%). Метастазы в л/узлы были вывялены у 25 (17.9%) пациентов. У 15 пациентов лечение дополнено химиотерапией, у 8 – дистанционной лучевой терапией, у – 11 химиолучевым лечением. Продолжительность жизни пациентов варьировала от 3 до 225 месяцев. Пятилетняя выживаемость составила 21.4%, 3-х летняя выживаемость 24.3%. Одногодичная летальность составила 55.7%, медиана выживаемости 9.5 месяцев соответственно.

Выводы. Женщины в нашем исследовании болели в 7.7. раз чаще. Среди пациентов 77.9% были старше 60 лет. Метастазы в лимфоузлы были выявлены у 17.9% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 21.4%, 3-х летняя выживаемость 24.3%. Одногодичная летальность составила 55.7%, медиана выживаемости 9.5 месяцев.

Ключевые слова: рак желчного пузыря, результаты лечения

---

539. Роль и место релапароскопии в диагностике и лечении ранних интраабдоминальных послеоперационных осложнений бариатрической хирургии

Хитарьян А.Г., Межунц А.В., Орехов А.А., Мельников Д.А., Велиев К.С.

Ростов-на-Дону

ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону»

В настоящее время пандемия морбидного ожирения является мощным стимулом для развития бариатрической хирургии. Подавляющее большинство бариатрических процедур (операций) выполняются во всем мире видеоэндоскопически. Осложнения после бариатрических операций относительно редки, но представляют очень серьезную проблему у данной группы пациентов. Своевременная лапароскопия позволяет хирургу не только поставить диагноз, но и в значительной степени эффективно справиться с осложнениями, тем самым избавив пациента от операционного стресса и дальнейших осложнений, связанных с лапаротомией.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных морбидным ожирением путем оптимизации тактики, диагностики и лечения ранних послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования В данном ретроспективно-проспективном когортном исследовании произведен анализ работы центра бариатрической хирургии ЧУЗ КБ «РЖД-медицина» города Ростов-на-Дону за период с 2015 г. по 2022 г., а также информации о ранних послеоперационных осложнениях, при которых потребовались повторные хирургические вмешательства в течение последующих 30 дней.

Результаты Послеоперационные осложнения, развившиеся в стационаре или в течение 30 дней после операции, повлекшие за собой повторную операцию, зарегистрированы у 24 из 1173 пациентов (2,0%).

Обсуждение. Зарегистрированные показатели осложнений после LRYGB и LSG очень низки. Эль-Чаар и др. сообщили о 30-дневной частоте повторных операций 2,5% после LRYGB и 1% после LSG с анализом большого объема данных. Они также показали очень низкую смертность: 0,1% для LSG и 0,2% для LRYGB [3]. И хотя первичная операция по снижению веса безопасна, осложнения приво-

дят к значительной заболеваемости и смертности. Smith et al. сообщили, что несостоятельность анастомоза была одной из основных причин смерти после бариатрической хирургии в серии из 6118 пациентов [4]. Подобные осложнения обычно требуют раннего хирургического вмешательства, чтобы свести к минимуму заболеваемость и в некоторых случаях предотвратить летальность.

Заключение Таким образом, учитывая дискуссию в литературных источниках и систематизацию собственного опыта по тактике лечения послеоперационных осложнений хотим отметить: лечение бариатрических осложнений с помощью релапароскопии в раннем послеоперационном периоде: безопасно и демонстрирует положительные результаты

Ключевые слова: Бариатрическая хирургия. Осложнения. Релапароскопия

---

540. Сложности диагностики и лечения ущемлённых грыж диафрагмы

Кузьмичев В.А., Машичев А.П., Рамазанов М.М., Адильгиреев А.З., Чегуров В.И., Лазарева А.А., Куприянов А.С.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Актуальность. Ущемленные грыжи диафрагмы – не частые ситуации с потенциально фатальными осложнениями, требующие своевременной диагностики и агрессивного лечения

Материалы и 5 пациентов с ущемленными грыжами диафрагмы. 4 женщин и 1 мужчина, в возрасте от 27 до 74 лет. Указаний на травму грудной клетки в анамнезе не было. Заболевание всегда манифестировало неопределенной абдоминальной патологией, с быстрым нарастанием клиники. В 3 наблюдениях преобладали торакальные повреждения в виде гидро-пневмоторакса, в одном клиника желудочного кровотечения. В 3 наблюдениях диагноз был установлен лишь через 3-5 дней от начала клиники, во всех случаях точный диагноз был поставлен после проведения КТ грудной клетки и живота. Первичная госпитализация во всех наблюдениях была в общехирургические отделения районных стационаров и после постановки диагноза были переведены в отделение торакальной хирургии. Полученные результаты: Всех пациентов оперировали после кратковременной подготовки. У 2-х операция выполнена только через лапаротомию, у 3-х на первом этапе проводилась торакотомия, санация плевральной полости и декортикация по поводу ранней эмпиемы. Желудок низводили в брюшную полость и диафрагму по возможности ушивали. Продолжали операция через живот в положении пациента на спине. К этом у моменту можно было полноценно определить жизнеспособность желудка. В двух наблюдениях операция ограничена резекцией большой кривизны, в одном выполнена проксимальная резекция желудка, гастростомия и ушивание пищевода, с последующей через 1 месяц реконструкцией. В одном наблюдении гастрэктомия. И у пациентки с ущемлением всего тонкого кишечника – еюностомия по майдлю и интубация кишки. Отмечен 1 летальный исход у пациентки 74 с отсроченной реконструкцией после проксимальной резекции. В остальных наблюдениях пациенты удовлетворительно перенесли операцию и были выписаны на 12-18 день после операции.

Обсуждение: Сложность лечения пациентов с данной патологией обусловлена сложностями своевременной диагностики и относительной редкостью патологии. Определенные трудности связаны с необходимостью оперирования в обеих полостях у пациентов с выраженной интоксикацией. От хирурга требуется владение так вмешательствами на лёгких, так и оперированием в брюшной полости. Несмотря на риск формирования анастомозов в условиях инфицированной раны, повидимому одномоментность вмешательства предпочтительна. О риске развития ущемленных грыж диафрагмы надо думать даже в ситуациях без предшествующих травм грудной клетки.

Выводы: 1) Ущемленные грыжи диафрагмы без указания на предшествующую травму грудной клетки – редкая и трудная для диагностики патология. 2) Клинические проявления всегда направляли хирургов на поиск абдоминальной патологии 3) Точная диагностика облегчалась проведением КТ 4) Лечения пациентов данной категории целесообразно в специализированных общеторакальных отделениях

Ключевые слова: Грыжи диафрагмы, некроз желудка, эмпиема плевры

---

541. Современная стратегия лечения раненых в вооруженных конфликтах и контртеррористических операциях

Гуманенко Е.К.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России

Современная стратегия лечения раненых в вооруженных конфликтах была впервые представлена и утверждена на XXXVI Пленуме Ученого совета Главного военно-медицинского управления Министерства Обороны Российской Федерации 26 ноября 1996 г. Основанием для смены стратегии лечения раненых в современной войне послужили серьезные недостатки в организации оказания специализированной хирургической помощи (СХП) раненым в вооруженном конфликте в Чеченской Республике 1994-1996 гг.

Материал и методы. Новая стратегия обозначена как «Стратегия ранней специализированной хирургической помощи» и впервые была реализована в контртеррористических операциях (КТО) на Северном Кавказе 1999-2003 гг. Генеральная цель стратегии состояла в максимальном сокращении сроков оказания СХП тяжелораненым. Материалом исследования явились результаты общего (10460) и углубленного (1197) статистического анализа исходов лечения раненых в КТО.

Результаты. Основа и новизна стратегии заключается в развертывании непосредственно на театре военных действий (ТВД) на основных стратегических направлениях мощных многопрофильных военных госпиталей (МВГ) в качестве I-го эшелона военно-профилактических лечебных учреждений (ВПЛУ), оказывающих СХП. Формирование МВГ проходило на базе гарнизонных военных госпиталей (ВГ) путем оснащения их современным оборудованием и придания им многопрофильных групп специализированной медицинской помощи (СМП) в составе 12-18 военных хирургов всех профилей, анестезиологов-реаниматогов, операционных медсестер и медсестер-анестезисток с современными комплектами и укладками для применения новых высоких технологий при оказании СХП. В МВГ I-го эшелона выполнялся полный объем СХП с применением высоких хирургических технологий: 1) тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Damage control) при тяжелых ранениях груди, живота и магистральных артерий, костей таза и длинных трубчатых костей (ДТК); 2) эндовидеохирургия при тяжелых ранениях черепа и головного мозга, ранениях груди и живота; 3) срочная наружная фиксация переломов костей таза и ДТК оригинальными стержневыми аппаратами комплекта КСТ-1. Средний срок лечения в МВГ – 2-3-е суток. Последующая эвакуация раненых: 1) с наиболее тяжелыми ранениями – в ВПЛУ центра; 2) с тяжелыми ранениями – в ВГ II эшелона (Северо-Кавказского округа); 3) с нетяжелыми ранениями – в ВГ III эшелона (тыла страны). При этой стратегии в системе этапного лечения сокращалось количество этапов медицинской эвакуации до трех: 1) этап оказания первой и доврачебной помощи во взводах и ротах на поле боя под руководством врача батальона; 2) этап оказания первой врачебной помощи в медицинских ротах батальонно-тактических групп или полков во главе с хирургом и анестезиологом-реаниматологом, главной задачей которых была подготовка тяжелораненых к срочной эвакуации в МВГ с сопровождением анестезиолога в полете; 3) этап оказания СХП в МВГ I-го эшелона. Вторая особенность и новизна стратегии состоит в эшелонировании ВПЛУ, оказывающих СМП: I эшелон – МВГ на ТВД; II эшелон – ВГ СКВО; III эшелон – ВПЛУ центра и ВГ тыла страны.

Вывод. Результаты лечения раненых по «Стратегии ранней специализированной хирургической помощи» оказались лучшими в истории военно-полевой хирургии: вернулись в строй – 9372 (89,6%); стали инвалидами – 973 (9,3%); умерли – 115 (1,1%).

Ключевые слова: стратегия лечения раненых на войне, огнестрельные ранения, военно-полевая хирургия, хирургическая тактика

---

542. Региональная лимфотропная терапия в лечении огнестрельных ран конечностей

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г.

Андижан

Андижанский Государственный медицинский институт.

Актуальность. Как и прежде, современная военно-полевая хирургия сталкивается с высоким удельным весом огнестрельных пулевых ранений конечностей (ОПРК), наблюдаемых в 46-80% случаев в общей структуре повреждений настоящих вооруженных конфликтов. Имеющие место осложнения при этом виде ранений, такие как: раневая инфекция (15-35%), остеомиелит (25-30%), сепсис (1,6-7%), ампутация конечности (14-40%), случаев, в связи, в том числе, и с недостаточно эффективностью традиционной антибактериальной и противовосплительной терапии, определяют актуальность проблемы.

Цель. Разработка и внедрение в клинику метода региональной лимфотропной терапии в лечении (ОПРК).

Материал и методы. Проведены экспериментальные исследования на 50 кроликах, с моделью ОПРК, изуче-

нием фармакокинетики антибиотиков, а так же, световой и электронной микроскопии. Наблюдалось 169 раненых с ОПРК, в результате терактов и контртеррористических операций в Андижанской области (Узбекистан). Экспериментальные животные и наблюдаемые раненые разделены на основную группу, в которой применяли, способы региональной лимфотропной терапии и контрольную – с традиционным лечением, включающим в/м или в/в антибиотикотерапию. Региональная лимфотропная терапия проводилась через пораженную конечность и заключалась в лимфотропной антибиотикотерапии и локальной стимуляции лимфатического дренажа, путем подкожного введения через межпальцевый промежуток раствора лидазы 8-16 Ед. и разовой дозы антибиотка, однократно в сутки. Полученные результаты. Огнестрельная травма, уже в ранние сроки после нанесения ранения, характеризуется отеком межклеточного пространства, с распространением микробов и продуктов некробиоза в интерстиции, лимфатических сосудах и лимфатических узлах. Нарастающий объем отечной жидкости приводит к нарушению микроциркуляции с развитием недостаточности лимфатического дренажа, накоплением микробов и продуктов дисметаболизма в зоне молекулярного сотрясения. Без применения рациональной антибактериальной и противоотечной терапии, в патологический процесс вовлекаются все новые участки зоны молекулярного сотрясения, с увеличением площади некроза и развитием инфекционного процесса. Лимфотропная однократная инъекция обеспечивает более высокие концентрации антибиотика в патологическом очаге и в регионарных лимфатических узлах (через 6 часов после введения гентамицина в дозе 1 мг/кг.):1,13 + 0,4 – 2,25 + 0,26 мкг/г, при сравнении с внутримышечным введением: 0,1 + 0,03 – 0,2 + 0,06 мкг/г,($P<0,005$). Региональное использование лидазы увеличивает лимфатический дренаж пораженных тканей ($P<0,005$), ограничивает зону некроза, предотвращает развитие гнойно-септического процесса, создает условия для более физиологического ремоделирования тканей.

Обсуждение. Лимфатическая система играет важную роль в течение огнестрельного раневого процесса. Региональная лимфотропная терапия ограничивает зону некроза, предотвращает развитие гнойно-септических осложнений, за счет создания полонгированных терапевтических концентраций антибиотиков в лимфатическом русле и патологическом очаге, а так же, улучшения лимфатического дренажа пораженных тканей.

Выводы. Региональная лимфотропная терапия, способствует, снижению частоты, нагноения п/о раны до 5% в основной подгруппе, против 10,5% в контрольной, остеомиелита до 6,2% и 13,3%, сепсиса – 3,8% и 6,6 соответственно, ампутаций конечностей до 3%.

Рекомендации. Целесообразно более широкое внедрение региональной лимфотропной терапии в лечении ОПРК.

Ключевые слова: огнестрельные ранения конечностей, лимфотропная антибиотикотерапия, региональная стимуляция лимфодренажа.

---

543. Биологическая терапия осложнений бариатрических операций (серия клинических случаев)

Хитарьян А.Г., Межунц А.В., Оплимах К.С.

Ростов-на-Дону

ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону»

Актуальность. В последние годы число выполняемых бариатрических вмешательств значительно возросло. Несмотря на высокую эффективность данного метода лечения, возникновение осложнений не редкость. Наиболее грозными осложнениями являются: несостоятельность линии степлерного шва, встречающаяся в 1,5-2,4% случаев; несостоятельность гастроэнтероанастомоза – в 2,2-8% случаев; длительно незаживающие и рецедивирующие язвы гастроэнтероанастомоза – до 10% случаев.

Цель исследования –оценить эффективность методов биологической терапии осложнений бариатрических операций.

Материалы и методы. В исследование были включены: 12 пациентов в различные сроки после бариатрических шунтирующих операций (9 после МГШ и 3 после РуГШ) с длительно незаживающими и рецидивирующими язвами гастроэнтероанастомоза (>6 мес.); 2 пациента с несостоятельностью гастроэнтероанастомоза после МГШ; 2 пациента с несостоятельностью линии степлерного шва после ЛПРЖ. Были применены следующие виды терапии: PRP-терапия, стромально-васкулярная фракция (SVF) и фибриновый клей.

Результаты. Спустя 4 курса PRP-терапии пациенту с пептической язвой гастроэнтероанастомоза было проведено эндоскопическое обследование, результаты которого показали полное заживление язвы. Пациенту с несостоятельностью верхней трети линии степлерного шва выполнена аппликация двухкомпонентного фибринового клея «Криофит» с положительным эффектом. Также, позитивная динамика наблюдалась у пациента при применении трехкомпонентной терапии несостоятельности анастомоза.

Выводы. На основании вышеизложенных фактов можно сделать вывод о том, что биологическая терапия демонстрирует большую потенциальную ценность в лечении таких осложнений бариатрических операций, как длительно назаживающие язвы и несостоятельность.

Ключевые слова: биологическая терапия, PRP-терапия, стромально-васкулярная фракция, фибриновый клей, несостоятельность линии степлерного шва, язвы гастроэнтероанастомоза, несостоятельность гастроэнтероанастомоза, бариатрические осложнения

---

544. Использование количественной оценки степени тяжести больного для определения параметров лекарственной терапии

Шадин И.М., Сметанина Е.А.

Москва

Московский медицинский университет «Реавиз»

Введение. При остром панкреатите крайне важно точное определение степени тяжести больного по причине того, что, с патогенетической точки зрения, лечебная тактика в наибольшей степени нуждается в изменении и индивидуальной корректировке при остром деструктивном воспалении поджелудочной железы в фазе энзимной токсемии с наиболее быстрыми и выраженными патофизиологическими сдвигами в организме больных. Принципы использования количественной оценки тяжести состояния больных хирургического профиля для определения лечебной тактики впервые были сформулированы проф. А.Н. Щербюком в 1992 году и получили дальнейшее развитие в наших исследованиях [1, с. 448].

Цель исследования. Уточнение дозы основных патогенетических препаратов в зависимости от степени тяжести больных острым панкреатитом с помощью шкалы оценки степени тяжести IDAP с объективным клиническим контролем проводимой терапии.

Материалы и методы. Проведено исследование 760 больных с разными формами острого деструктивного панкреатита, находившихся на лечении с 1992 по 2021 годы в клиническом центре ПМГМУ им. И.М. Сеченова, НИИСП им. Н.В. Склифосовского и МОБ Пушкинской центральной районной больнице им. проф. Розанова В.П. 260 больных были исследованы во время лечения в стационарах, 500 больных были проанализированы по архивным историям болезни.

Результаты. Формула для индивидуального расчета необходимой лечебной дозы 5-фторурацила приняла вид: Fr = (0,08 + 0,008 G) * B где: G – степень тяжести больного, при которой проводится лечение, B – вес больного в кг, Fr – суточная доза 5% раствора 5-фторурацила в мл. По этой формуле рассчитывали суточную дозу 5-фторурацила в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита. Степень тяжести пациентов колебалась в пределах 8,8 – 17,9 баллов по шкале IDAP. Ни в 1 случае не отмечено ухудшение состояния с увеличением степени тяжести больного после применения лечебного препарата в расчетной дозе. В 90 наблюдениях (34,62%) степень тяжести больного снижалась на 2 и более балла. Следует отметить, что мы не наблюдали выраженных побочных эффектов применения 5-фторурацила, описанных в отечественной и зарубежной литературе. Формула для расчета оптимального парентерального питания при использовании в качестве патогенетического лекарственного препарата для лечения острого деструктивного панкреатита рибонуклеазы приняла вид: K = (0,445 – G +1,885 • R – 0,0975) * B где: K – калорийность парентерального питания в ккал в сутки, G – степень тяжести состояния больного, R – суточная доза рибонуклеазы в мг/кг, B – вес больного в кг. Калорийность парентерального питания в зависимости от степени тяжести и дозы рибонуклеазы рассчитывалась у 479 больных (63,03%). При сравнении результатов лечения с контрольной группой из 60 больных аналогичной тяжести, получавших лечение рибонуклеазой без парентерального энергетического обеспечения, отмечено улучшение всех сравниваемых показателей.

Выводы. Степень тяжести состояния больных острым панкреатитом, наиболее точно среди известных шкал оценки рассчитанная по шкале IDAP, является важнейшим показателем для индивидуального лекарственного воздействия в пределах выбранной лечебной тактики с возможностью объективного графического отслеживания результатов лечения.

Ключевые слова: панкреатит, шкала оценки тяжести

---

545. Как сохранить хирургические кадры в регионе?

Корымасов Е.А.

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Воспроизводство хирургических кадров в регионе неразрывно связано с проблемой доступности хирургической помощи и качества ее оказания. Предпринимаемые на протяжении последних лет стратегии не позволяют значимо улучшить результаты, прежде всего, при острой абдоминальной патологии. Система целевой подготовки в ординатуре не привела к увеличению обеспеченности врачами хирургами лечебных учреждений I уровня помощи (ЦРБ). Выпускники вузов всячески стараются избежать заключения таких договоров во имя свободного выбора пути по окончании ординатуры: ждут появ-

ления мест «общего конкурса», выбирают внебюджетное обучение, уезжают в центральные вузы, в которых мест «общего конкурса» больше. Основными их контраргументами являются: непривлекательность работы в ЦРБ из-за низкого уровня хирургической активности, невостребованность полученных навыков и компетенций, отсутствие профессионального и карьерного роста, отсутствие опытных хирургических наставников, деквалификация вследствие занятия амбулаторно-поликлинической деятельностью. По истечении 3 лет у таких молодых специалистов развивается постепенная стагнация, нежелание развиваться профессионально, страх самостоятельного оперирования и принятия решения. При этом финансово-бытовые условия не являются сдерживающим фактором реализации договора о целевой подготовке. В итоге, система здравоохранения не дополучает активно оперирующих и смелых хирургов, готовых принять решение и взять ответственность на себя. В нынешних условиях это представляется гораздо более опасным, чем необеспеченность поликлиник хирургами, ибо чревато деквалификацией хирургического сообщества в целом. Проблема усугубляется дефицитом хирургических кадров в городских и областных лечебных учреждениях в силу снижения популярности профессии хирурга среди выпускников вуза. Это отражается как на оказании высококвалифицированной помощи населению области в ЛПУ III уровня (избыточная нагрузка на хирурга), так и в еще большей степени на оказании помощи по линии «санавиации» населению сельских районов области. В решении проблемы сохранения хирургических кадров приоритет должен быть отдан не увеличению количества малоподготовленных хирургов в первичном звене, а «культивированию» квалифицированных кадров и сосредоточение их в головных лечебных учреждениях региона. Акценты при заключении договоров о целевой подготовке должны быть другими. Договор должен заключаться с лечебным учреждением III уровня. Последующая трехлетняя отработка в этом учреждении позволит наилучшим образом подготовить выпускника ординатуры к решению сложных хирургических задач. В дальнейшем клиническая больница заключает договор на обязательное участие молодого хирурга в вахтовой системе оказания помощи ЦРБ и ЦГБ (регулярные выезды на определённый срок). Подобная система выгодна всем. Клиническая больница создает для себя кадровый резерв как для оказания помощи в стенах данного ЛПУ, так и для оказания помощи населению сельских районов «по санавиации». Выпускник ординатуры получает привлекательное место работы с гарантированным высококвалифицированным коллективом наставников, возможностями профессионального и карьерного роста. ЦРБ (при заступлении такого сотрудника «на вахту») получает хорошо подготовленного хирурга, способного самостоятельно принимать решения и выполнять достаточно широкий спектр операций без дополнительной «мелочной опеки». В итоге, население сельских районов области получает доступную и качественную квалифицированную хирургическую помощь, а система здравоохранения региона в целом – сохранение и устойчивое прогрессивное развитие квалифицированного хирургического сообщества, как гарантию обеспечения стратегической безопасности страны. Предлагаемая стратегия требует обсуждения хирургической общественностью. Реализация ее вполне возможна на уровне субъекта РФ, так как затрагивает только финансовое обеспечение дополнительного штатного расписания в ЛПУ III уровня, что входит в сферу компетенции регионального минздрава.

Ключевые слова: Подготовка хирургов, целевой договор

---

546. Возможности склеротерапии в лечении атипичных форм варикозной болезни вен таза у женщин в амбулаторных условиях

Белик Б.М. (1), Чиркинян Г.М. (1,2), Кулалаев Х.Ш. (2)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
2) ООО «Центр флебологии»

Актуальность. Согласно современным представлениям, под атипичными формами варикозной болезни вен таза (ВБВТ) и нижних конечностей понимают варикозное расширение вен промежности, лобка, наружных половых органов, ягодичной области, задней и внутренней поверхностей бедер. Атипичный варикоз является следствием варикозной трансформации внутритазовых вен с формированием пельвиоперинеального рефлюкса (ППР), который возникает у 25-38% больных с ВБВТ. По данным различных исследователей, наиболее часто ВБВТ наблюдается женщин, перенесших многократные беременности и роды. Атипичные формы ВБВТ выявляются у 6-15% женщин репродуктивного возраста. Это приводит к значительному снижению качества жизни пациенток, их продуктивной и социальной деятельности, нарушению репродуктивной функции и семейно-брачных взаимоотношений. Характерна также взаимосвязь ВБВТ с варикозной болезнью нижних конечностей. До настоящего времени среди специалистов отсутствует общепринятая точка зрения на способы хирургической коррекции атипичных форм ВБВТ. В связи с высокой травматичностью и сложностью патогенетически оправданные прямые операции на венах таза, направленные на устранение их клапанной недостаточности, считаются неприемлемыми. Ряд специалистов для ликвидации ППР применяет различные эндоваскулярные методы эмболизации гонадных вен и притоков внутренних подвздошных вен, что не вполне оправдано у женщин репродуктивного возраста и не гарантирует полное устранение атипичного варикоза.

Поэтому в большей степени хирургическое лечение атипичных форм ВБВТ в виде локальной минифлебэктомии в промежности и вульве является симптоматическим и в 30-40% случаев сопровождается рецидивом заболевания. Это обусловлено тем, что полноценная хирургическая обработка варикозно измененных вен вульвы и промежности значительно затруднена в связи со специфическими особенностями этих областей, а также из-за резко выраженного периоперационного отека тканей, препятствующего адекватной визуализации всех варикозно измененных притоков. Кроме того, после хирургического иссечения вен в указанных областях нередко остаются грубые послеоперационные рубцы, которые помимо косметических нарушений нередко сопровождаются болями при ношении белья, физических упражнениях и во время полового акта. Поэтому в последнее время при лечении больных с атипичными формами ВБВТ предпочтение отдается склерооблитерации варикозно измененных вен промежности и наружных половых органов. Вместе с тем в связи с невозможностью создания эластической компрессии в области введения флебосклерозантов в атипично расположенные варикозные вены ряд специалистов высказывает определенный скепсис в отношении эффективности склеротерапии у этой категории пациенток. Также до сих пор отсутствует единый подход к лечению атипичных форм ВБВТ при сочетании данной патологии с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК).

Цель работы: оценить возможности склеротерапии в устранении атипичных форм ВБВТ у женщин в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе медицинской клиники ООО «Центр флебологии» г. Ростова-на-Дону. В работу вошли 78 пациенток, у которых по результатам клинического и ультразвукового обследования были выявлены атипичные формы ВБВТ с наличием отчетливо выраженного ППР. Возраст пациенток варьировал от 18 до 64 лет. У 58 (74,4%) женщин в анамнезе имелись указания на многочисленные беременности и неоднократные роды. У 23 (29,5%) пациенток отмечалась варикозная трансформация вен преимущественно в надлобковой области, у 20 (25,6%) – в промежности (промежностный тип), у 19 (24,4%) – в области внутренней и задней поверхностей бедер и/или ягодичной области, у 16 (20,5%) – в области больших половых губ (вульварный тип). При этом у значительной части пациенток (78,2%) варикозно измененные вены локализовались в нескольких атипичных областях. У всех пациенток атипичные формы варикозной болезни таза сочетались с ВБНК (С2-С3 класс по CEAP). При проведении ультразвукового ангиосканирования (УЗАС) вен таза с цветным картированием кровотока регистрировали патологический рефлюкс крови из расширенных внутритазовых вен в поверхностные вены нижних конечностей, промежности и наружных половых органов, то есть диагностировали ППР. Диаметр большой подкожной вены (БПВ) в верхней трети бедра составил в среднем 10,3±3,15 мм. Хирургическую коррекцию атипичных форм ВБВТ, сопряженной с ВБНК, проводили в два этапа в амбулаторных условиях. На первом этапе лечения пациенткам с целью термооблитерации БПВ на уровне бедра выполняли стандартную процедуру эндовенозной лазерной коагуляции. После пункции вены в нижней трети бедра радиальный световод эндоваскулярно вводили до сафено-феморального соустья и под тумесцентной анестезией с использованием инфильтрационного насоса осуществляли эндовенозную лазерную коагуляцию БПВ (мощность лазерного излучения – 9,0-9,2 Вт, тракция световода автоматическая со скоростью 0,75 мм/сек.). Отдельные варикозно измененные притоки БПВ на бедре ниже паховой складки удаляли посредством минифлебэктомии по Мюллеру. На втором этапе лечения производили склерооблитерацию варикозных вен наружных половых органов, области лобка и промежности. Как правило, пункцию вены выполняли под визуальным контролем. Ультразвуковая навигация при этой манипуляции применялась в ограниченном числе случаев, преимущественно у пациенток с выраженной подкожной жировой клетчаткой, затрудняющей чрезкожную визуализацию сосудов. Если вена была достаточного калибра, не спадалась и была доступна пальпации в горизонтальном положении, то все манипуляции выполнялись в положении пациентки лежа на спине или боку. Если визуализация вен была затруднена, пациенток переводили в полусидячее или вертикальное положение. Для флебосклерооблитерации использовали воздушно-пенную форму 3% полидоканола, который медленно вводился в вену через иглу «бабочку» (время экспозиции – 30-60 сек.). После извлечения иглы на место пункции накладывали тугой ватно-марлевый валик, который в течение 3-4 минут плотно прижимали для остановки кровотечения из прокола сосуда. При проведении склеротерапии обширного промежностного и/или вульварного варикоза выполняли от 6 до 10 инъекций флебосклерозанта. В среднем общее количество препарата, применяемого за один сеанс у пациентки, варьировало от 2 до 5 мл. После завершения процедуры склеротерапии с целью профилактики подкожных гематом пациенток еще в течение 10-15 минут задерживали в горизонтальном положении. После окончания всех манипуляций пациенток активизировали с обязательным круглосуточным ношением компрессионного трикотажа в течение первых суток и последующим переходом на ношение чулка в дневное время в течение 30 дней. Контрольные осмотры с ультразвуковым триплексным ангиосканированием проводили на 3-и, 5-е, 7-е и 14-е сутки, а также через 1, 2 и 6 месяцев от начала лечения, в ходе которых при необходимости выполняли повторные сеансы склеротерапии варикозно измененных притоков атипично расположенных вен.

Результаты и обсуждение. При УЗАС на 7-е сутки от момента вмешательства у всех пациенток отмечали полную облитерацию просвета основного ствола БПВ. Через

6 месяцев у 3 (3,8%) пациенток по данным УЗАС в средней или нижней трети бедра выявлялись участки ствола БПВ протяженностью от 1 до 2,3 см, в которых регистрировался пристеночный кровоток. Несмотря на отсутствие каких-либо клинических проявлений, этим пациенткам была проведена эхоконтролируемая пенная склеротерапия 3% полидоканолом проблемных участков ствола БПВ. В местах атипичной локализации варикозно измененных вен на 3-и сутки после проведенного лечения отмечались гиперемия кожи, локальный отек и умеренная болезненность, что расценивалось как склероиндуцированный флебит. На 7-е сутки у 69 (88,5%) пациенток наблюдалось полное купирование местных воспалительных проявлений, при дуплексном ангисканировании кровоток в исследуемых венах не регистрировался. У остальных 9 (11,5%) пациенток с относительно крупными промежностными вариксами местные признаки асептического воспаления сохранялись до 10-14 суток, при этом в ходе дальнейшего амбулаторного наблюдения в 4 случаях наступила полная склерооблитерация. У 5 (6,4%) пациенток через 1 месяц после лечения были выполнены дополнительные сеансы склеротерапии. Через 6 месяцев после лечения по данным комплексного клинико-ультразвукового исследования у 70 (89,7%) пациенток получены хорошие результаты (отсутствие жалоб, полная облитерация вариксов в местах атипичной локализации). У 6 (7,7%) пациенток получены удовлетворительные результаты лечения. У них, несмотря на полную облитерацию атипично расположенных варикозных вен, имели место транзиторные симптомы хронической венозной недостаточности таза и нижних конечностей (чувство тяжести, умеренная отечность в дистальных отделах конечности, дискомфорт и тянущие боли в тазу после длительного пребывания в вертикальном положении или сидения). Как правило, эти явления полностью купировались после ночного отдыха и не нарушали трудоспособность у этих пациенток. Лишь в 2 (2,6%) случаях через 6 месяцев после проведенной склеротерапии у пациенток сохранялись визуальные признаки промежностного варикоза (неудовлетворительные результаты лечения). Этим пациенткам проведены дополнительные сеансы склеротерапии. Следует также отметить, что после проведения склеротерапии ни в одном случае не наблюдали каких-либо серьезных осложнений (некрозов кожи, гнойно-воспалительных процессов, тромбозов глубоких вен таза и конечностей).

Выводы. Склеротерапия является минимально травматичным, безопасным и эффективным методом устранения атипичных форм ВБВТ у женщин, позволяющим в 97,4% случаев получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен таза, пельвиоперинеальный рефлюкс, промежностный и вульварный варикоз, флебосклерозирующая терапия

---

547. 5-летний результат применения мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с морбидным ожирением

Анисимова К.А., Василевский Д.И., Баландов С.Г., Хамид З.М., Берулава Е.Т., Четвёркина Е.Д., Семикова Г.В., Мозгунова В.С., Зинченко А.В., Марков Н.В.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской ФедерацииЦентр хирургического лечения ожир

Актуальность: о современным представлениям, цель бариатрической хирургии – не просто уменьшить вес пациента, но также добиться благоприятных и долгосрочных метаболических эффектов. В связи с этим на всех этапах лечения больных с морбидным ожирением требуется привлечение эндокринолога, терапевта/кардиолога, сомнолога, пульмонолога, психолога, при необходимости – других специалистов.

Материалы и методы: в исследование включены результаты хирургического лечения 300 пациентов с морбидным ожирением, находившихся на лечении в Центре хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений с 2018 по 2023 год. Мультидисциплинарной командой врачей, был разработан алгоритм предоперационного обследования и тактики ведения пациентов на этапе подготовки к метаболической операции, включающий в себя не только лабораторные и инструментальные методы исследования, но и современные шкалы и индексы. Полученные результаты: реализация мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с морбидным ожирением позволили снизить частоту осложнений в раннем послеоперационном периоде с 5% до 1%. Кроме этого значимо снизилась частота повторного набора веса с 34% до 14%, а также частота развития анемии и дефицита витаминов и микроэлементов с 28% до 10,5% в течение 5 лет наблюдения после метаболических вмешательств.

Обсуждение: мультидисциплинарный подход бариатрической хирургии позволяет определить алгоритм обследования, безопасную и эффективную стратегию хирургического лечения ожирения в сложной клинической ситуации и расширить возможности применения метаболических операций для коморбидных пациентов и пациентов пожилого возраста.

Выводы: мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с морбидным ожирением повышает эффективность и безопасность метаболических операций на всех этапах лечения.

Рекомендации: бариатрические операции должны проводиться с учётом результатов оценки коморбидности и комплаентности пациентов с морбидным ожирением мультидисциплинарной командой врачей.

Ключевые слова: морбидное ожирение; хирургическое лечение ожирения; метаболическая операция; бариатрическая хирургия; результаты бариатрических операций.

---

548. Ликворея при проникающих огнестрельных позвоночно-спинальных ранениях. Классификацияхирургическая тактика.

Жуков Д.И., Онницев И.Е., Гизатуллин Ш.Х., Кокорева А.Ю.

Москва

Главный военный клинический Госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко

Актуальность: с учетом возрастания количества вооруженных конфликтов и повышением точности и летальности оружия в 21 веке, огнестрельные ранения позвоночника перестали быть редкостью, а осложнения от данного вида ранений зачастую приводят к летальным исходам. Нами изучена проблема раневой ликвореи, которая в 10-50% случаев может осложняться воспалением и, как следствие, приводить к таким грозным осложнениям как нагноение раны, менингит, менингоэнцефалит и т.д. С целью профилактики указанных осложнений необходимы своевременная диагностика и выбор оптимальной тактики лечения, включающей хирургические и консервативные методы.

Цель: разработать оптимальный алгоритм хирургического лечения огнестрельных ранений позвоночника сопровождающихся ликвореей, основываясь на опыте лечения более 30 случаев.

Материалы и методы: нами прооперированы 36 пациентов с огнестрельными ранениями позвоночника сопровождающихся ликвореей. Во всех случаях ранения осложнялись значимым неврологическим дефицитом, в подавляющем большинстве случаев являлись сочетанными и сопровождались ранениями органов грудной клетки и/или брюшной полости. Особое внимание уделялась диагностике скрытой ликвореи (истечение ликвора в брюшную, плевральную полости). Тактика хирургического лечения сводилась к ревизии огнестрельной раны, удалению инородных тел и костных отломков из полости раны и просвета позвоночного канала, декомпрессии невральных структур, пластике ТМО (шов при простых линейных дефектах, многослойной пластике при сложных (обширных, протяженных, с разрушением ТМО) аутотканями, тахокомбом, клеевыми композициями, разобщению полости раны с полостями организма (плевральной, брюшной), герметичному ушиванию раны после экономной некрэктомии, установке люмбального дренажа и назначению терапии направленной на снижение ликворопродукции. Этап стабилизации позвоночника при необходимости выполнялся в отсроченном порядке, при невозможности отсрочки, стабилизация выполнялась одномоментно.

Результаты: огнестрельные ранения грудного отдела позвоночника составили 55%, поясничного – 25% и шейного – 20%. Скрытая ликворея наблюдалась в 5 случаях и была диагностирована посредством КТ-миелографии либо интраоперационно. Сроки лечения в среднем составили 12 суток с момента операции. Завершением лечения считалось закрытие раны, уход от люмбального дренажа, отсутствие признаков продолжающейся ликвореи, воспаления и нагноения раны. Основными осложнениями, с которыми мы столкнулись в результате лечения были: несостоятельность раны и рецидив ликвореи, что требовало повторного оперативного вмешательства, и инфекционные осложнения в виде менингита и менингоэнцефалита, которые требовали проведения комплексной антибиотикотерапии. Три случая закончились летальным исходом по причине: один по причине восходящего отека спинного мозга, два по причине генерализации инфекционного процесса.

Выводы: в каждом конкретном случае необходим дифференцированный подход к лечению в зависимости от типа и уровня огнестрельного ранения позвоночника и спинного мозга, характера повреждения анатомических структур, а также тяжести сочетанных ранений. Определены оптимальные сроки и последовательность хирургического лечения. Разработан оптимизированный алгоритм лечебной тактики. Проанализированы осложнения, которые возникали при отсроченном оперативном вмешательстве и разработаны методы их профилактики.

Ключевые слова: Огнестрельные ранения позвоночника, ликворея, инфекционные осложнения

---

549. Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга

Чернов В.Е., Гизатуллин Ш.Х.

Москва

ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»

Структура огнестрельных ранений позвоночника на протяжении нескольких во-оруженных конфликтов последних десятилетий, в целом остается примерно постоянной и составляет 0.3-2.0% всех огнестрельных ранений. Из них стабильные переломы состав-ляют 64-78%. Особенно важно то, что ранения позвоночника сопровождаются поврежде-нием спинного мозга в 33-66% случаев. (Петров Ю.Н., 2016). Структура огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга в головном учреждении ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» несколько отличается от приведенных цифр выше, и составляет до 10% всех огнестрельных ранений, поступивших в ГВКГ. Это связано с тем, что в головное учреждение поступают большей частью самые тяжелые ра-неные, требующие проведения интенсивной терапии в условиях ОРИТ или оперативного лечения. Повреждения шейного отдела составляли – 16.6%, грудного – 31.25%, поясничного – 35.4%, и нескольких отделов – 16.6%. До 40% ранений и повреждений позвоночника и спинного мозга были сочетанными. С ранениями черепа и головного мозга – 8.3%, орга-нов грудной полости – 25%, органов брюшной полости – 6.25%. В 85.5% случаев наблю-дался неврологический дефицит в разной степени выраженный. Всем поступившим раненым в приемном отделении в обязательном порядке вы-полнялась КТ поврежденного отдела позвоночника, при необходимости КТ черепа и го-ловного мозга, органов грудной и брюшной полости, малого таза. В случае нарушения витальных функций раненый размещался в отделение реанимации и интенсивной тера-пии. В иных случаях, в профильное отделение по превалирующей патологии. Время нахождения раненого в приемном отделении не превышает, как правило, 1 часа. Показания к операции при ранениях и боевой травме позвоночника и спинного мозга: – инородные тела в просвете позвоночного канала (ранящие снаряды или костные отломки); – переломы (переломовывихи) позвонков, вызывающие нестабильность сегмен-та позвоночника; – наружная ликворея вследствие повреждения твердой мозговой обо-лочки; – невыполненная первичная хирургическая обработка огнестрельной раны на предыдущем этапе медицинской эвакуации. Сроки выполнения первичного оперативного вмешательства в НХЦ с момента ра-нения – 11.3 суток; сроки выполнения повторного оперативного вмешательства в НХЦ с момента ранения – 12 суток. Таким образом, практически все операции при ранениях по-звоночника и спинного мозга носили характер отсроченных. Учитывая, что из всех опе-рированных раненых 39.6% имели сочетанные ранения, то по неотложным показаниям выполнялись оперативные вмешательства, направленные на устранение повреждений других органов или их осложнений, непосредственно угрожающих жизни. Техника операций при ранениях (повреждениях) позвоночника и спинного мозга следующая: – хирургическая обработка огнестрельной раны; – декомпрессивная ламинэк-томия; – удаление инородных тел из просвета позвоночного канала; – ревизия, санация содержимого дурального мешка; – шов, пластика твердой мозговой оболочки; – стабили-зация сегмента позвоночника металлоконструкциями. В послеоперационном периоде проводилось следующее лечение: – антибиотикоте-рапия 5-7 сут; – антикоагулянты, бинтование ног весь период постельного режима; – ЛФК, массаж, ранняя активизация, дыхательная гимнастика; – противопролежневый мат-рас; – эпицистостомия при нейрогенном мочевом пузыре; – ГБО; – эвакуация в специали-зированные лечебные учреждения для нейрореабилитации. Тактика лечения этой категории раненых на предыдущих этапах медицинской эвакуации была следующая: большей части из них оперативное лечение выполнялось лишь при наружном кровотечении и наружной ликвореи, что вполне оправдано. Это объ-ясняется тем, что позвоночно-спинальные ранения требуют в своем лечении соблюдения нескольких важных условий. Прежде всего, это наличие компьютерной томографии для определения объема и характера необходимой операции; оптики, а лучше микроскопа; специального инструментария; большого разнообразия металлоконструкций для выпол-нения стабилизации; и главное, большого запаса времени, которого в условиях поступле-ния значительного количества раненых просто нет. Соответственно, при несоблюдении любого из этих требований, качество и исходы лечения будут ухудшаться. Как правило, будут требоваться повторные операции. Поэто-му, на передовых этапах медицинской эвакуации объем специализированной медицин-ской помощи раненым с позвоночно-спинальными ранениями должен ограничиваться лишь остановкой наружного кровотечения и наружной ликвореи.

Ключевые слова: огнестрельные ранения позвоночника, ранения спинного мозга, хирургическое лечение

550. Оценка возможности эндоскопического удаления эпителиальных новообразований толстой кишки в амбулаторных условиях

Веденин Ю.И. (1,2), Орешкин А.Ю. (1,2), Степанов С.Л. (2), Николаев А.Ю. (2), Ивченко Ю.В. (2), Жуликова С.В. (2), Литвинов А.А. (2)

Волгоград

1) ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
2) ГУЗ «КБСМП № 15»

Актуальность. Колоноскопия (КС) является «золотым стандартом» выявления колоректального рака и предраковых заболеваний толстой кишки. Обнаруженные во время КС доброкачественные эпителиальные новообразования толстой кишки (ЭНТК) подлежат эндоскопическому удалению (ЭУ). Большинство КС выполняется в амбулаторных условиях. Для ЭУ ЭНТК пациенты, как правило, направляются на госпитализацию, что приводит к необходимости выполнения повторной КС и значительно увеличивает расходы на лечение. При доказанной безопасности холодной петлевой резекции (ХПР) слизистой толстой кишки, рекомендованной для ЭУ небольших (до 10 мм.) доброкачественных ЭНТК в амбулаторных условиях, остаётся открытым вопрос о необходимости госпитализации пациентов для ЭУ ЭНТК при помощи «горячих» методов.

Цель нашей работы – оценка возможности выполнения и безопасности ЭУ ЭНТК в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 486 пациентов с ЭНТК, пролеченных в ГУЗ «КБСМП № 15» и сети клиник «Панацея» г. Волгограда в период с января 2017 г. по декабрь 2022 г. Мужчин было 227, женщин – 259. Средний возраст составил 64,17 ± 12,73 года. Пользовались полипэктомическими петлями компании «EndoStars», инъекторами фирм «Endoflex» и «FineMedix», коагуляторами «Martin» и «Фотек». Использовали фиброколоноскопы и видеоколоноскопы Pentax и Olympus. К «горячим» методам ЭУ ЭНТК относим петлевую электроэксцизию, петлевую электроэксцизию с предварительным лигированием «ножки» полипа, эндоскопическую резекцию слизистой оболочки, комбинированную резекцию слизистой (с предварительным осуществлением окаймляющего разреза) и диссекцию в подслизистом слое. Полученные результаты. У 274 пациентов выполнена ХПР, 212 пациентов пролечено с применением «горячих» методик ЭУ ЭНТК. У 20 пациентов применялись оба подхода к ЭУ ЭНТК. При помощи ХПР удалено 563 ЭНТК (от 1 до 23 за одну КС, в среднем у 1 пациента 2,1). «Горячими» методами удалено 283 ЭНТК (от 1 до 11 за одну КС, в среднем: 1,3). Размер удалённых при помощи ХПР ЭНТК составил от 3 до 30 мм. (в среднем 7,1 мм.); «горячими» методами удалялись ЭНТК от 3 до 55 мм. (в среднем – 15 мм.). Спонтанно (во время первичной КС) ХПР применялась у 258 пациентов, 16 пациентов пролечено в плановом порядке. Спонтанное ЭУ «горячими методами» осуществлено у 91 пациента, 121 пролечено в плановом порядке. Согласно Парижской классификации эпителиальных новообразований (2005) методом ХПР удалено 12 LST, 5 полипов типа 0-Ip, 39 ЭНТК типа 0-Isp, 305 ЭНТК типа 0-Is и 202 ЭНТК типа 0-IIa. «Горячими методами» удалено 16 LST, 112 полипов типа 0-Ip, 104 ЭНТК типа 0-Isp, 43 ЭНТК типа 0-Is и 8 ЭНТК типа 0-IIa. Амбулаторно пролечено 258 пациентов (147 методом ХПР и 111 с применением «горячих методик»). Стационарно пролечено 138 больных (127 методом ХПР и 101 с применением «горячих методик»). Зафиксировано 2 случая кровотечения (по 1 у амбулаторного и стационарного пациента, в обоих случаях гемостаз был достигнут при помощи эндоскопических методов на фоне консервативной терапии) и 2 случая отсроченной перфорации толстой кишки у стационарных пациентов, перенесших электрохирургическую резекцию слизистой толстой кишки (в 1 случае удалялось 2 ЭНТК). Оба пациента были прооперированы, 1 из них скончался. Все пациенты с осложнениями были мужчинами в возрасте от 58 до 80 лет. Общая летальность у всех пациентов с ЭНТК составила 0,02% (1 пациент).

Выводы и рекомендации. Применение методики ХПР слизистой толстой кишки безопасно и может широко применяться в амбулаторной практике. «Горячие» методы ЭУ ЭНТК сопровождаются кровотечениями в 0,47% случаев и могут приводить к перфорации толстой кишки в 0,94% случаев, что требует взвешенного индивидуального подхода при их использовании в амбулаторных условиях, особенно у лиц мужского пола.

Ключевые слова: Колоноскопия, эндоскопическая резекция, диссекция в подслизистом слое, холодная петлевая резекция, полипэктомия

---

551. Эффективный метод хирургического лечения ожогов пищевода у детей

Шамсиев А.М., Сагираев Н.Ж.

Узбекистан

Шамсиев А.М. (1) Сагираев Н.Ж. (2)

1) СамГМУ,
2) ТФ ТМА

В настоящее время ожог пищевода является распространенной и серьезной травмой в детском возрасте. Частота их постоянно растет в связи с увеличивающимся применением в быту различных моющих средств и химических веществ в ярких упаковках, которые привлекают внима-

ние ребенка. В настоящее время химический ожог пищевода является одним из распространенных заболеваний среди заболеваний пищевода в детском возрасте.

Цель работы – улучшить результаты лечения детей с химическими ожогами и послеожоговыми сужениями пищевода путём оптимизации диагностики и хирургической тактики лечения. Разработка эффективных алгоритмов лечения химических ожогов и послеожоговых стриктур пищевода у детей, способствующих восстановлению его проходимости. Исследования проведены Во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института в период с 2010 по 2020 годы находились на лечении 129 детей с ожогами пищевода и его осложнениями в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из них городских было 23 (18%), сельских – 106 (82%). Девочки болели реже – 51 (39%), чем мальчики – 78 (61%) которые случайно выпили реагенты или горячие жидкости, вызвавшие ожог пищевода. При поступлении в остром периоде больные были очень беспокойными, причем, чем младше ребенок, тем больше отмечалась гиперсаливация, рвота, повышение температуры тела, затруднение глотания. Лечение послеожоговых состояние при I степени 63(48%) использовались промывание желудка, обезболивающие средства, дезинтаксикационный терапия, обволакивающие вещества, такие как облепиховое масло. У этой группы детей послеожоговых рубцовых стенозов пищевода не отмечалось. При II степени 42(32%) ожога пищевода включало симптоматическая терапия, антибактериальную терапию и профилактик бужирование. У этой группы при установление диагноза наше тактика консервативной лечение и дальнейшем профилактика рубцовой сужение, бужирование посредством ФЭГС – у 22 (52%), слепое бужирование проводилось у 20 (48%) детей. У этой группы детей послеожоговых рубцовых стенозов пищевода 4 случаев обнаруживались, причинами было поздние обращение. При III степени 24(18%) ожога пищевода нами было исключен операция лапаротомия, гастростомия по Кадеру с проведением назогастральной нити, для энтерального кормления и долгое применение профилактического бужирования. У этой группы детей послеожоговых рубцовых стенозов пищевода 15 случаев обнаруживались. Послеоперационный период реабилитации больных составил 4,5 месяца.

Заключение – Таким образом, при нашей тактике удалось снизить процент развития послеожоговых рубцовых стенозов пищевода у детей – 14,7% от всех случаев. Послеожоговые рубцовые стенозы пищевода наблюдались у 3,1% детей после ожогов пищевода II степени и у 62% детей после ожогов пищевода III степени.

Ключевые слова: ожог пищевода, химических, послеожоговыми сужения, стриктура, рубцовой сужение, затруднение глотания, бужирование.

---

552. Оценка параметров иммунного ответа организма пациентов с послеоперационными вентральными грыжами после протезирующей герниопластики с применением различных имплантатов

Титова Е.В., Никольский В.И., Сергацкий К.И., Ивачёв А.С.

Пенза

Медицинский институт ФГБОУ ВО ПГУ

Актуальность. В последние десятилетия особенности цитокинового профиля у пациентов с вентральными грыжами являются темой для прицельного изучения. Однако в доступной литературе представлены данные о применении синтетических герниопротезов, в то время как данных о реакции организма на имплантацию биологических материалов крайне мало.

Целью исследования являлось изучение параметров иммунного статуса у пациентов с вентральными грыжами в динамике после имплантации синтетического и биологического герниопротеза.

Материал и методы. Работа основана на изучении результатов хирургического лечения 82 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Пациенты были разделены на 2 группы. Больным первой группы выполняли протезирующую герниопластику с применением полипропиленовой сетки фирмы «Линтекс» (n=40). Во второй группе в качестве имплантата использовали ксеноперикардиальную пластину фирмы «Кардиоплант» (n=42). У пациентов обеих групп были диагностированы послеоперационные вентральные грыжи средних и больших размеров (по классификации EHS). По основным клинико-демографическим показателям, коморбидному фону группы были сопоставимы. В качестве исследуемых цитокинов были выбраны ФНО-альфа, ИЛ-8, ИЛ-4. Оценку уровней цитокинов проводили иммуноферментным методом в предоперационном периоде, а затем на шестые и десятые сутки после оперативного вмешательства.

Результаты. У пациентов обеих групп отмечали выраженный подъем уровня ФНО- альфа к шестым суткам после оперативного вмешательства: после имплантации полипропиленовой сетки он составил 91,1±4,3% по отношению к исходному уровню, у пациентов, оперированных с применением ксенопротеза повышение происходило на 58,1±5,4%. Спустя 10 суток после имплантации отмечали достоверно более активное снижение уровня ФНО-альфа у пациентов второй группы (повышение концентрации на 17,5±1,4% в первой группе и на 12,6±1,1% во второй группе ($p<0,05$)). Динамика уровней ИЛ-8 была сходной на 6 сутки послеоперационного периода у пациентов обеих групп. Увеличение концентрации данного маркера составляло 61,3±1,3% и 64,4±1,4% соответственно.

К 10 суткам наблюдения происходило снижение содержания исследуемого цитокина как у пациентов с имплантированной полипропиленовой сеткой, так и у больных с ксенопротезом. Однако у последних оно происходило достоверно более выраженно (повышение концентрации на 10,1±4,5% в первой группе и на 8,6±0,6% от исходного во второй группе ($p<0,05$)). Уровень ИЛ-4, являющегося активным противовоспалительным цитокином, имел существенные различия в послеоперационном периоде у пациентов первой и второй группы. В случае применения в качестве протезирующего материала ксеноперикардиальной пластины отмечали увеличение содержания данного интерлейкина на 76,3±4,1% от исходного к 6 суткам после операции, с последующим его снижением до 42,5±4,8% к 10 дню. У пациентов с имплантированной полипропиленовой сеткой данные показатели определялись на существенно более низком уровне 37,5±3,2% и 20,2±6,2% на 6 и 10 сутки соответственно.

Обсуждение. Иммунные реакции у пациентов в ответ на имплантацию герниопротезов развиваются стадийно. Ранний послеоперационный период характеризуется более выраженной активизацией провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-8) в группе больных, которым в качестве имплантата использовали синтетический материал, что, по мнению ряда авторов, может оказывать негативное влияние на процессы регенерации в зоне имплантации. Одним из важных активаторов пролиферации клеток соединительной ткани является ИЛ-4. В нашем исследовании мы отметили стремительное и выраженное увеличение концентрации данного интерлейкина при использовании ксеноперикарда.

Выводы и рекомендации. Полученные нами данные позволяют предположить, что применение биологического герниопротеза имеет преимущества у пациентов с ПОВГ, поскольку позволяет в ранние сроки нивелировать выраженность воспалительной реакции в ответ на имплантацию и ускорить формирование соединительной ткани.

Ключевые слова: вентральные грыжи, цитокины, биологический имплантат, полипропиленовая сетка

---

553. Опыт применения тактики неоперативного лечения повреждений при тяжелой сочетанной травме

Войновский А.Е., Семененко И.А., Мошхоева Л.Б.

г. Москва

ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Актуальность: Сочетанная травма занимает одно из ведущих мест по тяжести в структуре общего травматизма, характеризуется высокими цифрами смертности и инвалидности. Летальность при сочетанных повреждениях во всем мире достигает 40%, а инвалидность составляет 25–45%. Смертность от сочетанной травмы в России занимает второе место в мире и составляет 65,5 на 100 000 населения.

Цель исследования: представить собственный опыт применения тактики неоперативного лечения повреждений при тяжелой сочетанной травме.

Материалы и методы: в исследование включены 490 пациентов, поступивших в ГКБ им. Юдина в период с 2021-2023 гг. с тяжелой сочетанной травмой. Повреждения внутренних органов отмечены у 52 (11%) пациентов. Из 52 пострадавших – у 11 (21%) отмечена изолированная травма 1 органа, в 17(32%) – отмечены повреждения 2-х органов, у 24 (46%)– повреждения 3 органов и более. У 43 (82%) пострадавших были тяжелые и крайне-тяжелой степени тяжести травмы. По шкале классификации сочетанной травмы ISS пострадавшие сочетанной травмой с повреждением внутренних органов распределялись следующим образом: 1) Умеренные (ISS 9-15б) – 9 (17%) пациентов 2) Тяжелые (ISS 16-25б) – 11 (21%) пациентов 3) Крайне тяжелые (ISS больше 25б) – 32 (61%) пациентов При анализе структуры травм пострадавших наиболее часто отмечены повреждения печени – 62% (33), почек/надпочечников – 36% (19), селезенки -25% (13). Повреждения распределены в соответствии с классификацией травм внутренних органов по AAST. При повреждениях печени (33случаев) повреждения AAST 1 отмечены у 8 пациентов, AAST 2- 13, AAST 3 – 5, AAST4- 7. При повреждениях селезенки (13 случаев) AAST 1 отмечены у 5 пациентов, AAST 2- 5, AAST 3-2, AAST4 – 1. Повреждения почек и надпочечников (19) распределялись следующим образом: AAST 1- 6 пациентов, AAST 2- 5, AAST 3- 3, AAST4- 2. Повреждения тонкой, толстой кишки с брыжейкой -6 пациентов(12%). Из них с повреждениями поперечно-ободочной кишки-2, с разрывом брыжейки тонкой кишки-2, с разрывом брыжейки сигмовидной кишки-2. С травмой поджелудочной железы пролечено – 5 (9%) пострадавших. Повреждения AAST 1 отмечены у 2 пациентов, AAST 2 у 3. Разрывы диафрагмы диагностированы у 3 (5%) пациентов, повреждения легких у 23 (44%), мочевого пузыря -3 (5%), артерий таза – 3(5%).

Результаты: Активная хирургическая тактика применена у 30 (57%) пострадавших. У 9 (17%) пострадавших с нестабильной гемодинамикой и «положительным» результатом FAST-протокола выполнена лапаротомия, в ходе которой в 4 случаях выполнена спленэктомия, у 1 пострадавшего выполнена аргоноплазменная коагуляция разрывов капсулы селезенки, в 6 случаях аргоно-плазменная коагуляция, ушивание разрывов печени, тампонирование разрывов печени, ушивание разрывов серозной оболочки поперечно ободочной кишки и брыжейки толстой кишки – 2. Ушивание разрывов диафрагмы в 3 случаях. Пострадавшим со стабильной гемодинамикой и положительным или сомнительным FAST- протоколом в 21 случае выполнена КТ с болюсным контрастированием органов брюшной полости. РЭО выполнена у 9 пациентов с повреждениями паренхиматозных органов и экстравазацией контрастного препарата: селезёночной артерии (5) окклюзия в бассейнах обеих внутренних подвздошных артерий (1), боковой ветви артерии огибающей подвздошную кость (1), правой почечной и нижнеполюсной ветви левой почечной артерий (2). В 2 случаях с виду неэффективности РЭО при повреждении селезенки выполнена лапароскопическая спленэктомия. В 12 (23%) случаях пациентам со стабильной гемодинамикой и положительным FAST- протоколом, но отсутствием объективных данных о травме паренхиматозных органов, без экстравазации контрастного препарата по КТ и наличием более 500 мл крови в брюшной полости была выполнена диагностическая лапароскопия, в ходе которой в 3 случаях выполнена спленэктомия, в 5 – аргоноплазменная коагуляция разрывов капсулы селезенки, аргоно-плазменная коагуляция, ушивание разрывов печени – 5, ушивание серозной оболочки поперечно-ободочной и брыжейки толстой кишки – 3. Пациентам с нестабильной гемодинамикой, с признаками продолжающегося кровотечения, экстравазации контрастного препарата по КТ и наличием более 500 мл крови в брюшной полости была выполнена диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией: 9 (17%). В ходе которой в 2 случаях выполнена спленэктомия, у 3 пострадавших выполнена аргоноплазменная коагуляция разрывов капсулы селезенки, в 4 случаях аргоно-плазменная коагуляция, ушивание разрывов печени, тампонирование разрывов печени, ушивание серозной оболочки и брыжейки сигмовидной кишки – 1, ушивание серозной оболочки двенадцатиперстной кишки-1. В 1 случае при травме поджелудочной железы с повреждением ГПП выполнено ЭРХПГ, стентирование ГПП. У 13 (25%) пострадавших со стабильной гемодинамикой, без признаков продолжающегося кровотечения, без признаков экстравазации по КТ, и не более 500 мл крови в брюшной полости проводилась тактика неоперативного лечения (НОЛ) повреждений. Пациентам проводилось динамическое наблюдение, контроль УЗИ FAST, лабораторный контроль, консервативная терапия с положительным эффектом. Летальные исходы отмечены у 7 (13,5%) пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с повреждением внутренних органов.

Выводы: Применение тактики неоперативного лечения (НОЛ) повреждений возможно в 25% случаев у гемодинамически стабильных больных (WSES I,AAST I–II), при умеренных (WSES II, AAST III) и тяжелых (WSES III, AAST IV–V) травмах и отсутствии других внутренних повреждений, требующих хирургического вмешательства случаев в условиях круглосуточного лабораторно-инструментального мониторинга. РЭО должно рассматриваться как метод выбора при травмах внутренних органов с продолжающимся кровотечением. По результатам нашего исследования эффективность РЭО составляет 77%.

Ключевые слова: сочетанная травма, неоперативное лечение, рентгентэндоваскулярная окклюзия

---

554. Применение тулиевого лазера для оперативного лечения коротких стриктур уретры

Катибов М.И. (1), Богданов А.Б. (2,3), Алибеков М.М. (1,4), Магомедов З.М. (1,4)

1) Махачкала,
2) Москва

1) ГБУ РД ГКБ,
2) ГКБ им. С.П. Боткина,
3) ФГБОУ ДПО РМАНПО,
4) ФГБОУ ВО ДГМУ

Введение. Тулиевый лазер является относительно новой разновидностью лазерных технологий, применяющихся при различных урологических заболеваниях. С учетом его способностей по обеспечению отличного гемостаза и проведения точных и неглубоких инцизий с минимальным повреждения окружающих тканей тулиевый лазер может быть эффективно использован для лечения коротких стриктур уретры. Опубликованы единичные сообщения о применении тулиевого лазера при стриктурах уретры. Это обстоятельство обусловливает актуальность нашего исследования, целью которого служила оценка возможностей тулиевого лазера для лечения стриктур уретры.

Материалы и методы. У 45 мужчин со стриктурой уретры в возрасте от 43 до 85 лет (медиана – 65 лет) выполнена уретротомиа с применением тулиевого волоконного лазера «Уролаз» (НТО «ИРЭ-Полюс», Фрязино, Россия). При этом использовано лазерное волокно длиной 200 мкм при энергии 0,5 Дж и мощности 10 Вт. Протяженность стриктуры уретры составляла от 0,5 до 2,5 см (медиана – 1,2 см). Стриктура у 16 (35,6%) пациентов была локализована в пенильном отделе уретры, у 15 (33,3%) – в бульбозном, у 11 (24,4%) – в бульбомембранозном, у 3 (6,7%) – в мембранозном. Ятрогенная этиология стриктуры отмечена в 24 (53,3%) случаях, травматическая – в 10 (22,2%), воспалительная – в 7 (15,6%), идиопатическая – в 4 (8,9%). Стриктура имела первичный характер в 32 (71,1%) наблюдениях

и рецидивный – в 13 (28,9%). Успехом лечения считали отсутствие жалоб на затрудненное мочеиспускание в сочетании с максимальной скоростью мочеиспускания более 15 мл/с и отсутствием или незначительным количеством остаточной мочи (менее 50 мл). Динамику различных параметров после операции оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Различие между показателями считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. Среднее время операции составило 30 минут (от 15 до 65 минут). Интраоперационных осложнений не было. У 5 (11,1%) пациентов после операции имело место развитие инфекции мочевыводящих путей, других послеоперационных осложнений не отмечено. Сроки послеоперационного наблюдения составляли от 3 до 48 месяцев (медиана – 18 месяцев). При данных сроках наблюдения лечение было успешным у 32 (71,1%) пациентов. Так как пациенты имели разные сроки послеоперационного наблюдения, медиану послеоперационных значений сравниваемых параметров рассчитывали по показателям, определенным по наиболее позднему контрольному обследованию. Отмечено достоверное улучшение медианы основных показателей по всей группе после операции по сравнению с дооперационными данными: максимальной скорости мочеиспускания – с 9,2 до 21,1 мл/с ($p=0,024$); средней скорости мочеиспускания – с 4,5 до 10,3 мл/с ($p=0,025$); объема остаточной мочи – с 110 до 42 мл с 9,2 до 21,1 мл/с ($p=0,014$); показателей анкеты Международной системы суммарной оценки заболеваний предстательной железы (IPSS) – с 20 до 7 баллов ($p=0,011$); качества жизни по анкете IPSS – с 5 до 2 баллов ($p=0,017$). Сроки рецидива стриктуры уретры после операции составляли от 3 до 18 месяцев (медиана – 6 месяцев). У всех пациентов с рецидивом стриктуры проведено повторное вмешательство с использованием тулиевого лазера. У 2 из 13 пациентов с рецидивом стриктуры уретры всего 3 раза применяли лазерную технологию (1 раз первично и 2 раза по поводу рецидива), а у остальных 11 пациентов – 2 раза (1 раз первично и 1 раз по поводу рецидива). В дальнейшем у всех пациентов с рецидивом стриктуры уретры и повторной лазерной уретротомией удалось обеспечить удовлетворительное качество мочеиспускания, однако у 10 из 13 таких пациентов это было достигнуто путем периодического бужирования уретры каждые 1–4 месяца.

Заключение. Тулиевая лазерная уретротомия является достаточно безопасным и эффективным метод лечения коротких стриктур уретры вне зависимости от характера, этиологии и локализации рубцового процесса. Небольшое число наблюдений и непродолжительные сроки послеоперационных наблюдений в мировой литературе диктуют необходимость продолжения подобных научных исследований.

Ключевые слова: стриктура уретры, тулиевый лазер, уретротомия

---

555. Оценка значимости соматотипа как диагностического критерия тяжести заболевания при остром панкреатите

Шапкин Ю.Г., Селиверстов П.А., Стекольников Н.Ю., Старчихина Д.В.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. Пациенты с тяжёлыми формами острого панкреатита (ОП) остаются одной из наиболее проблемных групп больных в ургентной хирургии, при этом работами последних десятилетий доказано, что ранняя идентификация тяжести заболевания является одним из важным фактором, определяющих течение патологического процесса. Объективная оценка тяжести заболевания должна осуществляться в течение первых суток с момента госпитализации. В национальных клинических рекомендациях по лечению ОП приведены как диагностические критерии ОП, так критерии тяжести заболевания. В практической работе хирурги нередко сталкиваются с ситуациями, когда у поступившего пациента с легким и среднетяжелым ОП наблюдается внезапное и необъяснимое ухудшение состояния вплоть до летального исхода. В исследованиях, последних лет отмечено увеличении частоты встречаемости тяжелого течения панкреатита у пациентов с высоким индексом массы тела, однако, по мнению многих авторов, исход заболевания зависит во многом как от изменений в самой железе, так и от выраженности парапанкреатита, а течение его в значительной степени носит индивидуальный характер, обусловленный её анатомическим строением.

Материалы и методы. В работу вошёл анализ результатов лечения 276 пациентов ОП, находившихся в на лечении в хирургических отделениях клиники общей хирургии СГМУ с 2013- по 2022 гг. Критерием включения в исследование являлось наличие двух и более диагностических признаков ОП, а также ранние сроки госпитализации – не более 2 суток с момента начала заболевания. Больные составили 2 группы: сравнения, 179 пациентов, диагностика и лечение которых проводилось на основании действовавших на момент госпитализации клинических рекомендаций; 97 больных составили основную группу, лечение в которой проводилось также согласно действующим рекомендациям, однако при определении степени тяжести заболевания в качестве дополнительного критерия тяжести использовали тип телосложения (соматотип). Расчет соматотипа проводили у пациентов обеих групп по методике Б.А. Никитюка и А.И. Козлова (1990), выражающееся в числовом коэффициенте у.е. Проведенные результаты ROC-анализа влияния типа телосложения на тяжесть ОП в группе сравнения, показали, что при величине соматотипа более 20 у.е., достоверно увеличивается риск утяжеления состояния с момента госпитализации (AUC -0,695, Se 62%, Sp 72,5%, $p < 0,0001$). При

наличии определённого типа телосложения, как фактора риска тяжести заболевания, у пациента основной группы он рассматривался как пациент с более тяжёлой формой заболевания, что влияло на объём лечебных мероприятий, согласно действующим НКР.

Результаты. В группе сравнения у лиц с тяжестью состояния при поступлени0-8 баллов по шкале APACHE II, утяжеление состояния в течение суток с момента поступления зарегистрировано в 13% (14 пациентов), а при тяжести 9-14 баллов у 17 (21%) больных, при этом лишь двое больных имели значение соматотипа менее 20 у.е. Лица с тяжестью состояния 15 и более балоов все имели соматотип более 20у.е. В основной группе у лиц с тяжестью состояния 0-8 баллов не зарегистрировано утяжеления состояния независимо от телосложения (p<0,05, ?2). в Группе лиц с тяжестью состояния 9-14 баллов ухудшение зарегистрировано в в 7(15,2%) и только в группе лиц имевших значение соматотипа более 20 у.е.

Выводы. Тип телосложения, наиболее вероятно, за счет распределения жировой клетчатки и тяжести липотоксичности становится достоверным фактором, определяющим тяжесть течения заболевания при ОП. Считаем, что при поступлении пациента с острым панкреатитом расчёт соматотипа и его значение более 20 у.е. может рассматриваться как критерий тяжести ОП.

Ключевые слова: соматотип, острый панкреатит

---

556. Эффективность и безопасность эндовенозной лазерной коагуляции с различным диаметром большой подкожной вены

Аносов В.Д., Черняков А.В., Овчинников С.В., Басарболиева Ж.В., Варданян Д.М.

Москва

ГБУЗ ГКБ 15 ДЗМ

Неуклонный рост пациентов с варикозной болезнью, появление болезни у молодых людей, рецидивирующее течение заболевания, снижение трудоспособности делают проблему лечения варикозной болезни актуальной и социально-значимой. Несмотря на прогресс в лечении, число рецидивов остается высоким. Эндовенозные методики показали свою эффективность. Однако, одним из актуальных и нерешенных вопросов является эффективность и целесообразность применения ЭВЛК в лечении запущенных форм заболевания, а также вен крупного диаметра.

Цель исследования – выявить виды и частоту развития осложнений и рецидивов после ЭВЛК у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей с различным диаметром БПВ.

Материалы и методы: На базе ГБУЗ ГКБ 15 ДЗМ с 2019 по 2022 проведено 770 ЭВЛК. В исследование включены 173 пациента, 22% мужчин, 78% женщин, средний возраст-56,7±6,9 лет. Пациенты разделены на 3 группы с учетом диаметра БПВ. 1 группа-диаметр БПВ до 1 см (n-62, 0,8±0,2см), 2-я группа-1-2 см (n-59, 1,67±0,31см), 3-я группа-2-3 см (n-52, 2,67±0,32). Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, анатомическому строению БПВ, сопутствующим заболеваниям. Всем пациентам проводилась ЭВЛК под местной тумесцентной анестезией, с применением диодного лазера с длиной волны 1470 нм и радиальным световодом. Оценка результатов исследования проводилась на 1,7 сутки после операции и через 6,12 месяцев. Оценка качества жизни проводили по шкале CIVIQ 20, оценивали наличие облитерации и отсутствие реканализации ствола БПВ. Полученные результаты: Экхимозы выявлены у 82,7% пациентов. Статистически значимых различий между группами не было. Подкожные гематомы выявлены у 1,7% пациентов во 2-й группе и у 1,9% в 3 группе. Оперативного лечения гематомы не потребовали. Парестезии наблюдались в раннем послеоперационном периоде у 6,4% пациентов 1 группы, 3,4% 2 группы и у 5,77% пациентов 3 группы со статистически значимым снижением их выраженности к 7 суткам послеоперационного периода и с полным регрессом к 6 месяцам во всех группах. Следует отметить, что указанные осложнения не потребовали применения дополнительной терапии и не влияли на дальнейшую тактику ведения больных. В 1 группе до операции средний балл по опроснику CIVIQ 20 составил 34,5±10,2, во 2 группе-38,7±9,8, в 3- 39,1±12,4 баллов. К 12 месяцам на фоне проведенного лечения отмечается статистически значимое улучшение качества жизни во всех группах (в 1 группе 24,7±15,1, во 2- 25.4±16.2, в 3- 27.8±10.2).Что касается диаметра БПВ, то у всех пациентов отмечается статистически значимое снижение диаметра за весь исследуемый период. К 12 месяцу в 1 и 2 группах просвет вены не визуализируется. В 3 группе средний диаметр имел четкую тенденцию к уменьшению (p>0,001) – 0,22±0,13 см, что свидетельствует о том, что динамика замещения коагулируемой вены соединительной тканью зависит от исходного диаметра. Окклюзия БПВ на всем протяжении выявлена у 98,8% пациентов. Процент реканализации составил 1,15%.

Выводы и рекомендации: Частота выявления нежелательных побочных эффектов и осложнений была статистически однородна во всех группах и расценена как несерьезная. Ближайшие и отдаленные результаты демонстрируют, что ЭВЛК отличается низкой травматичностью, является высокоэффективным, безопасным методом без потери радикальности лечения. На фоне проведенного лечения была выявлена достоверная тенденция к регрессу диаметра ствола БПВ во всех группах, таким образом, несмотря на противоречивые мнения

авторов касаемо ЭВЛК БПВ больших диаметром, наше исследование показало успешность выполнения методики у данной категории больных. Однако, вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что динамика замещения коагулируемой вены соединительной тканью зависит от исходного диаметра и занимает более длительный промежуток времени у пациентов с диаметром вены более 2 см, что требует более пристального ежегодного наблюдения за данной категорией пациентов.

Ключевые слова: эндовенозная лазерная облитерация, большая подкожная вена, диаметр

---

557. Миниинвазивная реконструктивная хирургия брюшного отдела аорты

Хамитов Ф.Ф. (1), Бобылев А.А. (1)
Гаджимурадов Р.У. (2), Мирзоев М.Н. (1),
Федотенко Е.А. (1)

Москва

1) ГКБ им. В.В. Вересаева,
2) МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность: Атеросклеротическое поражение брюшной аорты и ее ветвей встречается у 35-38% лиц старше 50 лет. Синдром Лериша встречается у каждого 5 человека из данной группы, частота в общей популяции составляет 5-7% у лиц старше 50 лет. Распространенность аневризмы брюшной аорты в общей популяции составляет 1-2%, а у лиц старше 50 лет достигает 8%. Для доступа к брюшной аорте и ее ветвям используют следующие методы: полная срединная лапаротомия, ретроперитонеальный доступ по Робу, торакофрено-люмботомия, минилапаротомия и эндопротезирование при аневризме брюшной аорты (EVAR).

Целью данного исследования является анализ 20-летнего опыта применения миниинвазивных операций у больных с патологией брюшной аорты и ее ветвей.

Материалы и методы: с 2002 по 2022 год нами проанализированы результаты миниинвазивного хирургического лечения 1529 больных с патологией брюшной аорты и ее ветвей. Из них по поводу синдрома Лериша 1270 операций, 259 вмешательств у больных с инфраренальной аневризмой брюшной аорты. Всего больным с инфраренальной аневризмой брюшной аорты выполнено 617 открытых операций (традиционный лапаротомный доступ – 387 операций, минидоступ – 218 наблюдений, также с 2020 г. для расширения показаний к применению минидоступа используется лапароскопическая диссекция брюшной аорты – 12 оперативных вмешательств.). Эндопротезирований (EVAR) – 29 операций.

Результаты: При синдроме Лериша осложнений в ближайшем и отдаленном периоде после применения минидоступа не наблюдалось. При аневризме брюшной аорты в ближайшем послеоперационном периоде случаев тромбоза бранши шунта после применения традиционного лапаротомного доступа – 6(1,6%), минидоступа – 3(1,3%), эндопротезирования 1(3,4%). Послеоперационная летальность при применении традиционного лапаротомного доступа составила 11(2,8%), минидоступа 2(0,9%). В ближайшем послеоперационном периоде при эндопротезировании брюшной аорты летальных исходов не наблюдалось. Длительность стационарного пребывания больных при применении традиционного лапаротомного доступа составила 10±3 суток, минидоступа 7±2 суток, эндопротезирования 5±2 суток.

Обсуждение: Применение миниинвазивного доступа к брюшному отделу аорты обеспечивает для хирурга комфортные условия и сокращение продолжительности операции, для пациента малую травматичность, быструю реабилитацию, снижение частоты отдаленных осложнений (послеоперационных грыж, спаечной болезни и ее проявлений) и лучший косметический эффект. Для здравоохранения высокую экономическую эффективность в связи с коротким сроком пребывания в стационаре.

Выводы: Эндопротезирование при аневризме брюшной аорты наиболее малотравматичный метод, технически выполнимый у большинства больных, особенно у больных с высоким риском открытых операций. Сравнивая современные миниинвазивные методы, ближайшие результаты при EVAR и операциях из минидоступа сопоставимы. Но частота повторных вмешательств в отдаленном периоде, связанных с первичной операцией, в 2 раза чаще у пациентов после эндоваскулярного лечения. Операции из минидоступа могут быть выполнены у всех больных с синдромом Лериша и у 1/3 больных с аневризмой брюшной аорты. Применение лапароскопических технологий позволяет расширить показания к использованию минидоступа.

Рекомендации: Учитывая больший риск неблагоприятных исходов в отдаленном периоде у пациентов после эндоваскулярного вмешательства в сравнении с открытой операцией из минидоступа, целесообразно дальнейшее совершенствование открытых миниинвазивных технологий, особенно у лиц с ожидаемым прогнозом жизни более 6 лет.

Ключевые слова: Миниинвазивная хирургия, минидоступ, аневризма брюшного отдела аорты, синдром Лериша, эндопротезирование, лапароскопическая диссекция.

---

558. Трепан-биопсия при новообразованиях щитовидной железы: первый опыт

Долидзе Д.Д.1,2, Кованцев С.Д.1, Багателия З.А.1,2, Лебединский И.Н.1, Лукин А.Ю.1,2, Пичугина Н.В.1, Ротин Д.Л.1, Гугнин А.В.1, Кириленко Е.Г.1

Москва

1 – ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва2 – Российская Медицинская Академия Непрерывного Профессионального Образования ДПО, Москва

Введение: Тонкоигольная аспирационная пункция (ТАП) узловых образований щитовидной железы – широко используемая диагностическая процедура, позволяющая на раннем этапе установить диагноз рака щитовидной железы. Полученный цитологический материал оценивается по системе Bethesda, с дальнейшим решением о необходимости наблюдения, повторной ТАП или оперативного вмешательства. Несмотря на важную роль ТАП в оценке образований щитовидной железы, недиагностический результат встречается в 10-50% случаев. Важным недостатком метода является полученный цитологический материал, который не позволяет оценить ткань в целом, а только ее отдельные клеточные элементы. Гистологический материал позволяет получить более детальную структуру образования. За последние годы произошел существенный прогресс в развитии аппаратов для трепан-биопсии и УЗИ. Актуальным направлением в эндокринной хирургии может стать внедрение трепан-биопсии для оценки опухолевых образований щитовидной железы, особенно в сложных для диагностики случаях.

Материалы и методы: в исследование были включены 24 пациента (6 мужчин и 18 женщин) с узловым образованием щитовидной железы и цитологической картиной фолликулярной опухоли (Bethesda IV). Возраст пациентов варьировался от 18 до 72 лет, средний возраст 55±8,17. Размеры образования при УЗИ были 12,5±2,11; 12±1,43; 11±1,44 мм. Перед вмешательством пациенты отменяли препараты, влияющие на свертывающую систему крови. Всем пациентам трепан-биопсия выполнялась под ультразвуковым контролем с обязательной оценкой кровоснабжения в режиме цветового доплеровского картирования и энергетической доплерографии, оценкой по системе TI-RADS. Манипуляция производилась срединным и латеральным доступами. Забор материала производился минимум из двух участков, один – через ткань опухоли, второй – по краю опухоли с захватом капсулы иглой 18G. При выявлении подозрительного в отношении малигнизации участка образования выполнялись дополнительные биопсии. Всем пациентам после выполнения трепа-биопсии щитовидной железы выполнялось оперативное вмешательство. Тиреоидэктомия была выполнена 7 (29,17%) пациентам, гемитиреоидэктомия – 17 (70,84%) больным. Оперативное пособие дополнялось центральной лимфодиссекцией у 3 пациентов (12,5%).

Результат: образование щитовидной железы было доступно для трепан-биопсии во всех 24 случаях (100%). Все образования оценивались по системе TI-RADS. Категория TI-RADS 3 была определена у 16 (66,67%), TI-RADS 4 – у 5 (20,83%) и TI-RADS 5 – у 4 (16,67%) пациентов. Перинодулярный кровоток присутствовал в 5 (20,83%) случаях, интранодулярный – в 6 (25%) и пери- и интранодулярный – в 13 (54,17%) наблюдениях. У 15 (62,5%) пациентов опухоль располагалась справа и у 9 (37,5%) – слева. Наиболее часто образование располагалось в нижнем полюсе левой доли 9 (37,5%) больных. В 6 (25%) случаях опухоль находилась в верхнем полюсе левой доли, в 5 (20,93%) – в верхнем полюсе правой доли и в 4 (16,67%) – нижнем полюсе правой доли щитовидной железы. В большинстве случаев трепан-биопсия выполнялась срединным доступом через перешеек щитовидной железы 22 (91,67%) больных. Ввиду высокого риска травматизации сосудов в 2 (8,34%) случае биопсия была выполнена латеральным доступом. Срочное гистологическое исследование не позволило выявить злокачественные новообразования во время операции. При этом в 3 (12,5%) наблюдениях трепан-биопсия позволила выявить инкапсулированный вариант папиллярного рака щитовидной железы. В 21 (87,5%) наблюдении были выявлены аденома, коллоидный зоб, и аутоиммунный тиреоидит подтвержденный данными трепан-биопсией.

Выводы: Трепан-биопсия может быть использована в качестве дополнительного диагностического метода к контролируемой ТАП у больных с различными образованиями щитовидной железы. Введение в практику трепан-биопсии щитовидной железы поможет оптимизировать диагностику и тактику лечения пациентов.

Ключевые слова: щитовидная железа, трепан-биопсия, тонкоигольная аспирационная пункция.

559. Оценка качества жизни пациентов хирургического профиля в зависимости от наличия сочетанного повреждения в условиях современного конфликта

Дыбин А.С., Поляков А.С., Позняк А.А., Козовой И.Я., Шиндак В.В.

1) Северодвинск,
2) Санкт-Петербург,
3) Североморск

1) в/ч 69008-2,
2) ВМедА,
3) ФГКУ «1469 ВМКГ» МО РФ,
4) филиал №2 ФГКУ «1469 ВМКГ» МО РФ

Качество жизни (КЖ) является показателем, позволяющим комплексно оценить здоровье пациентов в соответствии с его определением Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время существует значительное число методик оценки показателя КЖ, выбор которых зависит преимущественно от цели исследования.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов хирургического профиля в зависимости от наличия сочетанного повреждения.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили результаты анкетирования пациентов хирургического отделения одного из лечебных учреждений г. Северодвинск в 2023 году. В качестве инструментов исследования использовались краткая версия опросника КЖ ВОЗ (WHOQOL-BREF) и анкета EQ-5D-3L. Для опросника ВОЗ рассчитывалась сумма значений всех ответов, для опросника EQ-5D-3L оценивалась шкала EQ-VAS. Объем выборочной совокупности составил 36 человек. Нормальность распределения определялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Количественные данные отражались в виде среднего арифметического с 95% доверительным интервалом (95%ДИ). Для оценки различий показателей использовался сравнительный анализ с применением t-критерия Стьюдента. Поиск корреляций проводился с применением двусторонних и односторонних критериев Пирсона и Спирмена. Данные считались статистически значимыми при вероятности ошибки первого типа менее 5%. Обработка данных осуществлялась с помощью программы IBM SPSS ver.25.

Результаты и обсуждение: Все участники исследования были мужчинами, средний возраст которых составил 35,69 года (95% ДИ: 32,86-38,53). Высшее образование имели 7 человек (19,4%), среднее профессиональное образование – 15 человек (41,7%), 10 человек (27,8%) отметили среднее образование и 4 человека (11,1%) указали на неполное среднее образование. Бездетными были 7 человек (19,4%), многодетными – 3 человека (8,3%), и 26 человек (72,3%) отметили наличие в семье одного или двух детей. Курящими себя считали 30 человек (83,3%). Две трети опрошенных (28 чел., 77,8%) имели повреждение одной части тела, 6 опрошенных (16,7%) указали на повреждение двух частей тела, и трое пациентов (5,6%) указали на повреждение трех частей тела. Средняя оценка качества жизни у пациентов, не имеющих сочетанных повреждений, составила по шкале краткой версии опросника ВОЗ 86,89 балла (95% ДИ: 80,59-93,2), по шкале EQ-VAS – 54,57 балла (95% ДИ: 46,19-62,95). Пациенты, имеющие сочетанные повреждения по шкале опросника ВОЗ оценили КЖ в 88,13 балла (95% ДИ: 80,75-95,5), и по шкале EQ-VAS – 66,88 балла (95% ДИ: 54,65-79,1). Сравнительный анализ оценок в исследуемых группах не выявил статистически значимых различий как в случае использования краткого опросника ВОЗ (t=-0,204, p=0,839), так и при использовании EQ-VAS (t=-1,507, p=0,141). Поиск связи оценки КЖ с количеством одновременно пораженных частей тела выявил наличие статистически значимой односторонней корреляции только с помощью критерия Спирмена в случае оценки КЖ по шкале EQ-VAS (rs=0,32; p=0,028). Причинами установленной односторонней прямой средней силы корреляции количества поврежденных частей тела с оценкой КЖ по шкале EQ-VAS наиболее вероятно является тот факт, что подобные повреждения обусловлены поражающим действием элементов при минно-взрывных ранениях, а также тем, что пациенты, имеющие более тяжелые повреждения либо остаются на предыдущих этапах лечения, либо не доезжают до этапов эвакуации, в то время как поражение одной части тела более характерно для пулевых ранений и сопровождается более значительным нарушением функции части тела или органов, что также отражается и на КЖ пациентов.

Выводы: В данном исследовании в сравниваемых группах пациентов хирургического профиля, имеющих сочетанные повреждения и имеющих поражение только одной части тела статистически значимой разницы в оценках КЖ как с помощью WHOQOL-BREF, так и с помощью опросника EQ-5D-3L не установлено. Определена средней силы прямая связь количества поврежденных частей тела с оценкой качества жизни по шкале EQ-VAS.

Ключевые слова: Качество жизни, EQ-5D, WHOQOL-BREF, хирургический профиль, сочетанные повреждения

560. Применение вакуум-терапии и лазерных технологий в комплексном лечении огнестрельных ранений конечностей

Давыдов Д.В., Керимов А.А., Брижань Л.К., Онницев И.Е., Земляной А.Б., Беседин В.Д., Найда Д.А., Павленко А.Г., Сиренко А.Д.

Москва

ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации

Актуальность: Огнестрельное ранение кардинально отличается от всех других видов травмы по характеру местных и общих изменений, течению раневого процесса и представляет собой тяжелую задачу для травматологии и ортопедии. В настоящее время углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков, касающихся учения об огнестрельной ране, современных подходов в диагностике и лечении пострадавших с огнестрельными повреждениями конечностей необходимо для грамотного оказания медицинской помощи.

Материалы и методы: В исследование вошли 40 раненых с огнестрельными переломами костей конечностей, проходивших стационарное обследование и лечение в центре травматологии и ортопедии ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» МО РФ. Всем раненым оказывали традиционное комплексное лечение, включающее консервативную терапию, оперативное лечение и методы физического воздействия в виде узкополосного лазерного излучения и вакуум-терапии. С целью определения эффективности лечения огнестрельных переломов костей конечностей все раненые были разделены на 2 группы. В I группу (контрольная) вошли 20 (50%) раненых, у которых применяли изолированно вакуум-терапию в режиме постоянной аспирации с уровнем отрицательного давления 120 мм.рт.ст. Во II группу (сравнения) вошли 20 (50%) раненых у которых вакуум-терапия сочеталась с узкополосным световым излучением с длинной волны 980 нм. Антибактериальная терапия проводилась с учетом результатов бактериологического исследования и чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам. Лазерное облучение выполняли на аппарате «FaberLase» в режиме средней мощности 3 Вт, длительностью импульса 50 мкс для мягких тканей и мощностью 13 Вт, импульсом 100 мс для костной ткани однократно во время хирургической обработки перед наложением вакуумной повязки. Динамику репаративного процесса оценивали по клинической картине, лабораторным показателям, методом компьютерного анализа цифрового изображения и гистологическим исследованиям. Полученные результаты: По данным гистологического исследования выявлено, что во II группе отмечено более выраженное снижение воспалительной инфильтрации, ангиогенез с образованием грануляционной ткани и пролиферацией фибробластов по сравнению с контрольной группой. Срок закрытия огнестрельной раны, при помощи реконструктивно-восстановительных пластических оперативных вмешательствах во II группе был 15,9±1,1 суток, что на 7,1% меньше, чем в I группе. Полученные результаты расширяют представления о возможности применения лазерной терапии и требуют дальнейшего изучения влияния данного метода на репаративный процесс при боевой хирургической травме.

Обсуждение: Особенности морфологии огнестрельной раны, имеющей зону вторичного некроза, микробная контаминация требуют дополнительных методов лечения направленных на улучшение репаративного процесса. В связи с чем в комплексном лечении огнестрельных переломов костей конечностей использовали метод лазерной терапии, который обладает доказанными положительными эффектами такими как: улучшение микроциркуляции, снижение воспаления, улучшение репаративного процесса, спазмолитическим и обезболивающим действием.

Выводы: Современные методы физического воздействия в виде вакуум-терапии и лазерного излучения, применяемые в комплексном лечении огнестрельных переломов конечностей, позволяют подготовить рану для пластического замещения дефекта мягких тканей в более ранние сроки и уменьшить частоту развития инфекционных осложнений.

Рекомендации: Правильный выбор метода локального воздействия в зависимости от тяжести ранения, фазы раневого процесса, величины дефекта позволяют уменьшить сроки лечения и восстановления после полученного ранения.

Ключевые слова: огнестрельное ранение, вакуум-терапия, лазер, лазерная терапия

---

561. Эмболоопасные тромбозы в бассейне нижней полой вены: современные подходы к хирургическому лечению

Красников А.П., Клыков Л.Л., Алборов Ю.Р., Марьян Д.И., Козлов Д.В., Вериго А.В., Лебедева А.Ю., Лебедев И.С.

Москва

МОСКОВСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КОММУНАРКА» ДЗМ

Легочную эмболию регистрируют ежегодно с частотой 35—40 на 100 000 человек. Ежегодно когорта «венозных» пациентов в нашей стране увеличивается на 90—100 тыс. В течение первого месяца после выявления тромбоза

глубоких вен нижних конечностях по причине тромбоэмболии легочной артерии умирают 6% пациентов. Эмболоопасные тромбозы в бассейне НПВ выявляются в 16% – 39% случаев.

Цель исследования: изучение современных подходов к хирургическому лечению эмболоопасных тромбозов в бассейне НПВ.

Материалы и методы: С июня 2022 по февраль 2023 в ММКЦ «Коммунарка» пролечено 176 пациентов с эмболоопасными тромбозами в бассейне НПВ, которые были разделы на две контрольные группы: первая группа 132 пациента, которым проводилась антикоагулянтная терапия в лечебной дозировке с положительным результатом. У 30% локализация тромбоза – подколенный сегмент, 47% – бедренный сегмент, 23% – подвздошный сегмент. Вторая группа 44 пациента, которые имели противопоказания к назначению антикоагулянтной терапии выполнена хирургическая профилактика ТЭЛА, что составило 25% от общего числа пациентов. По локализации флотирующей части тромба: 34% – подвздошно-кавальный сегмент, 54% – бедренный сегмент, 12% – подколенный сегмент. Длина флотирующего части: до 4 см – у 2 пациентов (4,5%), от 4 до 7 см – у 24 пациентов (54,5%), и свыше 7 см длиной – у 18 больных (41%). Пациентам выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование – 44 (100%); КТ с в/в контрастированием легочной артерии – 34 (77%); компьютерная томография брюшной полости с контрастированием нижней полой вены и подвздошных вен – 10 (22,7%). Тромбоэмболия легочной артерии выявлена у 54,5% (24 пациентов), у 11,3% (5 пациентов) рецидивирующая ТЭЛА.

Результаты: Принципы профилактики ТЭЛА при флотирующих тромбозах в бассейне НПВ заключались в стремлении к фиксации свободно флотирующего части, создание преграды на пути эмбола (кава-фильтры), удаление флотирующего тромба. Имплантация съемного кава-фильтра («OptEase/Зонтик,ALN») выполнена у 39 пациентов (88,6%), тромбэктомия из глубоких вен нижних конечностей у 5 пациентов (11,4%). Показаниями к имплантации кава-фильтра являлись: проксимальный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и развившаяся тромбоэмболия легочной артерии при наличии противопоказаний к антикоагулянтной терапии. Открытая тромбэктомия из глубоких вен нижних конечностях выполнялась при прогрессировании тромботического процесса, увеличении флотирующей части тромба при контрольном УЗАС вен нижних конечностей, несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию. Тромбэмболия в кава-фильтра верифицирована у 2 (4,5%) пациентов, осложнение в виде рецидива тромбоэмболии легочной артерии у 1 (2,2%) пациента. Ранних послеоперационных осложнений при выполнении тромбэктомии из глубоких вен нижних конечностей выявлено не было.

Выводы: Таким образом, имлантация кава-фильтра у 97,8% пациентов оказалась эффективным методом профилактики тромбоэмболических осложнений. В тоже время отсутствие рецидива ТЭЛА и эмболии в кава-фильтр у данной категории пациентов (даже на фоне профилактических доз антикоагулянтной терапии), может свидетельствовать о возможном расширении показаний к хирургической профилактике. Что является поводом к дальнейшему изучению данной проблемы.

Ключевые слова: Тромбоэмболия легочной артерии, флотирующий тромбоз, кава-фильтр, тромбоз вен нижних конечностей

---

562. Передне-аксиллярный билатеральный эндоскопический доступ в хирургии щитовидной железы

Черепанин А.И.

Москва

АПО ФНКЦ ФМБА

Актуальность: препятствием широкому внедрению эндоскопических технологий в хирургию щитовидной железы до сих пор остается не достаточно изученные риски и результаты этих операций.

Цель исследования: сравнить хирургические и эстетические результаты тиреоидэктомии эндоскопическим передним билатеральным грудо-аксиллярным доступом (ABBA) с инсуффляцией газа с традиционным открытым доступом у пациентов с узловым зобом. Методы: в период с августа 2018 по август 2023 года было проведено проспективное сравнительное когортное исследование у пациентов, которым была выполнена геми- или тиреоидэктомия. Пациентам последовательно назначался один тип доступа (открытый или эндоскопический). Были оценены результаты хирургического вмешательства и удовлетворение эстетическим результатом при выписке и в течение 12-месячного наблюдения.

Результаты: Всего в исследование было включен 91 оперированный пациент: 50 из открытого доступа и 41 из эндоскопического. 89(97%) были женщинами (средний возраст 44 года). Узловой зоб был основным показанием к хирургическому вмешательству (в 74% случаев):открытым доступом – 42 лобэктомии и 8 тотальных тиреоидэктомий, эндоскопичпеским – 34 и 7 соответственно.

Обсуждение: среднее время пребывания в больнице было одинаковым 2 дня. Пациентов с транзиторной дисфонией отмечено по 4 в каждой группе. У тех пациентов, которым была выполнена тотальная тиреоидэктомия, частота транзиторного гипопаратиреоза составила соот-

ветственно 9% и7%, постоянного – 0%. Исходные характеристики пациентов были одинаковыми в обеих группах. Общее время операции при эндоскопическом подходе было больше на +- 31 мин – в случае гемитиреоидэктомии и +- 53 мин – в случае тиреоидэктомии. Не было выявлено существенной разницы в частоте послеоперационных осложнений. Продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем 2 суток в обеих группах. Эстетическая удовлетворенность пациентов была достоверно выше при эндоскопическом исследовании, чем в открытой группе ($p < 0,001$), при выписке из стационара и при 12-месячном наблюдении.

Выводы: ABBA, являясь вариантом эндоскопической резекции щитовидной железы, сочетает эстетический результат операции и комфорт выполнения хирургического вмешательства. Доступ хорошо стандартизируется и не требует дополнительных специальных инструментов. ABBA позволяет выполнять как гемитиреоидэктомию так и тиреоидэктомию при необходимости в сочетании с центральной лимфодиссекцией, при этом общее количество осложнений не превышает таковое при открытых операциях.

Рекомендации: эндоскопические технологии нуждаются в более широком внедрении в хирургию щитовидной железы

Ключевые слова: тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, передний билатеральный аксиллярный доступ, ABBA, послеоперационный гипопаратиреоз, послеоперационная дисфония

---

563. Возможности reTAPP и reTEP при рецидивных паховых аллогерниопластиках.

Черепанин А.И.1, Шестаков А.Л. 2, Негребов М.Г. 1, Анаскин С.Г. 3

Москва

1 ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» Москва, Россия.2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Москва,

Актуальность. Операции по поводу рецидивов относят к наиболее сложным типам паховой герниопластики. Согласно рекомендация EHS операции в случае рецидивов паховых грыж целесообразно выполнять альтернативным способом: соответственно после задних доступов – передним доступом, а после передних – задним. Эндо-лапароскопические технологии привлекают малотравматичностью и возможностью ранней активизации. Однако отсутствие опыта их использования в варианте reTAPP и reTEP, ограничивает внедрение в широкую практику.

Материал и методы. Мы располагаем опытом использования задних доступов у 5 пациентов с рецидивами паховых грыж после TAPP и TEP (1 – reTAPP и 4 – reTEP). Выбор варианта повторного вмешательства был продиктован желанием пациента и оперировавшего хирурга. Технические трудности повторных операций были связаны в основном с наличием спаечного процесса, вовлекавшего семенной канатик и имплант, а также трудностями дифференцировки тканей. Ранее установленный имплант желательно не иссекать полностью во избежание увеличения продолжительности операции и дополнительной травмы. Отличий в интенсивности послеоперационного болевого синдрома и частоте возникновения сером и гематом при reTAPP и reTEP относительно первичных паховых лапаро-эндоскопических герниопластик нами не отмечено.

Выводы. Операции reTAPP и reTEP по поводу рецидивов паховых грыж после задних доступов характеризуются большей продолжительностью и сложностью выполнения, однако при наличии опыта не сопровождаются существенно большим числом послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: паховая аллогерниопластика, reTAPP, reTEP, эндо-лапароскопические технологии

---

564. Симультанные оперативные вмешательства у больных колопроктологического профиля в условиях стационара «одного дня»

Белик Б.М. (1), Ковалев А.Н. (2), Ефанов С.Ю. (1), Скорляков В.В. (1), Родаков А.В. (1)

Ростов-на-Дону, Краснодар

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 2) «Международный медицинский центр «УРО-ПРО»

Актуальность. В настоящее время сочетание различных заболеваний хирургического профиля выявляется у 20-30% пациентов. При этом количество больных с сочетанной патологией продолжает расти, преимущественно, за счет пациентов старшей возрастной группы. Вместе с тем фактическая доля выполняемых симультанных операций не превышает 1,5-6% от общего количества хирургических вмешательств. В последние годы среди специалистов отмечается повышенный интерес к симультанным

оперативным вмешательствам, особенно в области стационарзамещающих форм оказания хирургической помощи. В то же время проведение симультанных операций в амбулаторно-поликлинических учреждениях по-прежнему сопряжено со значительными трудностями, так как они не являются стандартными и расширение объема хирургического вмешательства в каждом конкретном случае требует персонифицированного подхода. Это в полной мере относится к проведению симультанных операций в амбулаторных условиях у пациентов колопроктологического профиля в связи с отсутствием четких организационно-методологических принципов оказания стационарзамещающей помощи этой категории больных, включая определение показаний и противопоказаний к сочетанному вмешательству, специфику предоперационной подготовки и анестезиологического пособия, технологические аспекты проведения хирургического вмешательства, особенности послеоперационного лечения и реабилитации. Поэтому изучение возможностей выполнения симультанных операций у больных при сочетании заболеваний аноректальной области с другой патологией хирургического профиля в амбулаторных условиях является актуальной задачей современной медицины.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения симультанных оперативных вмешательств у больных колопроктологического профиля в условиях поликлинического стационара.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе поликлинического стационара ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара за период 2021-2023 гг. В исследование были включены 104 пациента с различными заболеваниями аноректальной области, сочетающихся с другой патологией хирургического профиля. Всем данным пациентам были произведены симультанные оперативные вмешательства в условиях стационара «одного дня». Мужчин было 48 (46,2%), женщин – 56 (53,8%). Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет. У 26 (25,0%) пациентов заболевания аноректальной области сочетались с грыжами брюшной стенки, у 47 (45,2%) – с урологической патологией и у 31 (29,8%) – с гинекологическими заболеваниями. У колопроктологических больных оперативные вмешательства выполнялись по поводу следующих заболеваний: хронический геморрой II-III стадий (41 пациент), хроническая анальная трещина (33 пациента), пилонидальная киста копчика (17 пациентов), низкие транссфинктерные аноректальные свищи (13 пациентов). При выполнении симультанных вмешательств во всех случаях использовали малоинвазивные хирургические технологии. Обязательным условием обоснования возможности проведения симультанного хирургического вмешательства являлось всестороннее и полноценное обследование пациентов. Помимо традиционных общеклинических методов оно включало лучевые и инструментальные методы исследования (ультразвуковое сканирование органов брюшной полости, малого таза, сердца и сосудов нижних конечностей, компьютерная и магнитно-резонансная томография, высокоразрешающая аноскопия, фиброколоноскопия, эзофагогастродуоденоскопия), а также консультации профильных специалистов. Противопоказанием к выполнению симультанных операций являлись возраст пациента старше 65 лет, III–IV класс тяжести состояния по ASA, высокая степень риска по шкале МНОАР. Проведен анализ результатов симультанных операций у больных с различной сочетанной патологией, включая оценку уровня жизни пациентов на основе опросника MOS SF-36.

Результаты и обсуждение. У 26 пациентов симультанное хирургическое вмешательство включало грыжесечение в сочетании с различными колопроктологическими операциями. При выполнении грыжесечения у 14 больных применен лапароскопический доступ и у 12 больных произведена открытая «ненатяжная» пластика грыжевых ворот с использованием композитных сетчатых материалов Parietex Composite. У 11 пациентов грыжесечение выполняли в сочетании с вмешательством на геморроидальных узлах (у 6 пациентов – лазерная геморроидопластика – LHP и у 5 – допплер-контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией – технология HAL-RAR). У 9 пациентов грыжесечение сочетали с лазерной коагуляцией и иссечением хронической анальной трещины, у 4 больных – с лазерной деструкцией (вапоризацией) пилонидальной кисты копчика и у 2 больных – с лазерной деструкцией параректального свища (технология FiLaC). Средняя продолжительность симультанного оперативного вмешательства у этих пациентов составила 86,4±15,3 мин. Самую большую группу по сочетанным заболеваниям составили пациенты с урологической патологией (47 больных). У этих пациентов были произведены следующие урологические операции: циркумцизио – у 18 больных, операция Мармара с использованием прецизионной хирургической техники и операционного микроскопа – у 20, трансуретральная микроволновая терапия – у 9 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. У 21 пациента урологическое вмешательство сочетали с операцией на геморроидальных узлах (у 12 больных – LHP и у 9 больных – HAL-RAR), у 16 – с коагуляцией и иссечением анальной трещины, у 6 – с лазерной деструкцией пилонидальной кисты копчика и у 4 больных – с лазерной аблацией свища прямой кишки (FiLaC). Средняя продолжительность симультанного вмешательства у этой категории больных составила 42±7,3 мин. В 31 наблюдении у колопроктологических пациентов осуществляли симультанные гинекологические вмешательства: у 18 пациенток – позадилонную уретропексию с укреплением средней трети уретры свободной синтетической петлей (tension-free vaginal tape) с целью лечения недержания мочи, у 5 – лабиопластику, у 8 – установку Word-катетера или лазерную вапоризацию кисты бартолиновой железы. У 9 пациенток гинекологическое вмешательство осуществляли в сочетании с операцией по поводу геморроя (у 5

больных – LHP и у 4 – HAL-RAR), у 8 – с лазерной коагуляцией и иссечением анальной трещины, у 7 – с лазерной деструкцией пилонидальной кисты копчика и у 7 пациенток – с лазерной аблацией аноректального свища (FiLaC). Средняя продолжительность симультанного вмешательства у данных пациенток составила 47±8,6 мин. Среднее время пребывания всех пациентов после симультанного оперативного вмешательства в условиях стационара «одного дня» составило 9,6±5,2 часов. Серьезных послеоперационных осложнений у больных с симультанными вмешательствами не наблюдали. Характерно, что непосредственный результат хирургического лечения во всех случаях расценивался как хороший – у больных отсутствовали признаки стойкого болевого синдрома, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Оценка качества жизни у пациентов на 10-е сутки после симультанного оперативного вмешательства для физического компонента здоровья соответствовала 75,3±8,3 баллам, для психологического компонента – 78,2±11,2 баллам. На 20-е сутки после симультанной операции у больных физический элемент здоровья достигал 89,5±9,7 баллов, психологический элемент – соответственно 92,6±7,6 баллов. При осмотре пациентов через 1 год рецидива сочетанных заболеваний, по поводу которых производились симультанные оперативные вмешательства, не наблюдали.

Выводы. Основным условием обоснования возможности проведения амбулаторного симультанного оперативного вмешательства у больных с заболеваниями аноректальной области, сочетающихся с другой хирургической патологией, является всестороннее клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациентов, включая консультацию профильных специалистов. Сочетанные хирургические вмешательства с использованием малоинвазивных технологий незначительно повышают тяжесть и продолжительность операции по сравнению с вмешательствами, выполняемыми по поводу такой же основной колопроктологической патологии. При этом малоинвазивные симультанные операции не приводят к серьезным послеоперационным осложнениям и, как правило, позволяют получить хорошие непосредственные результаты хирургического лечения. Оценка качества жизни пациентов, перенесших симультанные операции в условиях стационара «одного дня», показала, что в подавляющем числе наблюдений у больных отмечается достаточно раннее восстановление показателей физического и психологического компонентов здоровья с возвращением к привычному виду деятельности.

Ключевые слова: симультанные операции, амбулаторная колопроктология, стационарзамещающие формы хирургической помощи, малоинвазивные технологии

---

565. Острый панкреатит у беременных

Магомедов А.Г., Омаров К.Х., Магомедова З.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, РКБ им. А.В. Вишневского

Актуальность. Одной из частых острых хирургических патологий у беременных является острый панкреатит. У беременных имеются особенности течения, обследования и лечения данного заболевания, которые необходимо учитывать хирургу.

Цель. Изучить по разработанному нами алгоритму особенности течения и лечения острого панкреатита у беременных.

Материалы и методы. За 2018-2022 гг. пролечено 33 беременных (1группа, основная) с острым панкреатитом различной степени тяжести и сложности. Вторую группу (контрольную) составили 28 пациенток, лечившихся в 2014-2017 году. Большое значение имеет срок и особенности течения беременности. Исходя из полученных данных при обследовании, совместно с акушерами-гинекологами принимается решение о тактике лечения пациенток, о необходимости прерывания беременности, оперативном или консервативном лечении панкреатита и т.д. В приемном отделении в течение 20 минут проводится осмотр пациентки хирургом, терапевтом, акушером-гинекологом, (а при необходимости и другими специалистами). В обследование обязательно входят общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением амилазы крови, билирубина общего и прямого, креатинина, общего белка крови, АСТ, АЛТ, глюкозы крови, коагулограмма, проводится УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы, почек, матки и плода, ЭКГ. При необходимости по рекомендации терапевта можно проводить рентгенографию легких или ФЛГ цифровым аппаратом, с прикрытием свинцовым фартуком брюшной полости. Пациентка госпитализируется в ОРИТ хирургии, где проводится дальнейшее лечение. При возникновении подозрения на острую патологию пищевода, желудка или ДПК – с большой осторожностью проводится ФГДС. Устанавливается катетер в центральную вену, мочевой пузырь, НГЗ. Проводится интенсивная дезинтоксикационная терапия, подавление ферментативной активности поджелудочной железы, восполнение ОЦК и т.д. При выявлении выпота в брюшной полости и клиники перитонита необходимо срочное решение вопроса о хирургическом вмешательстве. Предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам – диагностически-лечебной лапароскопии, с проведением санации и дренирования, в том числе и малого сальника, пункционного дренирования брюшной полости под УЗИ контролем с исследованием ферментов в полученной жидкости. Во всех случаях необходимо корректировать точки доступа в брюшную полость с учетом размеров матки, также использовать УЗИ для определения точек доступа. Лапа-

ротомия проводится только при выявлении инфильтрата с абсцедированием в сальниковой сумке, затрудняющей доступ для лапароскопии или пункционного дренирования, и при наличии трудно извлекаемых секвестров. В осложненных случаях возникает необходимость в проведении повторных санаций сальниковой сумки, для чего приходится накладывать оментобурсостому. В каждом случае проводится постоянный мониторинг за состоянием плода, сроки прерывания беременности или родоразрешения определяются строго индивидуально. Проведение кесарева сечения на фоне перитонита крайне нежелательно, предпочтение отдается родоразрешению по естественным путям.

Результаты. Своевременное лечение острого панкреатита у беременных по разработанному нами алгоритму значительно сокращает время обследования пациентов и соответственно сокращаются сроки лечения, практически во всех случаях удалось пролонгировать беременность (94%), только в двух случаях состоялось досрочное родоразрешение (6%). В контрольной группе соответственно 75% и 25%.

Вывод. Строго индивидуальный, мультидисциплинарный подход к лечению острого панкреатита у беременных с применением современных методов обследования и лечения и по нами выработанному алгоритму позволил улучшить результаты лечения и снизить случаи досрочного родоразрешения на 19%.

Ключевые слова: панкреатит, беременность

---

566. Оригинальный подход к индукции репаративного процесса в ургентной хирургии

Власов А.П., Маркин О.В., Мухаммад А., Ахмед Р.Н., Бабикер М.О., Мадонов К.С.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Важнейшей проблемой хирургии, особенно ургентной, до сих пор остается поиск и разработка способов уменьшения раневых осложнений и улучшения репаративного процесса. Одним из значимых успехов в этом направлении – антибиотикопрофилактика. Ее повсеместное применение в значительной степени сократило количество гнойно-некротических осложнений со стороны ран, что привело к улучшению результативности хирургических вмешательств, особенно в ургентной хирургии. Однако такой подход не решает проблему оптимизации репаративного процесса, ибо его вектор направлен не на индукцию регенерации, а на профилактику раневой инфекции. Известно, что при замедлении темпа заживления тканевых структур вероятность осложнений со стороны раны повышается, причем даже на фоне антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Поэтому поиск индукторов регенерации остается в центре внимания и современной хирургии. Нами разрабатывается новый подход в этом направлении, в основу которого положена концепция совершенствования репаративного процесса за счет купирования факторов, негативно влияющих на репаративный процесс.

Материал и методы. Проведены клинико-лабораторные исследования у 128 хирургических больных различной ургентной патологией (перитонит (31), деструктивный холецистит (22), механическая желтуха (17), острая кишечная непроходимость (34), панкреатит (24), в том числе с коморбидным фоном (21) – сахарным диабетом), которые оперированы с применением традиционного (открытого) оперативного доступа, чаще всего срединной лапаротомии. Выделены группы: первая (60) больные в раннем послеоперационном периоде проводилась стандартизированная терапия; вторая (68) – лечение включало препарат метаболического типа действия (реже (21) с лазерной терапией). Контрольную группу (18) составили больные, оперированные в плановом порядке. Оценивали: эндогенную интоксикацию, микроциркуляцию, тесты по определению окислительного стресса, фосфолипазных систем. Репаративный процесс тканей в области лапаротомной раны устанавливали по ряду клинических тестов, а также по цитологическому исследованию раневого экссудата, редокс-потенциалу и др.

Результаты. Установлено, что заживление тканей лапаротомной раны у больных с ургентной патологий протекал замедленно с пролонгацией воспалительной фазы, что приводило к развитию осложнений в ране (нагноения отмечены у 4 (6,7%) пациентов, серомы – у 5 (8,3%), гематомы – у 3 (5,0%) больных). В раневом экссудате отмечено повышенное количество нейтрофильных лейкоцитов, снижение регенеративно-дегенеративного индекса и количества тканевых полибластов. Это происходило на фоне выраженного нарушения (на 21,3–53,7%) микроциркуляции по линии швов и снижения (на 8,4–29,9%) редокс-потенциала регенерирующих структур. У больных установлены выраженные нарушения гомеостаза, в частности эндогенная интоксикация (рост токсинов на 135,3–234,2%), окислительный стресс (увеличение в 1,7–2,9 раз), активизация фосфолипаз (рост в 2,6–3,7 раз), что, безусловно, не могло не влиять на репаративный процесс. На фоне комплексной терапии темп заживления тканей в области раны повышался, количество осложнений уменьшилось (нагноения отмечены у 1 (1,5%) пациента, серомы – у 2 (2,9%), гематомы – у 2 (2,9%) больных). При цитологической оценке раневого экссудата установлена сравнительно быстрая смена фазы воспаления на репаративную. При этом по линии швов зарегистрировано улучшение (на 10,3–27,7%) микроциркуляции и биоэнергетики тканей. Подчеркнем, что при комплексной терапии у больных происходило снижение выра-

женности эндогенной интоксикации (на 17,3– 29,8%) и окислительного стресса (на 19,8–30,2%, фосфолипазной активности (на 20,7–37,4%).

Ключевые слова: рана, заживление, индукция

---

567. Повышение детоксикационной возможности организма в ургентной хирургии

Маркин О.В., Аль-Кубайси Ш.А., Левкин К.И., Дуваяров З.А., Хачатуров М.Ю., Дормидонтов М.Ю.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Одними из тяжелых и во многом непредсказуемых болезней живота до сих пор являются острый перитонит, при котором сохраняется высокий уровень летальности. Основной причиной смерти больных выступает эндогенная интоксикация, при которой поражаются различные органы и системы, приводя к полиорганной недостаточности. В последние годы одним из направлений борьбы с эндогенной интоксикацией, наряду с влиянием на очаг, является разработка способов влияния на течение катаболических процессов с использованием схем, лимитирующих их прогрессирующее течение. В работе акцент исследований сделан на использование с этой целью метаболической терапии.

Материал и методы. В основу работы положены исследования 47 больных острым распространенным перитонитом на фоне стандартизированной (21) и комплексной терапии (26) (в течение 5 суток выполняли внутривенные ежедневные вливания препарата, обладающего антиоксидантным и антигипоксантным действием (400,0-800,0 мл)). Первая группа: возраст – 51,2±4,7 лет, женщин – 9 (42,9%), мужчин – 12 (57,1%). Вторая возраст – 48,7±5,2 лет, женщин – 11 (42,3%), мужчин – 15 (57,7%). Больные оперированы (санация брюшной полости и ликвидация очага).

Результаты. В плазме крови больных в раннем послеоперационном периоде (особенно в первые 2-е суток) отмечается значительное повышение уровня токсических продуктов (на 78,3 – 338,2%). Синдром эндогенной интоксикации сопровождали явления липопероксидации (в 1,9 – 3,3 раза) и фосфолипазной активности (в 4,7 – 12,3 раза), явлений гипоксии (на 17,3 – 24,2%), выраженность которых соответствовала тяжести патологии (?2=4,743, p=0,024). Важнейшим проявлением указанного явилось мембранодестабилизирующие явления, которые диагностированы по липидограммам (модификации от 34,7 до 189,1%). Выявлены существенные модификации фосфолипидного бислоя мембран, в частности дисбаланс основных мембранообразующих липидов (модификации от 11,6 до 85,3%). Отметим, что на фоне стандартизированной терапии отмеченные гомеостатические сдвиги на ранних сроках не подвергались существенной коррекции (r=0,704?0,972, p<0,05). При комплексной терапии происходило снижение эндотоксемии (на 15,2–31,3%). Подчеркнем, что результативность такого рода лечения, судя по осложнениям, существенно возрастала (по классификации Clavien-Dindo количество осложнений уменьшалось на 36,8%).

Ключевые слова: ургентные болезни живота, детоксикация

---

568. Новое подходы в лечении пациентов с острым обтурационным холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском

Черепанин А.И.1, Анаскин С.Г. 2, Мирсаидов М.Н. 3

1) Москва
2)Обнинск

1 ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» Москва, Россия.2 3 кафедра хирургических болезней Обнинского института атомной энергетики –

Актуальность: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время считается золотым стандартом лечения острого обтурационного холецистита (ОХ), однако, она сопряжена с осложнениями и возможностью летального исхода у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации (в том числе SarsCov2), т.е. в группах высокого операционно-анестезиологического рискома (ВОАР). Согласно Токийским рекомендациям от 2018 года (TG18) декомпрессия желчного пузыря приводит к снижению риска по сравнению с ЛХЭ и может служить альтернативой хирургическому лечению у пациентов с ОХ в случае ВОАР. Однако, дренирование ЖП само может сопровождаться осложнениями, а влияние только аспирации содержимого ЖП мало изучено.

Материал и методы: проведено проспективное когортное исследование, включающее 105 пациентов, поступивших в ФГБУЗ Клиническая больница 8 ФМБА РФ, г.Обнинска в период с 2013 по 2023 г. с ОХ и тяжелой коморбидной патологией, отнесенных к категории 3 согласно TG18. Все пациенты соответствовали по физикальному статусу 4 группе по ASA после проведения стартовой консервативной терапии, не позволившей добиться улучшения. В качестве альтернативы крайне рискованной хирур-

гической операции всем пациентам в течение 48 часов была выполнена чрезкожная чрезпеченочная пункция (ЧЧПЖП) и аспирации содержимого ЖП под УЗИ наведением. У всех пациентов оценены: динамика УЗИ, лабораторных тестов, температурной реакции и клинического состояния до, после аспирации и в течение госпитализации.

Результаты: у 77 пациентов после однократной и у 23-х после двукратной ЧЧПЖП и аспирации удалось избежать неотложной операции. Положительная клинико- инструментальная динамика отмечена или непосредственно после аспирации или в течение первых 6 часов с последующим стиханием острого воспалительного процесса в ЖП. У 5 пациентов выполнена вынужденная неотложная открытая холецистэктомия из-за отсутствия клинической динамики и у 1 – из-за возникшего осложнения – внутрибрюшного кровотечения. Летальных исходов не было.

Обсуждение. Декомпрессия ЖП может быть альтернативой крайне рискованной хирургической операции, оказывая положительное влияние на патогенетический механизм возникновения ОХ. Однако метод выбора варианта декомпрессии остается предметом оживленных дискуссий. Результаты одних (ЧЧПЖП и РПХГ с катетеризацией ЖП) малоизучены, другие (пункционное дренирование, холецистостомия) способны сами приводить к осложнениям в виде несостоятельности холецистостомы, кровотечению или выпадению холецистостомического дренажа и требуют дальнейшей оценки.

Выводы. ЧЧПЖП под контролем УЗИ является эффективным и безопасным методом декомпрессии ЖП и может служить доступной альтернативой неотложному хирургическому вмешательству.

Ключевые слова: острый обтурационный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, высокий операционно-анестезиологический риск, чрезкожная чрезпеченочная пункция желчного пузыря

---

569. Миниинвазивное хирургическое лечение мегахоледохолитиаза с применением контактной электроимпульсной литотрипсии

Цеймах А.Е. (1,1), Куртуков В.А. (1,3), Штофин С.Г. (2,2), Шойхет Я.Н. (1,1)

1) Барнаул,
2) Новосибирск

1) ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
2) ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
3) КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул»

Холедохолитиаз является одним из ведущих осложнений желчнокаменной болезни, оказывающим значительную нагрузку на систему здравоохранения развитых стран. Современным стандартом лечения холедохолитиаза являются миниинвазивные чрескожные чреспеченочные, эндоскопические и видеолапароскопические методы холедохолитоэкстракции. Однако эти методы могут быть неэффективны при так называемом мегахоледохолитиазе, когда вследствие значительных размеров конкремента (более 20 мм), его вклинения в просвет общего желчного протока и отсутствия свободного просвета для проводника не удается провести миниинвазивную литоэкстракцию, и пациенту проводится конверсия и лапаротомное извлечение конкремента.

Целью данной работы было улучшение результатов миниинвазивного хирургического лечения мегахоледохолитиаза с применением контактной электроимпульсной литотрипсиию. В сравнительное проспективное исследование было включено 45 пациентов с мегахоледохолитиазом, осложненным механической желтухой, проходивших лечение в Алтайском краевом гепатологическим центре с 2017-2022 гг. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, осложнениям основного заболевания, сопутствующей патологии, лабораторным показателям билирубинемии, печеночных ферментов и холестаза до лечения. Всем пациентам проводилось консервативное и хирургическое лечение холедохолитиаза и механической желтухи согласно актуальным клиническим рекомендациям, проводились попытки видеолапароскопической, эндоскопической и чрескожной чреспеченочной литоэкстракции и механической литотрипсии. У всех пациентов попытки миниинвазивной литоэкстракции были безуспешны. В основной группе, состоявшей из 13 пациентов, после неудачных попыток литоэкстракции была проведена контактная электроимпульсная литотрипсия по следующей методике: зонд наноимпульсного литотриптора заводился через антеградный чрескожный чреспеченочный и/или ретроградный эндоскопический доступ при холедохоскопии, после чего зонд подводился к камню до плотного контакта и производилась контактная электроимпульсная литотрипсия 2-4 импульсами на частоте 2 Гц мощностью 2-3 Вт до разрушения камня

на осколки под прямым визуальным и/или рентгеноскопическим контролем. Осколки конкремента удалялись из просвета холедоха традиционными методами миниинвазивной литоэкстракции. В группе сравнения, состоявшей из 32 пациентов, после неудачных попыток миниинвазивной литокстракции проводились открытые лапаротомные литоэкстракции с дренированием холедоха по Керу или Вишневскому. У всех пациентов после хирургического лечения наблюдалась ликвидация клиники мегахоледохолитиаза и механической желтухи со статистически значимым снижением лабораторных показателей билирубинемии, печеночных ферментов и холестаза. При анализе ранних послеоперационных осложнений выявлено статистически значимо меньшее количество осложнений в основной группе ($p < 0,01$): у 15,39% пациентов основной группы были осложнения IIIa класса по Clavien-Dindo, в то время как в группе сравнения у 62,50% были различные осложнения, из них наибольшую долю составили осложнения класса IIIa по Clavien-Dindo, которые были у половины пациентов группы сравнения. При анализе отдаленных послеоперационных осложнений в течение года с момента выписки из стационара выявлено статистически значимо большее количество осложнений в группе сравнения – у 34,38% ($p < 0,01$). Отдаленные осложнения в группе сравнения включали в себя рубцовые стенозы холедоха после лапаротомных вмешательств в области поствоспалительных стриктур и связанные с ними рецидивы холедохолитиаза, которых в основной группе удалось избежать благодаря применению контактной электроимпульсной литотрипсии. Полученные результаты подтверждают известные данные исследований других методов миниинвазивной литотрипсии и позволяют рекомендовать контактную электроимпульсную литотрипсию, как метод выбора при мегахоледохолитиазе, позволяющим избежать открытого хирургического вмешательства и улучшить результаты хирургического лечения мегахоледохолитиаза.

Ключевые слова: мегахоледохолитиаз, контактная электроимпульсная литотрипсия

---

570. Анализ хирургического лечения хронического геморроя

Сухаруков А.С., Стеценко К.Б.

Смоленск

СГМУ

Актуальность. Хронический геморрой – самое частое проктологическое заболевание. Число обращений к врачу-колопроктологу прогрессирует с каждым годом. Распространенность геморроя составляет 130-140 человек на 1000 взрослого населения. При том, удельный вес заболеваний толстой кишки может составлять до 41%. Особую когорту составляют пациенты высокого хирургического риска, т.е. это пациенты, которую имеют выраженную сопутствующую патологию и вынуждены наблюдаться у профильных специалистов.

Цель. Оптимизация хирургического лечения хронического геморроя у пациентов с выраженной сопутствующей патологией путем проведения тщательного анализа их лечения.

Материалы и исследования. Основу настоящей работы составило одноцентровое документальное ретроспективное исследование, проведенное на кафедре госпитальной хирургии, располагающейся на базе отделения колопроктологии ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» города Смоленска за 2015 – 2022 гг. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 1378 (100%) пациентов, которые находились на лечении в клинике госпитальной хирургии г. Смоленска за период 2015 – 2022 гг. по поводу хронического геморроя. Для осуществления анализа и автоматизации процесса нами была разработана программа для ЭВМ «Программа для анализа лечения больных с хроническим геморроем» № 2023612282 от 01.02.2023 (правообладатель ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России). Вся дальнейшая информация вносилась в MS Excel 2019, в результате чего сформирована и зарегистрирована электронная база данных «База данных пациентов повышенного хирургического риска с хроническим геморроем» № 2023620896 от 16.03.2023 (правообладатель ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России). Дальнейшему анализу подверглось 29 пациентов. Это пациенты, у которых после хирургического вмешательства возникли осложнения различного характера. Особое внимание было уделено клиническому течению заболевания, наличию у больного сопутствующей патологии, проведенному хирургическому вмешательству и развившимся осложнениям. Был проведен анализ факторов, приведшим к данным осложнениям.

Результаты и их обсуждения. Данная группа пациентов имеет длительный анамнез заболевания (больше 10 лет). Все пациенты имели выраженную сопутствующую патологию, которая носила сочетанный характер в виде комбинации нескольких заболеваний. В первую тройку входили заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), а также хронический энтероколит. При лабораторном анализе выявлено отклонение в общем анализе крови в пользу хронической анемии различной степени выраженности. Помимо отклонений в общем анализе крови, нами внимание было обращено на показатели коагулограммы. При анализе биохимического анализа крови, а именно уровня общего белка крови, отклонений не выявлено (72,09 ± 5,03 г/л). Все послеоперационные осложнения мы разделили на 2 группы: ранние и позд-

ние. К ранним осложнениям относятся: послеоперационные кровотечения (21%), острый парапроктит (3%). К поздним осложнениям мы отнесли: рубцовые стенозы анального канала (7%), параректальный свищ (3%), длительно незаживающая рана анального канала (3%), рецидив геморроидальной болезни (10%).

Заключение. Осложнения после оперативного вмешательства по поводу хронического геморроя возникают у 2,10% больных. Выделяют ранние и поздние осложнения после геморроидэктомии, которые во всех случаях требуют оперативного вмешательства. Необходимо учитывать морбидный фон в выборе способа лечения хронического геморроя. Необходимо разрабатывать способы для персонификации лечебной тактики при хроническом геморрое.

Ключевые слова: Геморрой, осложнения, анализ, лечение

---

571. Результаты применения новой методики установки эндогубчатого зонда в лечении сквозных дефектов пищевода

Шевченко М.С, Барышев А.Г., Попов А.Ю., Быков М.И.

Краснодар

ГБУЗ «НИИ-ККБ№1 им.проф. С.В. Очаповского»

Актуальность. Сквозные дефекты пищевода – ятрогенные, спонтанные, травматические, инородными телами, в результате несостоятельности анастомоза – на сегодняшний день продолжают демонстрировать высокие цифры летальности, до 60-80%, по данным некоторых авторов. В связи с чем остро стоит вопрос о разработке новых методик, преимущественно малоинвазивных, для лечения перфораций пищевода, а также их оптимизация и усовершенствование. Метод эндоскопической вакуумной терапии, успешно применяемый нами с 2015 года, позволил снизить летальность до 20%, а использование нового запатентованного (№ RU2734545C1) способа установки эндогубчатого зонда дало возможность расширить круг показаний для применения ЭВТ.

Материалы и методы. За период 2015 – 2022 г на базе ГБУЗ «НИИ-ККБ№1 им.проф. С.В.Очаповского» проанализированы случаи 43 пациентов со сквозными дефектами пищевода: несостоятельность эзофагоэнтероанастомоза – 13 (30%), синдром Бурхаве – 21 (48%), ятрогенные повреждения – 6 (14%), несостоятельность эзофагогастроанастомоза – 3 (8%). Во всех случаях была применена эндоскопическая вакуумная терапия, у 10 (23%) пациентов дополнительно была применена санационная видеоторакоскопия, у 12 (28%) пациентов выполнено дренирование плевральной полости, 7 (16%) пациентам потребовалась санационная релапаротомия. С 2020 года в хирургическом отделении №1 ГБУЗ «НИИ-ККБ№1 им.проф. С.В.Очаповского» был использован новый, запатентованный нами, метод проведения эндовакуумной терапии – превентивное замораживание при температуре -200 С, смоченного в физиологическом растворе эндогубчатого зонда в герметичном чехле с аспирацией из него воздуха, с последующей его установкой к локации дефекта стенки пищевода. За счет временного уменьшения диаметра губчатого элемента, такой способ позволяет применять ЭВТ у пациентов с несостоятельностью эзофагогастро- и гастроэнтероанастомоза, а также у больных со структурами пищевода, расположенными проксимальнее места дефекта. Общее количество пациентов при применении новой методики составило – 18 человек (42%). Данные диагностики и динамического контроля пациентов основывались на использовании эндоскопического (эзофагоскопия), рентгенологического (компьютерная томография с пероральным контрастированием) методов и лабораторных показателей.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность ЭВТ составила 28 койко-дней, плановая замена эндогубчатого зонда проводилась каждые 3-6 суток с эндоскопическим контролем. В среднем, на 7-9 сутки отмечалось появление грануляций в области дефекта стенки пищевода. Из 43 пациентов (100%) у 10 (23%) основное заболевание сопровождалось эмпиемой плевры, им была дополнительно выполнена санационная видеоторакоскопия с дренированием. 12 пациентов (28%) – с сопутствующим медиастинитом и реактивным гидротораксом, помимо эндовакуумной терапии, было выполнено дренирование плевральной полости. У 7(16%) пациентов с несостоятельностью эзофагеальных анастомозов дополнительно была проведена санационная релапаротомия по поводу развившегося разлитого перитонита. В одном случае (2%), на фоне проведения ЭВТ, в области дефекта возникло профузное кровотечение, которое потребовало выполнения экстирпации пищевода. Еще в 1 случае (2%) наблюдалось кровотечение из острой язвы антрального отдела желудка – был проведен эндоскопический гемостаз (аргон-плазменная коагуляция и клипирование), с последующим продолжением ЭВТ. Из 18 (42%) человек, кому была проведена установка эндогубчатого зонда новой методикой – у 15 (83%) произошло полное заживление дефекта на фоне ЭВТ, у 1 (5%) сформировался наружный пищеводный свищ, у 2 пациентов (11%) наблюдался летальный исход по причине прогрессирования гнойно-септических осложнений. Среднее время установки ЭВТ усовершенствованной методикой сократилось в 2 раза, что составило 11 (+/- 1,5) минут. У 35 (82%) пациентов отмечается положительная динамика, все были выписаны в удовлетворительном состоянии, из них, согласно эндоскопическому контролю перед выпиской у 33 (77%) произошло полное заживление дефекта стенки пищевода. У 8 (18%) пациентов наступил летель-

ный исход, из них у 6 (14%) по причине генерализованного сепсиса и полиорганной недостаточности, у 1 (2%) пациента причиной летального исхода послужил обширный инфаркт миокарда и 1 пациент (2%) скончался от массивной ТЭЛА.

Выводы. Применение эндоскопической вакуумной терапии позволило нам значительно сократить летальность пациентов со сквозными дефектами пищевода до 18%. Использование нового метода установки эндогубчатого зонда позволило включить в методику пациентов с несостоятельностью эзофагогастро- и гастроэнтероанастомозов, а также сократило время проведения процедуры до 11 (+/- 1,5) минут.

Ключевые слова: эндовакуумная терапия, перфорация пищевода, несостоятельность эзофагеальных анастомозов, синдром Бурхаве,

---

572. Выбор метода эндоскопического гемостаза в зависимости от эндоскопической характеристики кровоточащей гастродуоденальной язвы

Веденин Ю.И. (1,2), Орешкин А.Ю. (1,2), Степанов С.Л. (2), Николаев А.Ю. (2), Ивченко Ю.В. (2), Жуликова С.В. (2), Литвинов А.А. (2), Тертычный Г.М. (1)

Волгоград

1) ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
2) ГУЗ «КБСМП № 15»

Актуальность. Успех лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) сейчас зависит от эффективности выбранного метода эндоскопического гемостаза (ЭГ).

Целью нашего исследования стало сравнение эффективности методик ЭГ в зависимости от эндоскопической характеристики источника ЯГДК.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 230 пациентов с ЯГДК, поступивших в ГУЗ «КБСМП № 15» г. Волгограда с января 2016 г. по март 2023 г. Средний возраст составил 63,96 ± 16,23 года. Мужчин было 155, женщин – 75. Всем пациентам в срочном порядке выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), во время которой верифицировали источник кровотечения и осуществляли ЭГ. Инъекционный гемостаз (ИГ) 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 ECO-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 372 ЭГДС, при этом среднее количество ЭГДС с проведением ЭГ, названное нами коэффициентом вмешательств, составило 1,62 на 1 пациента. Кровотечение, риск его рецидива и эндоскопическую картину оценивали по Forrest J.A. На фоне активного продолжающегося кровотечения Forrest IA выполнено 29 сеансов ЭГ: 20 сеансов ИГ, 1 клипирование и 8 сеансов комбинированного ЭГ (5 случаев ИГ + коагуляция; 1 случай ИГ + клипирование; 1 случай ИГ + склерозирование раствором 70° этанола + коагуляция и 1 случай ИГ + клипирование + коагуляция). Эффективность ИГ в виде монотерапии составила 80%. Эффективность комбинированных методик ЭГ без клипирования – 66,67%. На фоне продолжающегося кровотечения Forrest IB проведено 85 сеансов ЭГ: 61 сеанс ИГ, 1 случай коагуляции в режиме монотерапии, 1 случай клипирования и 22 сеанса комбинированного ЭГ (17 случаев ИГ + коагуляция, 2 случая ИГ + клипирование, 2 случая коагуляция + клипирование и 1 случай сочетания ИГ, клипирования и коагуляции). Эффективность ИГ в режиме монотерапии составила 93,44%. Эффективность комбинированных методик без – 88,24%. Клипирование как в режиме монотерапии, так и в составе комбинированного ЭГ было эффективно во всех случаях остановки продолжающегося ЯГДК. Пациентам с признаками состоявшегося кровотечения типа Forrest IIA выполнено 79 сеансов ЭГ: 62 сеанса ИГ, 4 случая коагуляции в режиме монотерапии, 1 случай склерозирования 1,5% раствором этоксисклерола и 12 сеансов комбинированного ЭГ (8 случаев ИГ + коагуляция, 2 случая ИГ + склерозирование, 1 случай ИГ + клипирование и 1 случай коагуляция + клипирование). Эффективность ИГ в режиме монотерапии составила 96,77%. Комбинированные методики ЭГ были эффективны во всех случаях. Пациентам с признаками состоявшегося кровотечения типа Forrest IIB проведено 76 сеансов ЭГ: 57 сеансов ИГ, 4 случая коагуляции в режиме монотерапии и 15 сеансов комбинированного ЭГ (13 случаев ИГ + коагуляция, 1 случай ИГ + склерозирование и 1 случай коагуляция + клипирование). Эффективность ИГ в режиме монотерапии составила 96,49%. Единственный случай комбинации коагуляции и клипирования при ЭГ в данной группе пациентов оказался неэффективным. Пациентам с признаками состоявшегося ЯГДК типа Forrest IIC выполнено 103 сеанса ЭГ: 101 сеанс ИГ, 1 случай орошения язвы раствором «Капрофера» и 1 случай комбинации ИГ + коагуляция (был эффективен). Эффективность ИГ составила 95,05%. Прооперировано 12 пациентов с ЯГДК. Общая летальность 6,52%

Выводы. При активном ЯГДК (FIA) эффективность ИГ уступает клипированию и методикам комбинированного ЭГ с его использованием. При продолжающемся ЯГДК оцениваемом как FIB и в случае состоявшегося ЯГДК эффективность ИГ превышает 93% и сопоставима с эффектив-

ностью комбинированного ЭГ. Клипирование повышает эффективность комбинированного ЭГ при всех типах ЯГДК.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения; эндоскопический комбинированный гемостаз; инъекционный гемостаз; клипирование

---

573. Выбор метода эндоскопического гемостаза в зависимости от источника неварикозного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Веденин Ю.И. (1,2), Орешкин А.Ю. (1,2), Степанов С.Л. (2), Николаев А.Ю. (2), Ивченко Ю.В. (2), Жуликова С.В. (2), Литвинов А.А. (2), Тертычный Г.М. (1)

Волгоград

1) ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
2) ГУЗ «КБСМП № 15»

Актуальность. Неварикозные кровотечения (НК) из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) остаются значимой проблемой ургентной хирургии.

Целью нашего исследования стало изучение структуры причин НК из ВОЖКТ и сравнение эффективности доступных методов эндоскопического гемостаза (ЭГ) у данных больных.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 310 пациентов (211 мужчин и 99 женщин) с НК из ВОЖКТ, поступивших в ГУЗ «КБСМП № 15» г. Волгограда с января 2016 г. по март 2023 г. Средний возраст 61,8 ± 16,8 лет. Всем пациентам выполняли срочную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), при которой верифицировали источник кровотечения и осуществляли ЭГ. Полученные результаты. Выполнено 479 ЭГДС, при этом среднее количество ЭГДС с проведением ЭГ, названное нами коэффициентом вмешательств (КВ), составило 1,55 на 1 пациента. Синдром Мэллори-Вейсса выявлен у 53 пациентов, которым выполнено 55 сеансов ЭГ (КВ = 1,04). 49 пациентам – ИГ, 4 пациентам – комбинированный ЭГ (в 3 случаях ИГ + коагуляция и у 1 клипирование + склерозирование 1,5% раствором этоксисклерола). Операций и летальности у данных пациентов не отмечено. Опухолевое поражение желудка и 12 п. кишки диагностировано у 12 пациентов (1 пациент госпитализировался 3 раза), которым проведено 26 сеансов ЭГ (КВ = 2,17). 7 пациентов пролечено с использованием ИГ (15 сеансов). Эффективность ИГ 66,7%. У 5 пациентов методики ЭГ (ИГ и коагуляция) чередовались или применялся комбинированный ЭГ (ИГ + коагуляция, ИГ + склерозирование, коагуляция + орошение препаратом «Гемоблок»). У 4 из 5 пациентов (80%) это было эффективным. У 11 пациентов, которым было проведено 12 сеансов ЭГ (КВ = 1,09), источником НК из ВОЖКТ явились эрозии. Пациентам данной группы выполнялся ИГ (в 1 случае потребовалось 2 сеанса), который у всех оказался эффективным. Источником НК из ВОЖКТ у 4 пациентов явились язвы Дьелафуа или сосудистые мальформации. Данным пациентам выполнено 14 сеансов ЭГ (КВ = 3,5). В 2 случаях продолжающегося кровотечения ЭГ оказался неэффективным, оба пациента прооперированы (1 скончался). В 2 случаях состоявшегося кровотечения требовался 1 сеанс ЭГ (клипирование при видимом сосуде и комбинация ИГ, коагуляции и склерозирования раствором 70° этанола при тромбе в дне дефекта), оказавшиеся эффективными. Превалировали пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК): 230 человек, которым выполнено 372 сеанса ЭГ (КВ = 1,62). С активным продолжающимся кровотечением (Forrest IA) 26 пациентов, которым потребовался 61 сеанс ЭГ (КВ = 2,35). Эффективность ИГ в монотерапии 80%. Эффективность комбинированных методик без клипирования 66,7%. Пациентов с продолжающимся ЯГДК типа Forrest IB было 73, им провели 131 сеанс ЭГ (КВ = 1,79). Эффективность ИГ в монотерапии 93,4%. Эффективность комбинированных методик без клипирования 88,2%. Клипирование как в режиме монотерапии, так и в составе комбинированного ЭГ у пациентов с продолжающимся ЯГДК было эффективно. Пациентов с состоявшимся ЯГДК типа Forrest IIA было 45, им выполнили 70 сеансов ЭГ (КВ = 1,56). Эффективность ИГ в монотерапии 96,8%. Комбинированные методики ЭГ были эффективны. Пациентов с состоявшимся ЯГДК типа Forrest IIB было 44. Им провели 58 сеансов ЭГ (КВ = 1,32). Эффективность ИГ в монотерапии 96,5%. Единственный случай комбинации коагуляции и клипирования при ЭГ у пациента данной группы оказался неэффективным. Пациентов с состоявшимся ЯГДК типа Forrest IIC было 42. Им провели 52 сеанс ЭГ (КВ = 1,24). Эффективность ИГ 95,1%. Общая летальность у пациентов с ЯГДК 6,52%

Выводы. В структуре пациентов с НК из ВОЖКТ доля ЯГДК составляет 74,2%, синдром Мэллори-Вейсса – 17,1%, опухоли – 3,9%, эрозивное поражение – 3,5%, сосудистые мальформации и язва Дьелафуа – 1,3%. ИГ эффективен при синдроме Мэллори-Вейсса, состоявшемся ЯГДК и эрозивном поражении. При продолжающемся ЯГДК (особенно – FIA), сосудистой мальформации, язве Дьелафуа и опухолевом поражении эффективнее комбинированный ЭГ, а при видимом сосуде – клипирование.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения; синдром Мэллори-Вейсса; язва Дьелафуа; эндоскопический гемостаз

---

574. Наставничество, как базовый элемент коррекции кадрового дефицита и обеспечения безопасности оказания хирургической помощи

Шкарин В.В. (1), Мяконький Р.В. (1,3), Родинова О.Н. (1), Гаврилова М.А. (2), Демкин С.А. (1), Шабанова Н.В. (2)

Волгоград

1) Волгоградский государственный медицинский университет,
2) Комитет здравоохранения Волгоградской области,
3) Волгоградская областная клиническая больница № 3

Дефицит кадров в отечественных государственных медицинских организациях достиг того уровня, когда решение проблемы становится общенациональной задачей, от успеха решения которой напрямую зависит доступность, качество и безопасность медицинской помощи. Статус внедрения наставничества в медицинских организациях подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской области на сегодняшний день активирован лишь 102 руководителями, которые приняли нормативные акты по наставничеству, что составляет 85,71% от количества работодателей. Общая численность специалистов, задействованных в наставничестве (в статусе наставника) составила 1057 человек, причем общая численности специалистов, в отношении которых осуществляется наставничество (в статусе молодого специалиста) составляет 860 человек. При этом из 102 медицинских организациях только в 43 (42%) предприняты меры стимулирования наставничества, в остальных 59 (58%) наставничество носит безвозмездный характер. Таким образом, в 15% случаев начинающие специалисты не вовлечены в процессе наставничества. Там же, где наставничество официально введено, в половине случаев оно не мотивировано для наставника и является фактически дополнительной нагрузкой к основному объему работы, что неминуемо снижает качество профессионального сопровождения начинающего специалиста. Подавляющее большинство наставников не владеют методологией организации процесса наставничества, не знакомы с его формами и не проходили никакого обучения по наставничеству. Зачастую процесс наставничества носит условный характер, проводится по принципу «делай как я», при взаимодействии молодого врача и наставника не составляется специальная программа наставничества, их отношения не закрепляются двусторонним договором, а также не учитывается профиль специальности и объем необходимых компетенций, требующихся молодому специалисту в конкретной медицинской организации. Ввиду отсутствия обучения наставников последние не имеют должного представления о существующем спектре моделей проведения наставничества (ситуационной, партнерской, групповой, целеполагающей, виртуальной и т.п.). По указанной причине, как правило, используется исключительно индивидуальная модель наставничества по принципу «один на один». Являясь традиционной, эта модель реализуется в рамках взаимодействия между опытным коллегой и начинающим специалистом в течение определенного периода времени, как правило, от 6 до 24 месяцев. Важным аспектом эффективности рассматриваемой модели наставничества является подбор наставника и наставляемого с учетом критериев совместимости: особенностей характера, манеры принятия решений, опыта, навыков и т.п. В этом случае между наставником и наставляемым зачастую устанавливаются тесные личные отношения, которые помогают обеспечить заинтересованный подход к сотруднику, создавая комфортную обстановку для его развития. На сегодняшний день можно говорить о формирующемся в профессиональной медицинской среде общем понимании того, что институт наставничества должен рассматриваться как программа профессионального сопровождения начинающего специалиста, выступая в роли инструмента повышения качества профессиональной подготовки молодого хирурга, в условиях первичного коллектива конкретной медицинской организации. Вместе с тем, несмотря на большую значимость наставничества как базового элемента андрагогики, нужно признать недостаточную разработанность проблемы именно в хирургическом сообществе и отсутствием программ обучения наставников и единых подходов к профессиональному сопровождению начинающих специалистов в медицинских организациях. На наш взгляд, эффективное наставничество возможно при его рассмотрении как некой концепции профессионального сопровождения молодого специалиста путем формирования компетенционального конструктора через призму профиля специальности с учетом профессиональных задач возложенных на конкретного сотрудника медицинской организации.

Ключевые слова: Наставничество, кадровый дефицит, менеджмент в медицине

---

575. Шкала для оценки риска ущемления послеоперационных вентральных грыж

Мирзоев С.И., Климов А.Е.

Москва

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». Кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Наиболее часто встречающимся и опасным осложнением послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) является ущемление. По сравнению с плановыми операциями неотложные операции при (ПОВГ) связаны с повышенной частотой осложнением, смерт-

ности, повышенной стоимостью и продолжительностью госпитализации. Лучшее понимание факторов, связанных с экстренными операциями, могут быть использованы для разработки прогностических шкал, направленных на улучшение своевременного доступа к плановой хирургической помощи для пациентов. Существующая балльно-прогностическая шкала на наш взгляд не имеет практической значимости из-за отсутствия в нем простоты.

Цель исследования. Разработка упрощенной прогностической шкалы для оценки риска ущемления послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Мы абстрагировали данные 66 пациентов с 2019 по 2023 год на базе ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова. Основными критериями включения и одновременно первичной точкой были экстренная госпитализация с диагнозом: ущемленная ПОВГ и/или состояние после ущемление. Мы оценили различные факторы на уровне пациента как возможные предикторы риска ущемления послеоперационных вентральных грыж. Для оценки риска ущемления ПОВГ была определена частота встречаемости факторов, влияющих на развитие данного осложнения. Переменные включенные в модель были: возраст (старше 55 лет), локализация грыжи (M2, M3 по классификации EHS), ширина грыжевых ворот (W1 по классификации EHS), индекс массы тела (более 30 кг/м2), сроки грыженосительства (первые 3 лет), пол (женский), количество предшествующих рецидивов, заболевания повышающие внутрибрюшное давление, наличие 2 и более соматических заболеваний (примерно равно ?3 баллов по индексу коморбидности Чарлсона). Для повышения точности исследования мы добавили вторую конечную точку (операция на кишечнике, флегмона грыжевого мышка, наложение VAC-системы, продолжительность койко-дней ?10, рецидив грыжи – были вторичной конечной точкой) с последующим определением частоты встречаемости факторов, влияющих на развитие данных осложнений. До вторичной точки дошли 22 пациента. Разность в частоте встречаемости факторов между двумя точками были статистически значимыми в следующих переменных: ИМТ, полиморбидность, пол, сроки грыженосительства. Далее методом регуляризации и интерполяции данные были скорректированы. Таким образом мы выявили потенциальные прогностические переменные.

Результаты. Полученные данные позволяли легко разделить переменных на основные (возраст (старше 55 лет), ИМТ более 30 кг/м?, полиморбидность, заболевания повышающие внутрибрюшное давление, ширина ворот (W1)) и дополнительные (локализация грыжи (M2, M3), сроки грыженосительства (первые 3 лет), пол (женский), количество предшествующих рецидивов). Подробный анализ каждого пациента по отдельности показал связь серьезных осложнений как некроз кишечника, флегмона грыжевого мешка с наличием ?4 факторов риска. На основании этого прогнозирование ущемление ПОВГ определяется следующим образом: низкий уровень риска <3 основных факторов, средний уровень риска наличие трех основных факторов, высокий уровень риска >3 основных факторов. Два дополнительных факторов приравниваются как 1 основной фактор при расчете.

Выводы. Анализ данной проблемы показывает, что прогнозирования ущемления с максимальной точностью для каждого отдельного пациента является невозможным и создание сложных шкал показали свою практическую незначимость. Данная упрощенная прогностическая шкала позволяет выявлять пациентов с повышенным риском ущемления. Плановое устранение ПОВГ способствует уменьшению негативных последствий экстренных операций и снизить затраты здравоохранения. Дальнейшему исследованию нуждаются пожилые пациенты с полиморбидностью. Возраст и связанные с ним факторы риска не должны рассматриваться как противопоказание к хирургическому вмешательству. Важно, что факторы риска можно модифицировать для улучшения результатов лечения.

Ключевые слова: прогностическая шкала; риск ущемления; факторы риска; ущемленная послеоперационная грыжа; профилактика ущемления ПОВГ;

---

576. Операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (tips) у пациентов с портальной гипертензией в листе ожидания ортотопической трансплантации печени (ОТП)

Моисеенко А.В., Гранов Д.А., Поликарпов А.А., Тилеубергенов И.И.

Санкт Петербург

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» имени академика А.М. Гранова МЗ РФ

Цель: анализ эффективности и безопасности операции TIPS у пациентов с осложненным течением портальной гипертензии на фоне цирроза печени Child-Pugh «B-C» в листе ожидания ОТП.

Материалы и методы: За период с 1998 по 2022 г. проведено 47 операций TIPS у 45 пациентов, находящихся в листе ожидания ОТП (23 мужчин и 22 женщин, средний возраст 40 лет). Показанием к TIPS в 16 случаях был крайне высокий риск рецидива кровотечения из ВРВ, у двух из них по причине тромбоза ранее установленного шунта. В 11 диуретикорезистентный асцит более 10 л/нед, в 20 сочетание обоих осложнений. TIPS выполняли

по стандартной методике под нейролептаналгезией с помощью набора инструментов TIPS-200 (Cook, США). В 16 случаях использовали самораспрaвляющийся стент-графт VIATORR (Gore), в 16 стент-графт HANAROSTENT, в 18 самораспрaвляющиеся металлические стенты S.M.A.R.T. Control (Cordis) n=14 или Wallstent (Boston) n=4.

Результаты: Во всех случаях после наложения TIPS наблюдался отчетливый интенсивный кровоток по шунту из воротной в нижнюю полую вену, отсутствие заполнения ВРВ. Измерения прямого венозного и портального давления показали снижение порто-венозного градиента с 10-38, до 6-22 мм рт.ст. Технический успех операций 97,5%. В одном случае (2,5%) в силу выраженного перипортального фиброза выполнить пункцию воротной вены технически не удалось. Выявлено и купировано два осложнения: ущемление вентральной грыжи после разрешения асцита (пластика с резекцией петли ущемленной кишки) и геморрагическое окрашивание асцита (гемостатическая терапия). ОТП успешно выполнена у 17 больных в сроки от 1 до 36 (медиана 4) мес после TIPS. За этот период кровотечений из ВРВ, нарастания асцита не было. Контрольные УЗИ с допплерографией свидетельствовали о хорошем функционировании анастомоза. На операции он во всех случаях был проходим, без признаков стеноза или тромбоза. Из остальных 28 больных находятся на листе ожидания ОТП 19 в течение 6-18 мес. Не дождавшись донорского органа, умерли 6 пациентов: один от рецидива кровотечения из ВРВ (через 10 мес после TIPS), у 4 прогрессирование печеночной недостаточности без повторных кровотечений и асцита, одна пациентка умерла вне пределов клиники через 1 мес от дентального сепсиса. Три пациента сняты с листа ожидания ОТП: два из-за выявления гепатоцеллюлярного рака, один в виду длительного функционирования шунта (36 мес) без признаков прогрессирования печеночной недостаточности (MELD 7 баллов).

Заключение. Операция TIPS у больных с терминальным циррозом различного генеза является относительно безопасной и позволяет продлить период ожидания ОТП, без осложнений портальной гипертензии.

Ключевые слова: Трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт, портальная гипертензия, ортотопическая трансплантация печени

---

577. Видеоторакоскопический метод диагностики легочных фиброзов

Авзалетдинов А.М. (1), Гибадуллин И.А. (1), Вильданов Т.Д. (1), Химраев Р.М. (2), Загидуллин Н.Ш. (1), Корытина Г.Ф. (3), Зулькарнеев Ш.Р. (1), Гимазова А.И. (1)

1) Уфа
2) Ашхабад, Туркменистан

1) ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
2) г. Ашхабад, Туркменистан, Международный центр хирургии
3) Институт биохимии и генетики УФИЦ РАН г. Уфа

В современности за последние 3 года с появлением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) число пациентов с легочным фиброзом значительно увеличилось, наряду с пациентами идиопатическим фиброзом легких (ИФЛ). С появлением новых методов хирургической верификации легочных фиброзов, дифференциальная диагностика после всех возможных лабораторных, инструментальных методов, является актуальным и альтернативным методом. При сложных диагностических случаях хирургическую верификацию целесообразно проводить при «возможной» вероятности ИФЛ, в том числе легочные фиброзы, ассоциированной COVID-19. Под «возможной» вероятностью подразумевается рентген изменения легочной паренхимы на компьютерной томографии (КТ): субплевральное расположение в нижних долях и ретикулярные тени. В соглашении Американского торакального и Европейского респираторного общества (ATS/ERS) рекомендуется хирургическая верификация при «возможном» фиброзе. ATS/ERS не рекомендует проведение трансбронхиальной биопсии легких – только видеоторакоскопия или открытая биопсия. В Клинике БГМУ г.Уфы в торакальном хирургическом отделении с 2020 по 2022 года обследованы 43 пациента с ИФЛ, в том числе фиброзы, ассоциированной COVID-19. Возраст пациентов от 39 до 63 лет. Были отобраны пациенты с фиброзом легких после комплексных обследований, а в особенности учитывая данных КТ органов грудной клетки высокого разрешения, сцинтиграфии легких (перфузионная). Пациенты с фиброзом легких, перенесшие COVID-19, отбор проводился после 6 месяцев стойкого фиброза при отсутствии воспалительных признаков (биомаркеры и лабораторные данные). С целью верификации всем 43 пациентам проведено видеоторакоскопическая краевая резекция легких. Видеоторакоскопия выбран как малоинвазивный метод, учитывая тяжесть заболевания. Эндотрахельный наркоз подбирался, учитывая респираторные возможности и КЩС крови. 34 пациентам (86%) операция сопровождалась эндотрахеальным наркозом при помощи карбокситоракса, а 9 пациентам (14%) – однолегочной вентиляцией. Длительность операции максимум 15 минут. Проводилась аппаратная линейная краевая резекция. Пребывание в стационаре от 5 до 9

дней. В раннем послеоперационном периоде был сброс воздуха 1-2 дня. После удаления дренажей находились под наблюдением до трех дней. При получении морфологических результатов выявлен бронхоальвеолярный рак у 2 пациентов (4,7%), так же у 1 пациента (2,3%) морфологическая картина казеозного некроза (в анамнезе нет туберкулеза, лабораторные данные отрицательные). 40 пациентов (93%) с подтвержденным фиброзом легких с дальнейшей перспективой на антифибротическую терапию. Таким образом, биоматериал размером 10х60 мм достаточно для гистологического, имунно-гистохимического, молекулярно-генетических исследований, а также пополнить биобанк для дальнейшего культивирования. Применение видеоторакоскопической технологии для верификации легочных фиброзов является наиболее достоверным, практичным и самое главное, безопасным методом для пациента.

Ключевые слова: Видеоторакоскопия Фиброз легких Идиопатический фиброз легких COVID-19 новая коронавирусная инфекция верификация резекция легких компьютерная томография торакальная хирургия Клиника БГМУ

---

578. Вершина творчества В.Ф.Войно-Ясенекого

Степанов Н.Г.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 5

Актуальность. На вопрос – какой главный труд В.Ф.Войно-Ясенецкого, хирург ответит уверенно и однозначно – «Очерки гнойной хирургии». Но у Войно-Ясенецкого, на исходе его жизни, ответ был иной – «Дух, душа и тело». И наша задача дать пояснение, так почему же столь небольшая по объему работу, является главной в жизни святителя Луки.

Материал. Ответ на поставленный вопрос возможен после ознакомления с этими трудами. «Очерки гнойной хирургии» Валентин Феликсович опубликовал в 1934г, когда ему исполнилось 57л. В это время у Валентина Феликсовича был 13-и летний опыт пастырского служения. Второе издание «Очерков»? 1946г составляет 544стр. Мы постоянно обращаемся к интереснейшим клиническим наблюдениям по гнойной патологии. Ценность клинических примеров объясняется и другим важным моментом – потрясающими познаниями нормальной и измененной гнойным процессом анатомии, которые сопровождаются собственными рисунками. Аналогичного пособия по гнойной хирургии нет. «Дух, душа и тело» вышли в свет в виде рукописи в 1947-1948гu, когда ему исполнилось 70 лет и он был епископом церкви. И, глядя на его фотографию, мы удивляемся сочетанию несочетаемого – бриллиантовый крест на клобуке, панагия на шее и медаль лауреата сталинской премии на груди. Впервые книга была издана в 1978г в Брюсселе, т.к. ее название было несовместимо с коммунистической идеологией. Высокую оценку труда и деятельности Войно-Ясенецкого дали академики С.С.Юдин, В.П.Филатов, Л.А.Орбели, И.А.Кассирский. В девяти главах автор по полочкам, методично, не навязывая, опираясь на достижения науки, реалии мирской жизни в прошлом и настоящем, учения Святых Отцов, на свой опыт гнойного хирурга-профессора показал и напомнил: жизнь земная скоротечна. А есть то, что называется вечностью. Анализ труда приводит к следующим положениям: наука и религия не враждебны друг другу; кроме мозга должен быть более могучий субстрат памяти; бессмертие есть необходимый постулат нашего ума; наряду со многими видами энергии существует и другая, мало познанная энергия. и др.

Вывод. Мы должны прислушаться к словам Войно-Ясенецкого, его нельзя разделить на хирурга и епископа, это единое и неделимое. Главный труд его жизни – «Дух, душа и тело», то, что более высокое и вечное.

Ключевые слова: Войно-Ясенецкий, гнойная хирургия, дух, душа, тело, вечность

---

579. Усовершенствованный подход к хирургическому лечению больных с вторичным гиперпаратиреозом

Долидзе Д.Д. (1,2), Слепухова Д.В. (2), Лебединский И.Н. (1), Шутов Е.В. (1,2), Пашкова Е.Ю. (1,2), Большаков С.А. (1), Митченко Ю.И. (1), Дегтярева Н.В. (1), Курзанцева О.О. (1)

Москва

1 – ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва
2 – ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

Введение. Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) является распространенным осложнением хронической болезни почек (ХБП), которое значительно ухудшает качество жизни пациентов и увеличивает летальность. Одним из основных методов лечения больных с данной патологии является хирургический. В Российской диализной популяции ВГПТ с повышением паратгормона (ПТГ), требующий оперативного лечения, выявляется у 28,6% пациентов. При этом хирургическое вмешательство отличается повышенными техническими сложностями, опасностью рецидивов и развития специфических осложнений. В связи с этим сохраняется актуальность совершенствования существующих методов хирургического лечения

больных данной категории.

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с ВГПТ на фоне 5 стадии ХБП при применении усовершенствованного подхода.

Материалы и методы. В исследование включены 21 (7 (33,4%) мужчин и 14 (66,6%) женщин) пациент с ВГПТ на фоне 5 стадии ХБП. Всем больным было выполнено хирургическое вмешательство в объеме субтотальной паратиреоидэктомии по усовершенствованной методике. В процессе операции производилось удаление трех наиболее измененных околощитовидных желез (ОЩЖ), паратрахеальной клетчатки, резекция верхних рогов тимуса и оставшейся ОЩЖ, с перемещением последней на собственной сосудистой ножке в предгортанные мышцы с маркировкой титановыми скобами. Средний возраст больных был 48±16,8 лет. Во всех случаях показанием к операции были лабораторно подтвержденный гиперпаратиреоз (уровень ПТГ не менее 600 пг/мл) и неэффективность медикаментозной терапии в течение более 6 месяцев. На дооперационном этапе в обязательном порядке выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ) области шеи, сцинтиграфия ОЩЖ и компьютерная томография (КТ) шеи и грудной клетки с контрастным усилением. В 1 (4,8%) случае у пациента по данным сцинтиграфии и КТ визуализирована аденома ОЩЖ, расположенная в переднем средостение на дуге аорты, этому больному оперативное лечение было выполнено одномоментно в два этапа: торакоскопическое удаление образования переднего средостения и применен модифицированный подход в области шеи. Средний уровень ПТГ был 1175±718,55 пг/мл, кальция 2,4±0,29 ммоль/л, фосфора 1,59±0,41 ммоль/л. Средняя длительность операции составила 145,4+30 мин. В обязательном порядке проводилась оценка интраоперационного уровня ПТГ.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что после применения предложенной методики отмечалось снижение интраоперационного ПТГ во всех случаях более чем на 90% от исходного уровня. В 1 (4,8%) наблюдении в первые сутки после операции отмечен рост ПТГ на 91,6% (с 42 до 498 пг/мл), что было расценено как персистенция заболевания. Послеоперационных осложнений не было. У всех больных отмечалось транзиторное снижение уровня общего кальция. Явления послеоперационного гипопаратиреоза ликвидированы в течение 2-4 недель на фоне медикаментозной терапии. На 2-3 сутки выполнялось УЗИ шеи в области операции для оценки размеров и кровоснабжения перемещенной ОЩЖ. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 5 (от 3 до 10) суток. При динамическом наблюдении в течение 2-13 месяцев после операции в 20 (95,2%) наблюдениях уровень ПТГ был в диапазоне 32,5-133 пг/мл, при УЗИ визуализирован фрагмент ОЩЖ без динамики роста. В 1 (4,8%) случае у пациента с персистенцией гиперпаратиреоза через 7 месяцев после операции отмечен рост ПТГ до 740 пг/мл. В связи с неэффективностью медикаментозной терапии этому больному проведены 3 этапа склерозирования фрагмента ОЩЖ р-ром этилового спирта под контролем УЗ-навигации. При мониторинге уровня ПТГ отмечено снижение последнего на 40% (с 740 до 446 пг/мл).

Выводы. Применение предложенного модифицированного способа хирургического лечения в большинстве случаев позволяет получить стойкое снижение уровня ПТГ и возможность безопасной малоинвазивной УЗ-контролируемой деструкции ткани ОЩЖ в случае развития рецидива заболевания.

Ключевые слова: вторичный гиперпаратиреоз, ХБП, паратгормон, околощитовидная железа, субтотальная паратиреоидэктомия

---

580. Острый и хронический парапроктит: ультразвуковая диагностика с использованием стандартного оборудования

Башкурова И.С., Башкуров О.Е.

Нижний Новгород

ООО ПроМедКлиник

Парапроктит – распространенное, социально и экономически значимое заболевание, занимает 4 место среди всей проктологической патологии. Чаще страдают лица трудоспособного возраста, соотношение мужчин и женщин в структуре заболеваемости составляет примерно 2 : 1. В клинических рекомендациях по свищам заднего прохода (пересмотр 2023 года) УЗИ указано как один из основных методов диагностики и оценки анатомических особенностей патологии. Однако специальное очень дорогостоящее ультразвуковое оборудование с программным обеспечением и набором трансректальных датчиков имеется лишь в единичных специализированных учреждениях нашей страны, и большая часть клиник пока не в состоянии обзавестись подобным оборудованием. В связи с этим в нашей клинике разработана методика исследования прямой кишки, анального канала и параректальных клетчаточных пространств с использованием самого обычного ультразвукового аппарата со стандартным набором датчиков. Такое оборудование есть практически в каждом государственном и частном учреждении здравоохранения. С апреля 2017 года по апрель 2023 года в нашей клинике проведено свыше 3500 исследований прямой кишки, анального канала и параректальных клетчаточных пространств по разработанной нами методике. Методика включает в себя несколько этапов, то есть исследование полипозиционное и полипроекционное. 1 этап – трансабдоминальный. Осмотр

через переднюю брюшную стенку в гипогастрии конвексным и иногда в дополнение высокочастотным линейным датчиками. В этот этап проводится скрининговая оценка дистальной части сигмовидной кишки, верхне-, среднеампулярного и частично нижнеампулярного отделов прямой кишки на предмет наличия объемных образований 2 этап – трансперинеальный с использованием и линейного, и конвексного датчиков и интракавитального (ректовагинального) датчика с апикальной акустической линзой – это обычный датчик, используемый для УЗИ органов малого таза. В этом этапе детально оценивается анальный канал и его патологические изменения 3 этап – трансректальный с использованием обычного интракавитального датчика У женщин исследование дополняется транслабиальной скрининговой оценкой тазового дна и осмотром прямой кишки и анального канала из трансвагинального доступа. Транслабиальная оценка тазового дна проводится в покое и с проведением пробы Вальсальвы. Здесь оценивается: расположение органов малого таза, наличие или отсутствие патологии в пространствах между ними, наличие или отсутствие ректоцеле, оценка ректоцеле при его наличии. В конце исследования формируется протокол, состоящий из текстовой части и наглядной схемы выявленных изменений Анализ нашего опыта показал, что чувствительность метода составляет 95-98%, а специфичность 85-95%. В нашем городе активно применяется предоперационная диагностика парапроктитов методом УЗ-диагностики.

Ключевые слова: парапроктит, свищ заднего прохода, прямая кишка, анальный канал, УЗИ прямой кишки

---

581. ЧЧХС как этап подготовки к радикальным хирургическим вмешательствам при механической желтухе

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Скороваров А.С.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Механическая желтуха является одной из самых актуальных и сложных проблем современной хирургии. Следует отметить, что большинство пациентов с механической желтухой составляют люди пожилого и старческого возрастов, с массой сопутствующих заболеваний. Если выполнить оперативное вмешательство в условиях высоких цифр билирубина (более 150 ммоль/л), то наркоз, хирургическая травма могут значительно усугубить их состояние и привести к печеночной недостаточности и летальности. Учитывая все это таким пациентам в настоящее время на первом этапе выполняют щадящие миниинвазивные методы лечения, направленную на декомпрессию желчных протоков.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 72 пациентов, из которых 48-мужчины и 24-женщины. Возраст их составил от 54 до 82 лет, 63 пациента были в возрасте 60 и более лет. У всех имелись сопутствующие заболевания. Состояние при поступлении оценивались как средней или тяжелой степени. Показатели АЛТ и АСТ значительно превышали нормальных величин, а цифры билирубина колебалась от 120 до 410 ммоль/л. Причинами механической желтухи у 17 пациентов были опухоли поджелудочной железы, Кладцкина и фатерова сосочка, у остальных холедохолитиаз. При опухолях выполняли наружное дренирование холедоза, а при холедолитиазе у 30 пациентов выполнили наружно-внутреннее дренирование, у остальных наружное дренирование холедоха.

Результаты лечения. У пациентов с показателями билирубина от 120 до 200 ммоль/л уже к 8 -10 суткам отмечено ее снижение до 50ммоль/л, при билирубине от 200 до 300 ммоль/л на 10-12 сутки цифры билирубина составили 70 ммоль/л. При показателях билирубина свыше 300 ммоль/л снижение его происходило более медленно. На 15-17 сутки показатель билирубина составил в среднем 140 ммоль/л. Отмечена тесная корреляция динамики показателей печеночных проб и билирубина. У 30 пациентов с наружно-внутренним дренированием отмечалось более выраженная положительная динамика в течении заболевания и более плавное снижение билирубина и других показателей печеночных проб. Это объяснялось включением желчи в процесс пищеварения, незначительной желчепотерей и отсутствием нарушений водно-электролитного баланса. Клиническое улучшение и восстановление основных показателей функции печени явились показанием к 2 этапу лечения восстановлению пассажа желчи в 12 перстную кишку. У 34 пациентов на 12-18 сутки после установления ЧЧХС были выполнены следующие оперативные вмешательства: у 16-холецистэктомия, холедохотомия с удалением камней и дренированием по Вишневского, у остальных-холецистэктомия с наложением различных билиодигестивных анастомозов. Остальным 21 пациентам, в связи сохранением высоких цифр билирубина, АЛТ и АСТ оперативные вмешательства были выполнены в сроки от 1 до 3 месяцев после установления ЧЧХС, по нормализации билирубина и других печеночных проб. У пациентов с опухолями оперативное вмешательства выполнены в сроки от одного до 2-х месяцев после установки ЧЧХС. Выполнены следующие операции: в четырех случаях-панкреатодуоденальная резекция; у семи пациентов различные билиодигестивные анастомозы. У 6 пациентов операции не выполнены в связи с неоперабельностью опухоли и высоким риском хирургического вмешательства. Таким образом, ЧЧХС способствует нормализации показателей билирубина и эффективно восстанавливает функцию печени, что позволяет в ранние сроки выполнить радикальные хирургические вмешательства у этой тяжелой категории пациентов.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, опухоли гепатобилиарной зоны, ЧЧХС, наружное и наружно-внутреннее дренирование

---

582. Результаты комплексного лечения осложненных форм рожистого воспаления с использованием эфферентных методов и NPWT-терапии

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Сулейманов Ш.А.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Одной из актуальных проблем современной хирургии являются осложненные формы рожистого воспаления-флегмонозная и гангренозная.

Актуальность проблемы обусловлена тяжестью течения данных форм рожистого воспаления и неудовлетворительными результатами лечения. В процентом отношении эти формы составляют около 20% среди всех форм рожистого воспаления.

Целью исследования явилось оценка эффективности эфферентных методов и NPWT-терапии в комплексном лечении осложненных форм рожистого воспаления.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 44 пациентов с осложненными формами рожистого воспаления, сопровождающей тяжелой интоксикацией. Пациентов мужского пола были 28, женского-16. Возраст колебался от 38 до 67 лет. В основную группу вошли 26 пациентов, которым наряду с общепринятыми средствами использовали NPWT-терапию и эфферентные методы-УФО крови, озонотерапия и плазмафарез. Контрольная группа составили 18 пациентов, которые получали традиционные методы лечения, без эфферентных методов детоксикации и NPWT-терапии. Все пациенты поступали в отделение с поражением нижних конечностей, в среднем на 3-5 сутки от начала заболевания. В день поступления им выполнено хирургическое лечение- радикальное вскрытие и некрэктомия пораженной конечности. Для оценки эффективности проводимого лечения использовали методы клинического наблюдения за динамикой раны- сроки очищения раны, появления грануляцией и эпителизации, а также микробиологические и цитологические изменения в ране по ходу лечения. Оценку динамики эндогенной интоксикации проводили по показателям ЛИИ и прокальцитонина.

Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы отмечено ранее стихание воспалительных явлений – уже на 3-4 сутки значительно уменьшились гиперемия и отёк конечности, нормализовалась температура тела, тогда как в контрольной эти явления проходили на 3-4 дня позже. Использование NPWT повязки на некротизированные участки приводило к очищению ран уже на 1-2 сутки с дальнейшей химической некрэктомией и появлением жизнеспособной грануляционной ткани на 5-7 сутки. В контрольной группе очищение ран происходило на 10-12 сутки. Положительное влияние вышеприведенной тактики местного лечения подтверждено бактериологическим и цитологическим исследованиями в динамике. Нормализация лейкоцитарного индекса интоксикации и прокальцитонина происходило на 6-8 сутки. У пациентов основной группы вышеприведенная тактика позволила закрыть раневую поверхность вторичными швами или аутодермопластикой на 10-15 сутки. Полное заживление раны происходило на 20-25 сутки от начала лечения. В контрольной группе полное заживление раны происходило на 30-32 сутки. Таким образом сроки лечения пациентов в основной группе сократились на 30%.

Выводы. Комплексное лечение осложненных форм рожистого воспаления с использованием NPWT-терапии и эфферентных методов лечения улучшить результаты лечения и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре на 30%.

Ключевые слова: осложненные формы рожистого воспаления, эфферентные методы, NPWT-терапия.

---

583. Опыт использования биоиженерных конструкций в хирургическом лечении глубоких ожогов в эксперименте

Барсук И.А. (1), Головко К.П. (1), Александров В.Н. (1,2)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
2) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский универ-ситет» Минздрава России

Актуальность. Термические ожоги кожных покровов занимают одно из ведущих мест в структуре бытового и производственного травматизма. Наиболее сложными в лечении термических поражений кожи являются глубокие ожоговые травмы, такие повреждения требуют оперативного лечения, а именно аутодермопластики. К сожалению, используя метод аутодермопластики расщепленным лоскутом, не всегда удается закрыть всю площадь ран. Более того, не редко тяжелое состояние пациента не позволяет выполнить оперативное лечение. На

сегодняшний день, разработка раневых покрытий для временного закрытия глубоких ожоговых ран кожи, с целью их защиты и подготовки к дальнейшей аутодермопластике, представляется весьма актуальной. Одной из наиболее перспективных технологий, которая позволяет создать требуемые покрытия – является биопечать. В отличие от существующих традиционных раневых покрытий, биопечать позволяет создать конструкцию сочетающую полимер и живые клетки, с высоким уровнем контроля над геометрией и микроархитектурой получаемых изделий.

Материалы и методы. В рамках работы были созданы образцы биоинженерных конструкций, напечатанные при помощи 3D-биопринтера Rokit Dr. INVIVO 4D2, с использованием биочернил на основе 4% раствора среднемолекулярного хитозана с добавлением 1% повидон-йода и культуры дермальных фибробластов. Разработанная структура, по своим свойствам, максимально приближена к естественной ткани кожи. По механическим свойствам данная конструкция достаточно прочна и пластична, при имплантации приобретает рельеф раневого ложа. Поскольку базовой матрицей конструкции является биодеградируемый природный полимер хитозан, то в последствии аутодермопластика может производиться поверх данной конструкции, без ее удаления. В экспериментальном исследовании было задействовано 15 самцов крыс линии Wistar массой около 250г. Животные были разделены на 3 группы по 5 особей в каждой. Согласно протокола исследования, всем биообъектам был нанесен контактный ожог IIIб степени площадью 20см2. 1ую группу крыс лечили консервативно (без удаления ожогового струпа). 2ой и 3ей группе спустя 3 суток после нанесения травмы выполнялась некрэктомия поврежденных тканей. Далее животным 2ой группы была трансплантирована биоинженерная конструкция диаметром 5см, структурно представленная в виде сетки с шириной окон около 2мм. Животным 3ей группы проводилось лечение водорастворимой мазью «Левосин». Перевязки выполнялись через день. Полученные результаты. В ходе эксперимента было установлено, что у крыс группы №1 длительность эпителизации превысила 45 суток, характер струпа был грубым, в 100% случаев отмечалось его нагноение. После отхождения струпа рана была представлена грубой рубцовой тканью толщиной до 3 мм. Площадь раны уменьшилась в среднем на 8%. В группе №2 спустя 3 суток после некрэктомии и трансплантации биоинженерной конструкции образовался тонкий эластичный струп, который отошел через 17 суток с момента нанесения травмы. Нагноения струпа, в данной группе животных, не отмечено. После отторжения струпа было установлено, он не препятствовал эпителизации, а очистившаяся рана уменьшилась в размерах среднем на 74%. Ложе раны было представлено свежей грануляционной тканью. В группе №3 через 3 суток после некрэктомии так же образовался струп, однако в сравнении со 2-ой группой животных он был более жестким. Отторжение струпа произошло на 29 сутки с момента нанесения травмы. В 80% случаев отмечено нагноение струпа. Ложе раны было покрыто грануляционной тканью с налётом фибрина, последняя была значительно грубее и толще в сравнении с грануляционной тканью у животных в группе №2. Площадь раны уменьшилась в среднем на 38%.

Вывод. Полученные данные позволяют предположить, что применение биоинженерных конструкций в комплексном лечении глубоких ожогов у биообъектов, снижают вероятность развития раневой инфекции, существенно уменьшают площадь раны и создают условия для значительного сокращения длительности ее заживления, при этом препятствуя раннему образованию рубцовой ткани.

Ключевые слова: аутодермопластика, биопечать, биочернила, гидрогель, ожоговая травма, репаративная регенерация, хитозан

---

584. Минилапароскопическая тотальная экстраперитонеальная герниопластика

Косаченко М.В., Климов А.Е., Сафронова Д.Г.

Москва

ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской хирургии на базе ГКБ им В.В.Виноградова, Москва, Россия, 117198, Москва, Юго-Западный административный округ (ЮЗАО). Обручевский район, ул. Миклухо-Маклая, 6

Актуальность: Оперативное лечение паховой грыжи является распространенной операцией выполняемой во всем мире (500 случаев на 100 000 тыс. населения), а лапароскопическая тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЭП) является признанным хирургическим методом. Первым ТЭП пластику выполнил французский хирург J.L.Dulucq в 1990 году. В 1998 году Мишель Гагнер и Гарсия-Руис были первыми, кто описал минилапароскопию. Минилапароскопический доступ уменьшает хирургическую травму брюшной стенки за счет уменьшения диаметра лапароскопических инструментов и, следовательно, минимизирует боль и стрессовую реакцию на операцию. Первую в мире минилапароскопическую ТЭП пластику выполнил Ferzli G. в 1998 г. Первые сообщения в России об использовании ультратонких инструментов и эндоскопов диаметром 2-3 мм появились в 1996-1997 годах, однако публикаций о выполнении минилапароскопической ТЭП пластики в России нет.

Цель: Оценить целесообразность предбрюшинной пластики паховых грыж с использованием минилапароско-

пических инструментов (порты диаметром 3 мм).

Материалы и методы: Основное преимущество ТЭП пластики – отсутствие внутрибрюшных манипуляций, что позволяет избежать формирования спаек, ранения органов брюшной полости, а также дает возможность выполнять оперативное пособие после ранее перенесенной лапаротомии. С марта по апрель 2023 г. на базе РУДН в ГКБ им В.В.Виноградова минилапароскопическая герниопластика ТЭП была выполнена 3 больным. Все больные были госпитализированы в плановом порядке по поводу односторонней паховой грыжи. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Параумбиликально по срединной линии живота выполнялся доступ в предбрюшинное пространство с установкой троакара 10мм, через который вводилась оптика. Ретроперитонеум постепенно создавался путем телескопической диссекции и нагнетания CO2 при непрерывном давлении 14 мм рт. ст. По срединной линии живота на 2 см выше лонного сочленения вводился первый троакар 3мм, второй 3мм на середине расстояния между первым и оптическим троакаром. Хирургическая техника была аналогична технике на всех этапах операции в соответствии с лапароскопической ТЭП пластикой. Мини-инструменты позволяют хирургу выполнять более точные движения во время операции и лучше визуализировать операционное поле в ограниченном пространстве. Фиксация сетки не выполнялась. Также преимущество использования минилапароскопических инструментов является уменьшение размера разрезов на брюшной стенке, что приводит к образованию незаметных рубцов.

Результаты: Хирургическая тактика у всех пациентов была одинаковой. Среднее время операции составило 40 минут. После минилапароскопии все пациенты в послеоперационном периоде не нуждались в анальгезии. По данным литературы ранняя послеоперационная боль, оцениваемая по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) через <12 часов, 24 и 48 часов, была значительно ниже при минилапароскопической, чем при лапароскопической ТЭП пластике, однако никаких различий через 1 неделю и через 1 месяц было не обнаружено. Все пациенты были выписаны в течение суток. Осложнений выявлено не было.

Выводы: Литературные данные по теме «Минилапароскопическая экстраперитонеальная герниопластика» за рубежом скудные. Минилапароскопическая ТЭП пластика технически выгодна из-за отсутствия необходимости фиксации сетки и создания перитонеального лоскута, что приводит к уменьшению послеоперационной боли и более быстрому восстановлению. Еще одно преимущество – это косметический результат. Восприятие пациентами новой методики – положительное, благодаря таким преимуществам, как уменьшение послеоперационной боли, отсутствие хронической послеоперационной боли, сокращение сроков госпитализации и улучшение косметического эффекта, а для хирурга переход от обычной лапароскопии к минилапароскопии понятен: сохраняются положения троакаров и инструментов, сохраняется триангуляция, техника операции та же. Преимущество минилапароскопии очевидны, однако необходимы дальнейшие наблюдения для определения четких показателей результата.

Ключевые слова: минилапароскопия, минилапароскопическая ТЭП пластика, малоинвазивная хирургия, паховая грыжа

---

585. Реконструкция дефицита тканей крыла носа, смещенным кожным и свободно кожнохрящевым лоскутом

Клименко К.В., Клименко А.К.

Москва

Клиника пластической хирургии «Revitalife»

Введение. Крылья носа являются парной анатомической структурой, состоящей из хрящевой пластины, покрыты с наружи кожей, и изнутри слизистой оболочкой. В эстетической оценке большое значение имеет пропорция носа. Наличие дефицита тканей носа связано после травм и устранения образований. Восстановление локального дефицита тканей крыла носа является актуальной задачей для реконструктивного хирурга.

Цель. Необходимо восстановить кожу, хрящ, эпителиальный покров изнутри. Несмотря на отсутствие хрящевой ткани большой площади, многие авторы рекомендуют выполнять трансплантацию свободного кожнохрящевого лоскута. Это позволяет придать стабильность крылу носа, избежать пролапса и деформаций. Данный способ позволяет смоделировать утраченный участок крыла носа. Для получения полноценного эстетического результата некоторые методики требуют выполнение реконструкции в несколько этапов, это снижает постоперативное качество жизни и не желательно для пациентов с сахарным диабетом. Существует множество способов реконструкции крыла носа в зависимости от площади и глубины дефицита тканей. Эта задача требует подхода к ее решению. Используемый способ смещаемого островкового лоскута из медиальной части щеки перемещают для ликвидации небольшого по площади дефицита участка тканей крыла носа с сохраненной хрящевой тканью и не предусмотрен для трансплантации кожнохрящевого графта. Основной недостаток этого метода формирование деформации носогубной борозды, это требует отсроченной коррекции. Свободная трансплантация кожнохрящевого графта из ушной раковины позволяет получить сразу пластичный материал, который содержит хрящ, кожный покров с двух сторон, а также изогнутую форму похожую на крыло

носа и свободный край для сшивания. Данным способом могут быть устранены дефекты крыла носа от 0,7 до 1,2 см. Большие по площади дефициты тканей крыла носа сложнее устранить и подобрать (паззл-графт) из ушной раковины, соответствующей естественной форме. Комбинация свободных кожных лоскутов с кожнохрящевым графтом позволяет устранить площадь достаточно больших размеров для восстановления крыла носа. Дефект тканей донорской области ушной раковины корректируется свободной пересадкой кожи из заушной области. Но чтобы создать естественный вид перемещенного лоскута иногда требуется двухэтапная операция. Получение материала из разных анатомических участков не желательны. Они отличаются по толщине кожного покрова и окраске. Нами применены модификации свободных комбинированных кожных лоскутов и кожнохрящевых лоскутов для устранения дефектов крыла носа различной площади.

Материалы и методы. Выполнено 37 реконструктивных операций крыла носа за 2022-2023 год с использованием комбинированных и не комбинированных свободных кожных и кожнохрящевых лоскутов. Причины образования дефицита тканей носа-базальноклеточный рак, постравматические состояния крыла носа. Наблюдение пациентов проводилось через 1,3,6,12 месяцев после операции.

Результаты и обсуждения. При устранении тотального дефекта крыла носа, выполняется трансплантация свободного кожнохрящевого графта, если площадь дефицита тканей крыла носа небольшая и сохранен крыльный хрящ, то выполняются формирование и перемещение кожного лоскута от медиальной части щеки.

Заключение. Использование свободного аутотрансплантата кожнохрящевого графта из края ушной раковины, позволяет одномоментно замещать дефицит хрящевой и кожной ткани крыла носа различной площади в комбинации со свободными кожными лоскутами, это позволяет добиться естественной формы крыла носа. При этом не отмечено осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах. Всем пациентам удалось восстановить площадь утраченных тканей, с использованием лазерной шлифовки. Предложенная методика может быть использована для реконструкции тотальных кожнохрящевых дефектов крыла носа.

Ключевые слова: Кожно-хрящевой лоскут, свободная трасплантация, устранение дефекта носа.

---

586. Оптимизированный подход к улучшению отдаленных результатов коррекции периорбитальной области нижних век, в комбинации с аутолипотрансферной волюмизацией

Клименко К.В., Пахомова Р.А., Артамонова К.В., Гришина Н.Т.

Москва

Клиника пластической хирургии «Revitalife»

Волюмизация недостатка объема жировой ткани инфраорбитальной области связана с особенностями анатомии и возрастными изменениями лица. И это является главной задачей коррекции периорбитальной области. Волюмизирующим материалом для восполнения объема является собственная периорбитальная жировая ткань. Но иногда этого объема недостаточно, чтобы в полной мере восполнить объем периорбитальной области сгладить рельеф и добиться выгодного эстетического результата. Достаточный объем тканей на лице, является показателем молодости. В связи с чем появляется необходимость в дополнительном липотрансфере аутожира из другой анатомической области. Восполнение дефицита жировой ткани нижней периорбитальной области возможно в двух вариантах, а) перераспределение жировых компартментов в область носослезной борозды и под нижний край орбиты с обязательным их подшиванием, б) выполнение дополнительного липофилинга из другой анатомической области.

Цель исследования. Оптимизировать восполнение объема жировой ткани инфраорбитальной области периорбитальным жиром в комбинации с дополнительным липофилингом из другой анатомической области.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 87 пациентов с послеоперационными результатами периорбитальной области за 2021-2023 гг. Всем пациентам была выполнена периорбитопластика с перемещением жировых компартментов в инфраорбитальную область с фиксацией. Учитывая особенность перемещаемой жировой ткани, у большинства пациентов интраоперационно был отмечен недостаток объема материала для получения эстетического результата. Поскольку перемещенные жировые пакеты были под натяжением и зафиксированы шовным материалом к фасции или мышцам лица, они были сдавлены и утрачивали свой объем, по сравнению со свободно лежащими, этого было не достаточно для восполнения жирового объема инфраорбитальной области. Оценка результатов коррекции была осуществлена путем ведения фотодокументации.

Результаты. Объем перемещенного жира (медиального, срединного и латерального) с нижнего века в инфраорбитальную область, включая носослезную борозду, с одной стороны составлял в среднем (0,4-0,5 мл за один

пакет), учитывая общее количество пакетов 3 шт с одной стороны, при общем объеме жира с трех пакетов составило 1,2-1,5мл. Данного объема жировой ткани было недостаточно чтобы получить максимальный эстетический результат. В связи с чем появилась необходимость дополнительного изъятия резервного жира из другой анатомической области, для восполнения объема. Средний объем жировой ткани суммарно необходимого для коррекции нижней периорбитальной области с одной стороны составляет 3,5-3,8 мл. Различия объема перемещенного инфраорбитального жира и дополнительно введенного липотрансфера не существенны, они практически одинаковы, но стратегически очень значимы для коррекции рельефа носослезной борозды и инфраорбитальной области. Из 87 пациенток с выполненной периорбитопластикой нижних век, с дополнительным интраоперационным липотрансфером жировой ткани из другой анатомической области, коррекция рельефа инфраорбитальной области в отдаленном послеоперационном периоде через 7 месяцев, потребоваласть только 2 пациенткам.

Выводы. Количество перемещенного инфраорбитального жира с целью коррекции возрастных особенностей лица, недостаточно для получения максимального эстетического результата. По этой причине, при выполнении периорбитопластики нижних век у большинства пациентов существует необходимость использования дополнительного липотрансфера, для эстетически выгодного, пролонгированного и стабильного результата волюмизации инфраорбитальной области.

Ключевые слова: Волюмизирующая ауто адипоцитарная аугментация, инфраорбитальной области, периорбитопластика

---

587. Эндоваскулярное лечение синдрома обкрадывания верхней конечности у пациентов с сахарным диабетом на программном гемодиализе

Карабач Ю.В., Левин А.В., Колкова А.В., Игошин А.С., Кислов Э.Е., Волков А.Ю, Соловьева Е.Д..

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Цель. Оценка эффективности и безопасности эндоваскулярного лечения синдрома обкрадывания верхней конечности у пациентов с сахарным диабетом на программном гемодиализе.

Актуальность. Одно из серьезных осложнений сосудистого доступа для гемодиализа – ишемия дистальной части конечности на фоне избыточного объемного кровотока по функционирующей АВФ. Данная патология угрожает снижением качества жизни (постоянный болевой синдром, нарушение сна), потерей конечности, инвалидизацией пациента. Современные методы хирургического лечения ишемии конечности позволяют добиться положительного результата даже в стадии трофических расстройств. Однако большинство методик – технологически сложные процедуры, требующие наличия специализированного стационара, длительного пребывания пациента в стационаре, в ряде случаев сопряжено с закрытием АВФ, как окончательного метода купирования ишемии конечности. При лечении пациентов с диабетом с тяжелой дистальной ишемией на фоне функционирующего сосудистого доступа методом выбора может быть балонная ангиопластика артерий предплечья.

Материалы и методы. С 2021 по 2023 гг в отделении сосудистой хирургии ГКБ им С.П. Боткина пролечено 10 пациентов с синдромом обкрадывания, болью покоя в кисти и/или трофическими расстройствами пальцев кисти. Все пациенты были женщины в возрасте от 28 до 46 лет (средний возраст 37 лет) с сахарным диабетом 1 типа. У 9 пациенток –проксимальная АВФ, у 1-дистальная АВФ. Критерии отбора пациентов: боли покоя в кисти, наличие трофических расстройств на кисти при наличии функционирующей АВФ. Методом диагностики синдрома обкрадывания являлось УЗДС АВФ и артерий верхней конечности, с измерением объемного кровотока по АВФ, скорости кровотока по артериям верхней конечности, транскутанная оксиметрия на кисти, ангиография дистального артериального русла. Эндоваскулярное лечение выполнялось в объеме балонной ангиопластики артерий предплечья, артериальной ладонной дуги под местной анестезией. Эндоваскулярное лечение у пациентов с язвенными дефектами выполнялось при отсутствии признаков гнойного воспаления. Консервативное лечение включало проведение ПГД, коррекция основного заболевания и осложнений ТХПН.

Результаты. У 10 пациентов выполнено 10 балонных ангиопластик, 3 открытых оперативных вмешательства,1 формирование АВФ на другой конечности. Клинический эффект в виде заживления трофических расстройств, купирования боли покоя, ишемии кисти достигнут по результатам эндоваскулярного лечения у 6 пациентов, у 1 пациента после ТЛБАП клинический эффект достигнут не был из-за выраженного кальциноза артерий в нижней трети предплечья, артериальной ладонной дуги, сформирована АВФ на контрлатеральной конечности, у 1 конверсия с перевязкой артерии дистальнее АВФ и плече-локтевым шунтированием, у 2 частичное клипирование фистульной вены с редукцией кровотока. Эпителизация трофических язв происходила в сроки от 1,5 до 3 месяцев. Послеоперационных осложнений не отмечено. Летальных исходов не было.

Обсуждение: Наиболее частой причиной развития

синдрома обкрадывания кисти является избыточный «сброс» по АВФ. Однако у ряда больных с СД 1 типа существенную роль в формировании ишемии кисти на фоне функционирующей АВФ играет ангиопатия артерий предплечья, артериальной ладонной дуги. Ликвидация стеноза артерий предплечья и ладонной дуги методом балонной ангиопластики позволила в короткие сроки достичь положительного результата. Местная анестезия и низкая частота послеоперационных осложнений делают эндоваскулярное лечение легко переносимой операцией для большинства пациентов

Выводы и рекомендации. Несмотря на развитие хирургических методик в сосудистой хирургии, балонная ангиопластика артерий предплечья остается простым и эффективным методом ликвидации дистальной ишемии верхней конечности. Ее выполнение возможно у большинства пациентов, даже с тяжелой сопутствующей патологией и трофическими расстройствами. Невысокие экономические затраты и короткий койко-день является дополнительными критериями для выбора данной методики

Ключевые слова: Сосудистый доступ, Сахарный диабет, Балонная ангиопластика

---

588. Кровосберегающие сегментарные резекции печени в лечении первичных и метастатических опухолей

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

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. 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).

Результаты: использование 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 использование высокотехнологических средств позволяет значительно снизить риск интра- и послеоперационных осложнений при сохранении радикальности, а также сократить количество койко-дней при госпитализации.

Ключевые слова: метастатическое поражение печени, гепатоцеллюлярный рак

---

589. Опыт использования лазерной абляции в хирургическом компоненте лечения злокачественных опухолей печени

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

Москва

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

В настоящее время ежегодно отмечается рост больных с метастатическим и первичным раком печени. Более 50% пациентов выявляются на поздних стадиях, что значительно уменьшает возможности лечения. Основным методом лечения является хирургический. По данным авторов резектабельность больных с первичным и метастатическим раком печени не превышает 20-25%. Операции на печени сопровождаются достаточно высокой кровопотерей до 700-900 мл с высокой частотой послеоперационных осложнений до 30-40% и ухудшением качества жизни. После хирургического лечения в 60-70% случаев диагностируются новые метастазы. Потенциально

радикальную операцию удается выполнить далеко не во всех случаях из-за недостаточного функционального объема печени, развития цирроза печени или по причине тяжести сопутствующей патологии. До 60-70% пациентов остаются неоперабельными.

Цель: повышение эффективности лечения больных с первичным и метастатическим поражением печени.

Материалы и методы: Настоящее исследование основано на клиническом материале, накопленном за период с марта 2017г по январь 2023г. В исследование включены данные обследования 29 больных, 27 (93%) пациентов было с колоректальным раком и синхронным (2) и метахронным (25) случаев поражением печени с I по III стадии (по Gennari), с I по IVA по классификации mTNM. 2 (7%) больных с первичным раком печени со стадией A (Child-Pugh A) по классификации BCLC. Возраст больных от 54 до 78 лет, средний возраст составлял 61,1±2,7 год. Мужчин 12 (39%) человек, женщин 17 (61%). Поражение правой доли печени выявлено у 20 (71%), левой 6 (22%), билобарно у 3 (7%) человек. Число опухолевых очагов в печени у одного больного варьировало от 1 до 5, размер опухолей колебался от 10мм до 40мм, средний размер составил 29,8±1,7мм. 25 больным с метастатическим поражением печени ранее были выполнены различные оперативные вмешательства по удаление опухолей толстой и прямой кишки. Больные с первичным раком печени получали противоопухолевую терапию. В одном наблюдении выполнена одномоментная резекция прямой кишки, резекция печени и лазерная абляция двух опухолей печени. В другом наблюдение выполнена одномоментно правосторонняя гемиколэктомия и лазерная абляция опухоли печени. На дооперационном этапе всем больным было выполнено ультразвуковое исследование органов гепатобиллиарной области, МСКТ и/ или МРТ с внутривенным болюсным усилением, что позволило чётко определить наличие объёмного образования, его локализацию относительно анатомо-топографических структур печени, размеры, количество и глубину расположения.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде в течение первых 3-х суток наблюдался умеренный болевой синдром в проекции проведенной абляции у 11 больных, который купировался приёмом анальгетиков; субфебрилитет в 5-х случаях. У всех больных наблюдалось повышение в 2-3 раза содержание трансаминаз в анализах крови относительно исходных значений, которое на фоне применения гепатопротекторов и проводимой инфузионной, дезинтоксикационной терапии нормализовывались к 6-10 суткам. Осложнения по классификации Clavien-Dindo соответствовали I степени. У 1-го больного отмечалось образование подкапсульной гематомы в области стояния световода, не потребовавшее хирургического лечения. В двух случаях сформировалась остаточная полость, не требовавшая дальнейшего лечения. Острая печеночная недостаточность в одном случае при одновременной деструкции 5 опухолей печени, купированная проведением гепатопротекторной и инфузионной терапии на 10 сутки.

Выводы: Применение лазерной абляции позволяет расширить показания к хирургическому лечению больных с метастатическим и первичным раком печени за счет миниинвазивности и малотравматичности, значительно уменьшить количество операционно-анестезиологических рисков и послеоперационных осложнений, сократить пребывание больных в стационаре, увеличить продолжительность жизни и ее качество у нерезектабельных больных.

Ключевые слова: лазерная абляция, метастатическое поражение печени

---

590. СВЧ абляция как операция выбора у пациентов с раннее выполненной резекцией печени различных объемов

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

Москва

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

Актуальность: Существует большой кластер пациентов, которым были раннее выполнены обширные резекции печени при первичных и метастатических раках печени. В случае прогрессирования заболевания выполнение повторных резекций не представляется возможным вследствие недостаточного объема остающейся паренхимы. Данным пациентам показано выполнение локальных методов деструкции. Один из современных существующих методов является СВЧ деструкция.

Цель: повышение эффективности лечения у пациентов с прогрессированием заболевания и раннее выполненной резекцией печени

Материалы и методы: В исследование включено 20 больных. 8 (40%) больных с метастазами колоректального рака, 4 (20%) больных с нейроэндокринными опухолями печени, 3 (15%) больных с гепатоцеллюлярным и 5 (25%) холангиоцеллюлярным раком, которым раннее были выполнены 7 пациентам ПГГЭ, 6 ЛГГЭ, в 4 случаях бисегментэктомии, в 3 случаях трисегменэктомии. В настоящее время у пациентов отмечалось прогрессирование заболевания в виде метастатического поражения остающейся паренхимы печени. Поражение правой доли печени выявлено у 12 (60%), левой 8 (40%). Число опухолевых очагов в печени у одного больного варьировало

от 1 до 3, размер опухолей колебался от 10 мм до 35 мм, средний размер составил 29,8±1,7мм. С 2019г. 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 1100С. Время воздействия от 5 до 20 мин.

Результаты: Термодеструкция использовалась как самостоятельный метод у нерезектабельных больных, перкутано в 10 случаях (8 больных с метастазами колоректального рака, 1 больной с гепатоцеллюлярным раком и 1 с нейроэндокринными образованиями), в 10 случаях интраоперационно в сочетании с резекцией печени у 3 больных с нейроэндокринными опухолями печени, 2 с гепатоцеллюлярным и 5 с холангиоцеллюлярным раком В послеоперационном периоде наблюдались осложнения, не потребовавшие хирургического лечения: внутрипеченочная гематома в одном случае, формирование остаточной полости в печени в одном случае, формирование биломы в одном наблюдении, пристеночный тромбоз воротной вены в одном случае.

Выводы: 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.

Ключевые слова: сверхчастотная абляция, метастатическое поражение печени, гепатоцеллюлярный рак

---

591. Пути улучшение хирургической лечении больных с хроническим толстокишечным стазом

Гулов М.К., Нурзода З.М., Рузибойзода К.Р., Сафаров Б.И.

Таджикистан, Душанбе

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Актуальность. На сегодняшний день хронический толстокишечный стаз (ХТКС) широко распространен в индустриально развитых странах, где запорами страдает до 30-40% взрослого трудоспособного населения, имеющее важное социальное значение. На современном этапе лечения больных данной категории имеются множества предложенных методов как консервативного, так и хирургического лечения, однако все они не обладает 100% эффективностью. По данным различных авторов, частота неудовлетворительных результатов после оперативных вмешательств достигает до 27,3-45,9%.

Цель исследования – улучшение хирургического лечения больных с ХТКС.

Материал и методы. Располагаем комплексной диагностики и хирургического лечения 348 больных с ХТКС различной этиологии доброкачественного генеза, за последнее 10 лет. Этиологическими причинами ХТКС в 87 (25%) случаях являлось долихоколон. В 113 (32,5%) наблюдениях был диагностирован долихосигма, а в 31 (8,9%) случаях имело место мегадолихоколон и в 39 (11,2%) наблюдениях – мегадолихосигма. Ещё в 35 (10,0%) наблюдениях этиологическими факторами ХТКС явилось долихосигма с сочетанием синдромом Пайра, 29 (8,4%) синдром Пайра сочетался с долихоколоном, а в 14 (4,0%) причиной ХТКС – синдром Пайра. Для диагностики ХТКС выполнялось различные клинико-лабораторные и инструментальные методы таких как ирригография, колоноскопия, ультразвуковое исследование, мултиспиральная компьютерная томография с контрастированием кишечника и виртуальная колоноскопия.

Результаты и их обсуждения. Лечение пациентов с ХТКС до настоящего времени представляют значительные сложности в виду окончательно не ликвидации наличие хронического запора. Выбор метода и способа лечения зависело от стадии хронического запора и этиологического фактора ХТКС. В своих наблюдениях для хирургической коррекции были включены лишь пациенты с суб- и декомпенсированной стадией ХТКС в целом составляющий 228 (65,5%) наблюдениях. У 11 (4,2%) больных с долихоколон были выполнены тотальная колэктомия с формированием илеоректоанастомоза, а у 33 (14,5%) случаях – субтотальная колэктомия с илеосигмоанастомозом, у 4 (1,7%) произведено левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом, а у 3 (1,3%) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом. Левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом (n=69) и сигмоидэктомия (n=12) произведено при долихосигме. У больных мегадоликолоном в 7 (3,0%) случаях выполнено тотальная колэктомия с формированием илеоректоанастомоза, а у 2 (0,9%) наблюдениях – субтотальная колэктомия с илеосигмоанастомозом. При сочетании аномалии развитии толстого кишечника с сочетанием синдромом Пайра выполнялось левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом (n=64), а при синдроме Пайра в произведено низведение селезеночного изгиба ободочной кишки. Различные варианты резекции толстого кишечника виде левосторонней гемиколэктомии с трансверзоректальным анастомозомом (n=16) и сигмоидэктомии (n=4) выполнялось у больных с мегадолихосигмой. В послеоперационном периоде наблюдали

21 (9,2%) различные по характеру послеоперационных осложнений с 5 (2,2%) летальным исходом.

Заключение. При лечении ХТКС пациенто-ориентированный подход, является наиболее оптимальной и эффективной, позволяющий выбрать наиболее обоснованный метод хирургической коррекции хронического запора.

Ключевые слова: хронический толстокишечный стаз, резекция

---

592. Ретроспективный анализ результатов лечения острого панкреатита

Мельситов В.А., Александров Д.А., Гусев Г.А., Аликберов А.А.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского»

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) остается одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в практике неотложных хирургов. Тяжелые формы ОП по-прежнему сопровождаются высокой летальностью.

Материал и методы. За 5 лет с 1918 года по 2022 год в стационары Саратовской области госпитализировано 16329 больных ОП, из них 47% поступили позже после 24 часов от начала заболевания. Диагностические и лечебные мероприятия выполнялись в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Тяжелый ОП диагностирован у 1104 больных (6,76%), ОП средней тяжести – у 761 (4,66%). Полученные результаты. Ниже последовательно представлены следующие цифры: год, общее число больных ОП, общая летальность, общая послеоперационная летальность : 2018 (3822, 2,93%, 24,9%), 2019 (3383, 2,95%, 12%), 2020 (2881, 3,36%, 22,62%), 2021 (2811, 4,09%, 19,48%), 2022 (3432, 2,74%, 20,11%). Всего за рассматриваемый период умерли 518 человек (общая летальность 3,17%). При этом в группе больных тяжелым панкреатитом умерли 396 человек (летальность 35,86%), в группе больных панкреатитом средней тяжести умерли 122 человека (летальность 16,03%). Оперированы всего 1670 пациентов (10,22% от общего числа). Среди оперированных летальность составила 19,34% (323 человека). Из числа оперированных только лапароскопические вмешательства выполнены у 675 больных (40,41%), только из минидоступа оперированы 45 пациентов (2,7%). В группе малоинвазивных вмешательств летальность составила 11,25%. Открытые вмешательства (56,69% от общего числа операций) в сочетании с малоинвазивными выполняли при тяжелом панкреатите с развитием неотграниченного инфицированного панкреонекроза (ПН) и распространенного гнойно-некротического парапанкреатита (ПП) у 950 больных. В этой группе летальность достигла 25,47%. Количество открытых операций за 5 лет снизилось со 193 в 2018 году (послеоперационная летальность 26%) до 134 в 2022 (послеоперационная летальность 35%). Число малоинвазивных вмешательств за тот же период выросло с 80 (послеоперационная летальность 21,25%) до 209 (послеоперационная летальность 10,52%) за год.

Обсуждение. За рассматриваемый период не выявлено стабильной тенденции к значимому снижению заболеваемости ОП. В хирургическом лечении осложнений ОП стали преобладать малоинвазивные методы. Вместе с тем, при тяжелых формах ОП не выявлено стабильной тенденции к значимому снижению общей и послеоперационной летальности.

Результаты зависели от темпа развития ПН, его распространенности и распространенности инфекционных осложнений в забрюшинном пространстве.

Выводы. Летальность при тяжелых формах ОП по-прежнему остается высокой и определяется долей распространенных гнойно-некротических осложнений. В этом контексте заслуживают внимания и фундаментального изучения возможности ранней профилактики распространения патологического процесса в забрюшинном пространстве.

Ключевые слова: Острый панкреатит, панкреонекроз, результаты лечения.

---

593. Робот-ассистированные или открытые панкреатодуоденальные резекции. Проблема выбора.

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А., Андрейцев И.Л., Пилюс Ф.Г.

Москва

ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Актуальность: Операции на поджелудочной железе являются одними из самых сложных в абдоминальной хирургии с технической точки зрения. Опыт робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций (РПДР) в Российской Федерации крайне мал и представлен единичными вмешательствами в крупных хирургических центрах. Это не позволяет полноценно оценить дополнительные возможности роботических технологий и тем самым ограничивает их широкое распространение в стране.

Материалы и методы. В хирургической клинике Боткинской больницы было выполнено 238 панкреатодуоде-

нальных резекций (ПДР), из которых 111 РПДР (I группа) и 127 ПДР открытым доступом (ОПДР) (II группа). Критериями для включения пациентов в группу РПДР являлись: размер опухоли в наибольшем измерении менее 3.5 см, отсутствие вовлечения в опухолевый процесс магистральных сосудистых структур и прилегающих органов. Про поводу злокачественных опухолей головки поджелудочной железы (ГПЖ) прооперировано 194 пациента. По поводу доброкачественных новообразований ГПЖ выполнено 44 операции. Операции проводились на роботических системах DaVinci Xi и Si. Группы статистически однородны и сопоставимы по полу, возрасту и индексу массы тела пациентов.

Результаты. Интраоперационно отмечено значительное снижение кровопотери в группе РПДР (272,4±24,2 мл; 478,2±31,6мл; p=0,01) по сравнению с группой ОПДР, однако время операции в группе I было дольше (475±12 мин; 323±36мин; p=0,001). Количество удаленных лимфоузлов в обеих группах не отличалось (26,1±2,3; 21,4±4,7; p=0,09). В послеоперационном периоде частота развития клинически значимой панкреатической фистулы (классы B и C по ISGPS) достоверно ниже в I группе (10,4%; 17,3%; p=0,001), так же, как и частота нарушений эвакуации желудка (7,3%; 16,8%; p=0,0001). Сроки дренирования брюшной полости у больных, оперированных с помощью робототехники, оказались значительно меньше в I группе (10,3±2,6 дней; 17,4±6,3 дней, p=0,01). Отмечено статистически значимое уменьшение послеоперационного койко-дня в группе РПДР (12,7±3,2 дня и 22,4±5,7 дней соответственно, p=0,001). 90-дневная летальность между группами статистически не отличалась (3 (2,7%) случая; 5 (3,9%) случаев; p=0.31). Конверсия доступа выполнена в 5 случаях (4,5%), во всех случаях связана с неконтролируемым кровотечением из магистральных сосудов.

Выводы и рекомендации. Робот-ассистированные вмешательства являются эволюцией миниинвазивных технологий в хирургии. РПДР по частоте интра- и послеоперационных осложнений не уступают операциям из открытого доступа, а по показателям интраоперационной кровопотери, частоты панкреатической фистулы, послеоперационному койко-дню робот-ассистированная ПДР имеет преимущества перед ОПДР. Для окончательной оценки преимуществ робот-ассистированной панкреатодуоденальной резекции необходимо проведение проспективных рандомизированных исследований.

Ключевые слова: Робот-ассистированная панкреатодуоденальная резекция, ПДР, поджелудочная железа, роботическая хирургия

---

594. Прогресс варикозной болезни, рецидив варикотромбофлебита и тромбоэмболические осложнения после кроссэктомии

Царев О.А., Сенин А.А.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день не изучены анатомические и функциональные особенности вен нижних конечностей у больных варикозной болезнью ассоциированной с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, отсутствуют рекомендации по лечению варикотромбофлебита у данной категории больных.

Цель. Изучить отдаленные результаты лечения больных варикотромбофлебитом после кроссэктомии, проанализировать анатомические и функциональные особенности вен нижних конечностей у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы. В проспективное клиническое исследование были включены 132 пациентки с острым варикотромбофлебитом, которым произведена кроссэктомия. Были исследованы фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Выделена основная группа – 67 больных, у которых варикозная болезнь была ассоциирована с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. 65 пациенток составили группу сопоставления. Отдаленные результаты после кроссэктомии изучены на протяжении 36 месяцев. Оценивали клинические и ультразвуковые критерии прогрессирования варикозной болезни, рецидив варикотромбофлебита, а также тромбоэмболические осложнения. Провели регрессионный анализ Кокса для исследования значения недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии рецидива варикотромбофлебита. Полученные результаты. У 51 (78,4%) пациентки группы сопоставления был выявлен регресс клинических проявлений варикозной болезни, отмечено спонтанное исчезновение горизонтального венозного рефлюкса после кроссэктомии и второго этапа хирургического лечения не потребовалось. У 57 (85,1%) пациенток основной группы после кроссэктомии, напротив, был выявлен прогресс варикозной болезни. На протяжении 36 месяцев после кроссэктомии рецидив варикотромбофлебита развился у 22 (32,8%) пациенток основной группы и 5 (7,7%) – группы сопоставления (p=0,002). Корреляционный коэффициент Пирсона (r) – 1,0. Важно подчеркнуть, что у 27 (40,3%) пациенток основной группы и 12 (18,5%) – группы сопоставления было выявлено несоответствие проксимальной границы тромба с клиническими проявлениями варикотромбофлебита (p=0,001). У 8 пациенток основной группы и у одной пациентки группы сопоставления после кроссэктомии был выявлен

тромбозом бедренной вены. У двух пациенток основной группы была диагностирована эмболия легочной артерии. HR (Hazard Ratio) критерий кокс-модели для недифференцированной дисплазии соединительной ткани составил 4,215 (95% ДИ 1,596-11,148).

Обсуждение. У пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отмечается существенно большее число коллатералей в зоне сафено-феморального соустья, в сочетании с гипоплазией или аплазией большой подкожной вены. Выявляются выраженные изменения структуры венозных клапанов, что обеспечивает значительный патологический венозный рефлюкс и повышение класса хронической венозной недостаточности. Отмечается утолщение венозной стенки, ее большая дилатация при проведении пробы Вальсальвы, что косвенно свидетельствует о слабости соединительнотканного каркаса исследуемых вен.

Выводы и рекомендации. У больных варикозной болезнью с недифференцированной дисплазией соединительной ткани выявлены особенности эхосемиотики вен, создающие условия для прогрессирования варикозной болезни после кроссэктомии, в 4,2 раза повышается риск развития рецидива варикотромбофлебита, что следует учитывать при определении тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: Варикозная болезнь, варикотромбофлебит, эхосемиотика вен нижних конечностей, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, кроссэктомия.

---

595. Протокол лечения больных со «сложным» холедохолитиазом Боткинской больницы

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Коржева И.Ю., Карпов А.А., Ланцынова А.В., Абрамов К.А., Галкин Г.В.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ (Москва, Россия)

Введение. Рост числа пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни: холедохолитиазом и механической желтухой, требует оптимизации лечебно-диагностического протокола ведения этой категории пациентов. По данным различных авторов около 15% конкрементов невозможны к извлечению стандартными эндоскопическими методиками.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни путем оптимизации лечебной тактики и разработки соответствующего диагностического протокола.

Материал и методы. В исследовании проведен анализ лечения 7459 больных с различными вариантами желчнокаменной болезни, находившихся на лечении в Боткинской больнице за период с 2018 по 2022 годы, при этом количество пациентов с холедохолитиазом составило 2395, а у 274 был выявлен «сложный» холедохолитиаз. Всем пациентам был применен диагностический протокол, включая стандартные лабораторные и инструментальные исследования в объеме трансабдоминального и эндоскопического ультразвукового исследований, магнитно-резонансной холангио-панкреатографии, а в ряде случаев компьютерной томографии органов брюшной полости в многофазном режиме. Критериями, определяющих понятие «сложный» холедохолитиаз, явились: невозможность первичной ретроградной эндоскопической холедохолитоэкстракции, «крупный» холедохолитиаз, синдром Мириззи, предшествующие вмешательства на желудке и двенадцатиперстной кишке, определяющее необходимость вмешательств по методике «rendez-vous», холангиолитиаз, холедохолитиаз в сочетании с рубцовыми стриктурами холедоха, трудный доступ к большому дуоденальному сосочку (в том числе парапапиллярные дивертикулы), а также любой другой вариант холедохолитиаза, при котором невозможно удаление конкремента стандартными методиками.

Результаты. Ретроградная холедохолитоэкстракция с баллонной дилатацией и литотрипсией выполнена 178 (64,9%) больным, вмешательство по методике «rendez-vous» с предварительной установкой чрескожно-чрespеченочной холангиостомы – 38 (13,9%) пациентам, гибридное одномоментное вмешательство в объеме лапароскопической холецистэктомии и эндоскопической ретроградной холедохолитоэкстракции – 5 (1,8%) пациентам, лапароскопическая холедохолитотомия и холедохолитоэкстракция – 4 (1,6%), лапаротомные вмешательства в различных модификациях, включая формирование терминолатерального гепатикоеюноанастомоза – 45 (16,4%) пациентам. У 4 (1,6%) больных применена комбинированная эндоскопическая методика с использованием «Spyglass». Все лечебные методики были хорошо переносимы пациентами и не имели серьёзных осложнений (по классификации Clavien-Dindo), однако в целом количество тяжелых осложнений grade 3+ было выше у пациентов перенесших «открытые» оперативные вмешательства (5,2% vs 17,7%).

Заключение. Разработанный лечебно-диагностический протокол ведения пациентов со «сложным» холедохолитиазом позволяет определить наиболее безопасную хирургическую тактику, а в диагностически сложных случаях избежать напрасных вмешательств и повысить их эффективность у этой сложной категории пациентов.

Ключевые слова: холедохолитиаз, ЭРХПГ, внутрипросветная холангиоскопия

---

596. Маркер и способ одновременной локализации опухоли с цито-гистобиопсии для визуализации зоны радикальной резекции молочной железы и устройства для его осуществления

Хутиев Ц.С. (1), Беслекоев У.С. (2), Хутиева И.К. (3), Хутиева Н.Ц. (4), Наниев Б.Л (5).

Владикавказ

(1,2,5) СОГМА,
(3) Пригородная ЦРБ,
(4) СОГУ

Актуальность. Успешное удаление ранних непальпируемых инвазивных карцином и /или карцином in situ, а также опухолей после неоадъювантной химиотерапии с минимизацией иссечения здоровых тканей молочной железы зависит от точной локализации (маркировки) опухолевого узла. Все без исключения известные маркеры (в виде металлического мандрена с крючком на конце, из никелида титана в форме стержня в 5-10мм, радиоизотопный. Маркер GelMack Ultra Cor GMUTC 005T), устройства и способы внутритканевой локализации опухоли для радикальной резекции молочной железы имеют ряд существенных недостатков: высокая стоимость материала для маркера, сложность технических средств изготовления, его установка и обнаружение, возможность миграции из опухоли, опасность лучевых нагрузок, нарушение абластики без возможности проведения антибластики, необходимость интраоперационной маммографии и сцинтиграфии, участие в операционном процессе кроме хирурга, узиста, рентгенолога, радиолога. цитолога и т.д.

Материалы и методы. Кость крупного рогатого скота и напильник для приготовления костной муки, бриллиантовый зеленый для ее окрашивания. Удаленная молочная с опухолью. Устройство, состоящее из иглы-локализатора с V образным коннектором, биопсийного стилета-сверла и мондрена. Способ одновременной, локализации ранней не пальпируемой опухоли с цитогистобиопсии и опухоли после неадъювантной химиотерапии для радикальной резекции молочной железы с минимизацией иссечения здоровых тканей осуществляют следующим образом: после местной анестезии зоны интереса под контролем УЗИ иглой-локализатор в просвете которой биопсийное сверло пунктируют опухоль так, чтобы конец иглы проник в нее до 5 мм. Биопсийным сверлом, которое можно вводить в иглу локализатор до, во время и после пункции, просверливают опухоль на нужную глубину и на него наворачивают (надвигают) иглу-локализатор, чтобы фиксировать биоптат. Биопсийное сверло с биоптатом извлекают для гистологического исследования. Содержимое из внутриопухолевого канала (пунктат) аспирируют шприцем через коннектор или конюли иглы-локализатор для цитологического исследования. С целью антибластики пункционный канал промывают цитостатиком. Затем в иглу-локализатор, конец которой в опухоли вводят маркер (метку) и посредством мандрена проталкивают его в центр опухолевого узла (локализации опухоли). Маркер-костная мука разведенной в цитостатике в форме пасты, окрашенной в синий цвет для визульного контроля зоны радикальной резекции молочной железы в ходе операции. Надо отметить, что введение маркера в просвет иглы –локализатор возможно до, во время и после пункции. Способ позволяет интро и перитуморальной маркировки мультифокального и мультицентричного рака до неадъювантной системной химиотерапии для органосохраняющей операции на молочной железе с соблюдением абластики и антибластики. Таким образом предполагаемый маркер, устройство и способ маркировки опухоли молочной железы под УЗИ контролем позволяет одновременно прицельно взять материал для цитологии и биопсии, локализации опухоли и зоны радикальной резекции, надежную антибластику пункционного канала, безопасность, фиксированность и невозможность миграции маркера. В процессе операции обеспечивается четкая цветная визуальная идентификация перитуморальной зоны, подлежащей удалению и контроль адекватности органосохраняющей операции. Соблюдать онкологические принципы в хирургии: абластику, антибластику, зональность, футлярность. Отпадает необходимость интра и послеоперационных инструментальных исследований (рентгеномммамография, сканирование) с целью идентификации маркера с опухолью в удаленном макропрепарате. Упрощает обследование больных РМЖ и снижает до минимума огромные экономические затраты.

Ключевые слова: Маркер, цитогистобиопсия

---

597. Рак и Covid-19 в республике Северная Осетия – Алания

Хутиев Ц.С. (1), Беслекоев У.С. (2), Хутиева И.К. (3), Хутиева Н.Ц. (4), Наниев Б.Л. (5).

Владикавказ

(1,2,5,) СОГМА,
(3) Пригородная ЦРБ,
(4) СОГУ

Актуальность. Нарушение алгоритма ранней диагностики и лечения рака, связанного с Covid-19, является основанием анализа онкологической помощи и ее совершенствования в период пандемии. Тем более, искусственной природы вируса уже никто не отрицает, и новые пандемии вполне ожидаемы.

Материалы и методы. Использованы данные форм государственной отчетности республиканского-онкологи-

ческого диспансера (РОД): №7,№5 (Таблица С51).Данные ковид-центра республики по распространенности и летальности от Covid-19 в РФ. Короновирусная инфекция у онкологических больных по данным РОД. Полученные результаты. Убыль населения республики с 2015-2019гг. составила в среднем 1445(0,2%), в 2020г. 3080,2021-4949,2022-10277 человек. В 2019 г. в республике выявлено 2346 больных раком. «Грубый» показатель заболеваемости – 336,1 и стандартизованный – 26,4 на 100 тыс. населения. Умерло – 1048, «грубый» показатель смертности – 150,1 и стандартизованный – 85,0 соответственно. В 2020 г. эти показатели составили 1974 больных, 284,0 и 174,7 и 984, 141,6 и 79,9 соответственно. В 2021 г. – 2143 пациента, 313,2, 188,1, 1021, 147,8 и 82,4 соответственно. По данным ковид-центра республики на 26.12.2022г. ковид-инфицированные за 3 года составили 45840 (6,7%) населения и умерло 1267(2,8%), в РФ – 14,8% и 1,8% в США – 29,8% и 1,1%, в мире – 8,2% и 1,1% соответственно. В 2020г. в РОД Covid-19 обнаружен у 198 больных раком, мужчин – 41,9% и женщин – 58,1%. В возрасте 55 лет и старше – 69,7%. В гематологическом отделении 25,3%, гинекологии с маммологией – 14,7%, паллиативном – 14,1%, торако-абдоминальном – 12,6%, всего 66,7% и 33,3% в других. В 2021г. выявлено 184, мужчин – 51,1% и женщин – 48,9%. В 55 лет и старше – 74,5%. В этих 4 отделениях – 69,1% и 30,9% в других. В 2022г.– 124 с Covid-19, мужчин – 38,8% и женщин – 61,2%. В 55 лет и старше – 71,8%. В 4 отделениях всего 74,2% и 25,8% в других.

Обсуждение. Убыль населения с 0,2% в период пандемии выросла: в 2020г. -0,4%, 2021– 0,7%, 2022г. – 1,5%. Выявляемость Covid-19 в республике в 2,2 раза ниже, а летальность в 1,6, раза выше, чем в РФ. В 2020г. «грубый» показатель заболеваемости по сравнению с 2019г. снизилась на 15,5% и стандартизованный 15,4% и смертность – 5,7% и 6% соответственно. В 2021г. по сравнению с 2020г. – 9,3% и 7,1%, 4,2% и 3,1% соответственно. Covid-19 в 4-ёх отделениях (гематологическом, торако-абдоминальном, паллиативном, гинекологии с маммологией) РОД за 3 года – 68,8% и в остальных – 31,2%.

Выводы. Убыль населения республики в период Covid-19, выросла: 2020г. в 2,1, 2021 в 3,4 и 2022г – 7,1 раза.% больных Covid-19 в 2,2 раза ниже, а летальность в 1,6, выше, чем в РФ. Заболеваемость и смертность от рака в 2020г. по сравнению с 2019г. снизились, а в 2021г. по сравнению с 2020г. они выросли. Рак, в том числе, ассоциированный с Covid-19, одна из основных причин убыли населения. Covid-19 чаще отмечен в 4-х отделениях. Пандемия обнажила лежащие на поверхности проблемы: дефицит инфекционных коек и специалистов инфекционистов, реаниматологов, перебои в снабжении кислородом, отсутствие мобильных и стационарных цифровых флюоро- и маммографов и т.д. Искусственной природы Covid-19 никто уже не отрицает и угроза новых пандемий существует реально.

Рекомендации. Организованный, массовый скрининг населения групп риска на рак. Оснастить цифровыми мобильными и стационарными флюоро- и маммографами. Шире использовать: КТ, МРТ, МСКТ, УЗИ, ФГ и маммографии с пункционно-аспирационной и трепан-биопсии. Восстановить кафедры инфекционных болезней и инфекционных стационаров. Использование советского опыта борьбы с особо опасной инфекцией. Пандемия-не факт приостановки скрининга и своевременного лечения рака с соблюдением карантийных условий.

Ключевые слова: Рак, заболеваемость, смертность, скрининг, Covid-19, пандемия.

---

598. Влияние сепсиса на эффективность применения стромально-васкулярной фракции жировой ткани для лечения больных с глубокими ожогами кожи

Рябков М.Г., Колошеин Н.А., Егорихина М.Н., Лузан А.С., Арефьев И.Ю.

Нижний Новгород

Университетская клиника ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Актуальность. Лечение обширных глубоких ожогов кожи представляет собой серьезную проблему. Особую важность она приобретает в период вооруженных конфликтов, когда риск термических повреждений у военнослужащих и гражданского населения значительно возрастает. В современных вооруженных конфликтах на ожоги приходится до 5% хирургической травмы; у 20% раненых наблюдаются комбинированные механотермические поражения. Технологии регенеративной медицины, в частности использование стромально-васкулярной фракции (СВФ) жировой ткани – потенциально эффективный инструмент лечения обожженных [Laloze J, 2020]. СВФ обладает широким спектром регенераторных, иммуномодулирующих свойств, эффективность СВФ в лечении ран доказана [Wang M, 2021]. Однако до настоящего времени неизвестно имеет ли клинический смысл применение СВФ у обожженных с сепсисом. Это важно, поскольку частота развития сепсиса в этой нозологической группе достигает 30%, а данные о влиянии системной воспалительной реакции на эффект СВФ-терапии скудны и противоречивы.

Цель. Изучить влияние сепсиса на эффективность применения СВФ аутологичной жировой ткани для лечения донорских ран у пациентов с глубокими ожогами кожи.

Материал и методы. В ожоговом центре ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ в период 2021-2022 гг. проведено проспективное контролируемое клиническое исследование, в которое

включены 48 пациентов. Критерии включения пациентов: 1) мужчины и женщины в возрасте 18-70 лет с диагнозом «термический ожог III степени (по МКБ-10)»; 2) площадь глубокого ожога 5-60% поверхности тела; 3) информированное добровольное согласие пациента; 4) отсутствие хронических кожных заболеваний. Критерии исключения: 1) активный неопластический процесс и заболевания крови; 2) психические заболевания 3) иммунодефицитное состояние; 4) туберкулез и/или сифилис. Пациенты разделены на две группы. В группу «S» вошли пациенты, перенесшие сепсис до введения СВФ в донорскую рану. В группу «NS» – пациенты без признаков сепсиса. Объект исследования – донорская рана, в которую были сделаны инъекции аутологичной СВФ. Методы контроля раневого процесса – высокочастотное УЗИ in vivo и гистологическое исследование с морфометрией. Обработка данных производилась методами непараметрической статистики (STATISTIKA 6.0).

Результаты. В группу «S» включены 13 пациентов, в группу «NS» – 35. Главные отличия заключались в параметрах новообразованного эпидермального слоя. Гистоморфологические характеристики новообразованной кожи на 12 сутки ex vivo показали, что Me толщины эпидермиса на препаратах у пациентов без сепсиса составила 121 [96; 153] мкм, а у пациентов с сепсисом – 96 [73; 181] мкм (p=0.033). In vivo по данным ВЧ УЗИ толщина эпидермиса у пациентов без сепсиса составила 265 [190; 370] мкм, у пациентов с сепсисом на 49% меньше – 155 [95; 180] мкм (p=0.075). При этом у пациентов с сепсисом эпидермис был неоднородным, имел дефекты размером от 100 до 2000 мкм.

Обсуждение. Накопленные в последние годы сведения об особенностях клеточной терапии у пациентов с инфекцией неоднозначны: описаны как полезные, так и негативные проявления взаимного влияния (O'Rourke F, 2019; Ahmed Al-Anazi, 2020). Некоторые данные свидетельствуют о положительном иммуномодулирующем эффекте СВФ и МСК на течение сепсиса [Dos Santos CC, 2022; Wang X, 2022]. Опубликованы работы об отсутствии какого-либо влияния инъекционных препаратов МСК на клеточные и органные нарушения, вызванные абдоминальным сепсисом [Horak J, 2020]. Полученные нами данные свидетельствуют о негативном влиянии сепсиса на регенерацию тканей в области введения СВФ. Вероятно, негативный эффект обусловлен влиянием гиперергической цитокиновой реакции на паракринную функцию клеток СВФ; возможно, причиной является снижение качества и количества клеток в жировой ткани у пациентов с сепсисом.

Выводы. Перенесенный сепсис негативно влияет на эффективность применения СВФ при лечении донорских ран у пациентов с глубокими ожогами, что выражается в снижении количественных и качественных характеристик новообразованного эпидермиса.

Ключевые слова: стромально-васкулярная фракция жировой ткани; сепсис; донорские раны; ожоги

---

599. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом с кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки

Кригер А.Г. (1), Горин Д.С. (2), Пантелеев В.И. (1)

Москва

1) ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
2) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России

Цель сообщения: определение концепции диагностики и лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным кистозно-воспалительной трансформацией двенадцатиперстной кишки.

Материал. В 2016-2022 годах в отделении абдоминальной хирургии было выполнено 311 панкреатодуоденальных резекций (ПДР), из них у 28 человек при морфологической верификации диагноза было установлено наличие хронического панкреатита (ХП). Среди больных ХП у 12 пациентов изначально были диагностированы опухоли головки ПЖ (протоковая аденокарцинома, внутрипротоковая папиллярномуцинозная опухоль), но после патологоанатомического исследования препарата диагностирован ХП. Диагноз ХП со стойким нарушением эвакуации из желудка за счет кистозно-воспалительной трансформации (КВТ) двенадцатиперстной кишки до операции установлен у 16 человек. В этот же период консервативная терапия (строгое соблюдение диеты, отказ от курения, противовоспалительное лечение) по поводу ХП, осложненного КВТ, была успешно проведена 5 пациентам.

Результаты. Пилоросохраняющая ПДР произведена 9, гастропанкреатодуоденальная резекция – 7 больным ХП, осложненным КВТ. Средняя продолжительность операции составили 290 минут. Объем кровопотери колебался от 100 до 500 мл. Послеоперационные осложнения отмечены у 7 больных: панкреатический свищ типа В – 2, аррозионное кровотечение – 2; несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 2, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1. Летальных исходов не было. Консервативная терапия проведена 5 пациентам, в результате которой нарушения эвакуации из желудка были устранены, хирургического лечения не производилось.

Заключение. Кистозно-воспалительная трансформация двенадцатиперстной кишки при ХП является тяжелым осложнением, которое приводит к нарушению эвакуации из желудка. Не редки случаи, когда при этом осложнении требуется проведение дифференциального диагноза с раком поджелудочной железы (ПЖ). Тактика лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным КВТ,

окончательно не разработана и может варьировать от консервативной терапии до панкреатодуоденальной резекции.

Ключевые слова: хронический панкреатит, кистозно-воспалительная трансформация, двенадцатиперстная кишка

---

600. Непосредственные результаты хирургического лечения воспалительных осложнений дивертикулярной болезни

Кулушев В.М., Равич Л.Д., Хмылов Л.М.

Москва

ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ

Актуальность: Доля дивертикулярной болезни среди всех случаев дивертикулеза составляет 5-20%. При этом у 75% больных диагностируется острый дивертикулит, а у 25% – более грозные осложнения. Перфорация дивертикула является 4-й по частоте среди причин экстренного хирургического вмешательства, а также 3-й по частоте среди причин формирования кишечных стом. Частота развития перитонита при дивертикулярной болезни составляет до 4 случаев на 100 тысяч человек в год. При этом от осложнений дивертикулярной болезни умирают 9,8% больных.

Цель работы: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни.

Материалы и методы: В исследование включено 104 пациента с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезнью ободочной кишки госпитализированных в ГКБ имени С.П. Боткина в период с 2012 по 2022гг. Из них было 64 женщины (61,5%) и 40 мужчин (38,5%). Возраст пациентов колебался от 22 до 82 лет, в среднем составлял 55,9±10,75. Во всех наблюдениях источником осложнений локализовался в сигмовидной кишке. Из них у 14 пациентов выявлено наличие диффузного или разлитого перитонита (13,5%), что потребовало выполнения экстренной операции в объеме резекции сигмовидной кишки по Гартману, санации и дренирования брюшной полости. Параколический инфильтрат обнаружен у 72 (69,2%) больных. У всех 72 пациентов удалось добиться ремиссии воспаления. Однако в дальнейшем рецидив параколического инфильтрата выявлен нами у 26 (36%) больных их этой группы. Параколический инфильтрат с абсцедированием был выявлен у 12 (11,5%) пациентов, что потребовало выполнения на первом этапе пункционно-дренирующих методов лечения. У 3 (2,88%) пациенток имелись сигмовагинальные и у 2 (1,92%) сигмовезикальные свищи, еще у 1 больного (0,96%) – стеноз сигмовидной кишки. В плановом порядке оперированы 56 пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни. У 42 (75%) больных в качестве первого этапа лечения произведена операция Гартмана, у 14(25%) – резекция сигмовидной кишки с анастомозом и превентивной трансверзостомой. Несостоятельность анастомоза развилась у 3 (21,4%) пациентов, один (7,1%) пациент скончался от разлитого перитонита.

Заключение: Таким образом, при лечении воспалительных осложнений дивертикулярной болезни необходим строго индивидуальный подход, максимальное использование консервативных методов лечения. При хирургическом лечении следует отдавать предпочтение резекционным методам с трансверзостомией, а при выраженном воспалении – операции Гартмана.

Ключевые слова: Дивертикулярная болезнь, хирургическое лечение, операция Гартмана

---

601. Исследование методом электронной микроскопии структурных изменений стенки кисты почки под воздействием прямого контактного нагрева: перспективы малоинвазивной хирургии

Чернядьев С.А., Ушаков А.А., Коробова Н.Ю., Жиляков А.А.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Плотная соединительная ткань является важнейшим компонентом человеческого тела, обеспечивающим структурную целостность и функциональность. При некоторых патологических состояниях соединительная ткань является источником дискомфорта или структурой, поддерживающей хроническое воспаление, например, ткань стенки кисты почки. Ранее с помощью световой микроскопии проводился мониторинг последовательности этапов некроза в соединительных тканях, вызванных термокоагуляцией. В доступной литературе отсутствуют исследования, посвященные коагуляционным микроструктурным изменениям тканей стенки кисты почки, возникающим при прямом контактном нагреве, исследованных методом электронной микроскопии.

Цель. Целью данного исследования было выявление с применением электронной микроскопии характерных изменений формирующихся в результате прямого термического воздействия в стенках кисты почки.

Материалы и методы. Проведен пилотный эксперимент по изучению структурных изменений в тканях стенки кисты почки при термокоагуляции с помощью электронной микроскопии. Образцы биопсии были взяты у трех пациентов и подвергались одностороннему равномерному нагреванию в течение 60, 120 и 180 секунд, при этом один образец использовался в качестве контроля. Образцы тканей были разделены на четыре части, три части подвергались одностороннему равномерному нагреванию в течение 60, 120 и 180 секунд соответственно, а четвертую часть использовали в качестве контрольной части и немедленно помещали в формалин. Затем образцы были отправлены в гистологическую лабораторию для дальнейшего изучения. Гистоморфологические изменения в ткани стенки кисты почки оценивались с помощью электронной микроскопии у трех пациентов: одна группа состояла из интактного материала, а другая группа состояла из трех подгрупп в зависимости от продолжительности контакта с термопластинкой, нагретой при температуре 70°C.

Результаты. Исследуемые образцы тканей содержали рыхлую соединительную ткань с неповрежденными коллагеновыми волокнами. После нагревания в течение 60 секунд коллагеновые волокна набухали и образовали вакуоли, а клеточные мембраны были повреждены. Клетки фибробластов потеряли межклеточные контакты и повредили плазматические мембраны, а эндоплазматический ретикулум утолщался, а хроматин начал конденсироваться. Нагревание материала в течение 120 секунд привело к разрыву и повреждению коллагеновых волокон, что привело к нарушению структуры ткани и накоплению клеточного дебриса. Дальнейшее нагревание в течение 180 секунд привело к полной деградации клеток и волокон, нарушению структуры тканей и воспалительным процессам, что свидетельствует о повреждении тканей.

Обсуждение. Контактное нагревание может вызвать изменения в структуре и метаболизме плотной соединительной ткани, что приводит к снижению прочности и эластичности. Понимание влияния контактного нагрева на соединительную ткань может помочь в разработке новых методов лечения сопутствующих заболеваний и улучшении физиотерапевтических и реабилитационных методов. Продолжительность и температура теплового воздействия оказывают прямое влияние на состояние клеточного ядра, приводя к обратимым и необратимым изменениям. Изучение микроскопических изменений в плотной соединительной ткани может найти применение и в других областях медицины, таких как использование контактного нагрева для лечения других тканевых образований, включая опухоли, и улучшение заживления ран, что приводит к разработке новых методов лечения и пониманию высокотемпературных процессов.

Выводы. Термическое воздействие на стенку кисты почки вызывает необратимые изменения в интерстициальных клеточных структурах, денатурацию и набухание коллагеновых фибрилл, причем продолжительность воздействия напрямую влияет на результат; для эффективной термокоагуляции требуется продолжительность контактного нагрева не менее 120 секунд при температуре 70°C.

Ключевые слова: электронная микроскопия, киста почки, термическое воздействие, биопсия, гистологические изменения

---

602. Преимущества и особенности ретроперитонеоскопического доступа при эндовидеохирургическом лечении забрюшинных новообразований

Тимербулатов М.В. (1), Ирназаров Ф.Р. (1), Сендерович Е.И. (1), Зиганшин Т.М. (2), Васильев А.А. (1).

Уфа

1) ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный медицинский университет»
2) ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21.

Лапароскопический доступ(ЛД) стандартно используется для хирургического лечения новообразований надпочечников и опухолей забрюшинного пространства (ЗП). Однако, ретроперитонеоскопический доступ(РПД) считается более предпочтительным для небольших (менее 6 см) доброкачественных новообразований ЗП и в сравнении с ЛД имеет ряд достоинств и преимуществ.

Цель исследования. Оценка преимуществ и результатов лечения доброкачественных новообразований ЗП при использовании РПД.

Материалы и методы исследования. На базе ГБУЗ РБ ГКБ №21 г.Уфы с 2016г по 2022г с помощью РПД пролечено 54 пациента с забрюшинными новообразованиями. Среди них 38 женщин и 16 мужчин, средний возраст пациентов 44,0±8,0 лет. По структуре операций адреналэктомия – 42 пациента (12 справа и 30 слева), удаление внеорганных забрюшинных опухолей –8, иссечение кист почек – 4. Средний размер новообразований 2,9±0,86 см, среднее время операции- 45,1±25,16 мин, средний койко-день составил-3,0±1,91, среднее значение времени реабилитации после операции-10,18±1,5 дня. Опыт показал, что критическим аспектом успешного выполнения операции является формирование рабочего пространства, для чего был использован баллон-диссектор, который к тому же снижает вероятность повреждения брюшины и кровеносных сосудов. Одним из основных факторов, сдерживающих широкое применение РПД является трудность в ориентировке в ЗП. При операциях с помощью РПД есть

возможность без негативных последствий увеличить давление газа в рабочем пространстве до 20 мм рт. ст. Более высокое давление газа снижает интенсивность венозного кровотечения и облегчает диссекцию тканей. Операции с помощью РПД без технических проблем выполнялись при выраженном спаечном процессе в брюшной полости. При РПД отсутствует контакт с органами брюшной полости и попадание жидкости в брюшную полость. При выполнении диссекции тканей, наиболее прецизионным и оптимальным является использование ультразвукового диссектора и аппарата «LigaSure». В связи с отсутствием необходимости ретракции органов брюшной полости, отпадает необходимость в одном из троакаров. В последнее время по показаниям мы использовали задний доступ с положением больного на животе и введением троакаров в поясничной области. В одном случае во время правосторонней адреналэктомии наблюдалось кровотечение из центральной вены надпочечника в связи с чем выполнена конверсия. Во втором случае был выполнен переход на ЛД в связи с повреждением брюшины, утечкой газа в брюшную полость и, как следствие, резкого уменьшения рабочего пространства. В данном случае переход в ЛД считаем обоснованным, так как кроме выраженного уменьшения объема рабочей полости, мы получаем кар-боксиперитонеум, который практически лишает РПД своих преимуществ. Послеоперационных осложнений у пролеченных больных не отмечено. В послеоперационном периоде отмечается значительно менее выраженный болевой синдром, практически не требуется введение обезболивающих препаратов.

Выводы. РПД является альтернативой ЛД с лучшими результатами. РПД является эффективным методом лечения пациентов с опухолями надпочечников и новообразованиями ЗП среднего размера, особенно менее 6 см. Операции РПД технически безопасны, и связаны с наименьшей травматизацией, более коротким временем операции, меньшей кровопотерей, снижением продолжительности пребывания в стационаре и ранним выздоровлением. РПД снижает среднее время начала приема пищи и болевой синдром, не задействует брюшную полость, имеет низкий процент осложнений и показан при изолированной патологии, особенно после ранее перенесенных лапаротомий в этой же анатомической области.

Ключевые слова: эндовидеохирургическое лечение, забрюшинные новообразования, адреналэктомия, НЗО, ретроперитонеоскопия.

---

603. Особенности тканевой реакции на имплантацию сетки и аутодермы в эксперименте

Топчиев А.М. (1), Протасов А.В. (2), Паршин Д.С. (1), Топчиев М.А. (1), Федосеев А.В. (3)

1) Астрахань
2) Москва
3) Рязань

1) ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России
2) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
3) ФГБОУ ВО «Рязанский ГМУ» Минздрава России

Биосовместимость касается явлений, которые могут быть очень многогранными так как на них оказывают влияние многие дополнительные идиосинкразические факторы, в том числе генетические, эпигенетические в т. ч. вирусного происхождения, иммунологические, а также сложные механические, физические и фармакологические переменные.

Цель исследования – сравнительно изучить иммуногистохимические особенности воспалительной реакции тканей передней брюшной стенки после имплантации аутодермы и полипропиленовой сетки у крыс.

Материалы и методы. В данном исследовании проведено сравнительное изучение иммуногистохимических особенностей воспалительной реакции тканей передней брюшной стенки после имплантации аутодермы и полипропиленовой сетки у крыс. Объектом исследования были 36 крыс линии Wistar, которые были разделены на две группы по 18 особей. В первой группе производили имплантацию полипропиленовой сетки, во второй группе выполняли имплантацию деэпителизированной кожи (аутодермы). В сроки 3, 7, 14, 30 и 90 сутки изучали: CD68 в качестве пан-макрофагального маркера, CD3 в качестве пан-лимфоцитарного маркера и регулятор апоптоза – Bcl-2. Статистический анализ проводился при помощи Spearman-Rho-Test.

Результаты и обсуждение. При исследовании панлимфоцитарного маркера CD3 через 72 часа после имплантации в первой и второй группах отмечалась выраженный и сильный уровень экспрессии CD3+ клеток. Статической разницы в показателях не отмечено (p?0,05). На 14 сутки после операции отмечен отличающийся уровень экспрессии CD3+. Так в первой группе отмечался выраженный уровень экспрессии клеток вокруг полипропиленового импланта, в то же время во второй группе зарегистрирован умеренный уровень экспрессии (p?0,05). Bcl-2 показал сильную степень экспрессии обеих группах и статистически не отличалась (p?0,05). Отличительная тенденция наметилась к 30 суткам после имплантации, когда в первой группе зарегистрирован выраженный уровень экспрессии Bcl-2+ клеток, а в группе с имплантацией аутодермы уровень экспрессии отсутствовал и не

отличался от фонового (p?0,05). Изучение CD68 показало, что на 3 сутки после имплантации во второй группе отмечался выраженный уровень экспрессии. В то же время макрофагальная реакция на сетку была умеренной и оптическая плотность не превышала 30% (p?0,05). Далее на 7-е, 14-е и 30-е сутки значения не имели статистической разницы и характеризовались умеренной и сильной реакцией (p?0,05). Другая картина отмечена на 90 сутки. В группе с сеткой макрофагальная реакция нарастала и характеризовалась как выраженная, а у животных после имплантации аутодермы уровень экспрессии CD68 был умеренным (p?0,05). Помимо корреляции воспалительных клеток в зависимости от вида импланта, отмечены значимые корреляции между CD68, CD3 и Bcl-2. Это подчеркивает сложное взаимодействие между воспалительными клетками в различных фазах воспаления. Тест Спирмена-Ро демонстрирует высокозначимую корреляцию и более отчетливую клеточную экспрессию между CD68 и CD3 (r = 0,341, p = 0,001). Высокая корреляционная связь обнаружилась между маркерами CD68 и Bcl-2 (r = 0,195, p = 0,033) и CD3 и Bcl-2 (r = 0,220, p = 0,021). Потенциальные последствия деградации сетки, по-видимому, не ограничиваются иммунной воспалительной реакцией и, следовательно, не должны игнорироваться в дальнейших исследованиях

Выводы. Пик острой воспалительной реакции в тканях после имплантации полипропилена и аутодермы возникает через 72 часа после операции. Купирование острой воспалительной реакции и послеоперационного апоптоза на имплантацию аутодермы происходит после 30 суток после операции и сохраняется на минимальном уровне в сроки исследования. Отличительной особенностью реакции тканей передней брюшной стенки на полипропилен является формирование стойкой хронической воспалительной реакции через 90 дней после операции, которая вызвана началом биодеградации синтетического импланта. Иммуногистохимические маркеры CD3, CD68 и Bcl-2 позволяют судить о выраженности воспалительной реакции тканей после импланты.

Ключевые слова: полипропиленовая сетка, аутодерма, имплантация, маркеры воспаления, биодеградация, иммуногистохимия

---

604. Комплексная терапия в раннем послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости

Власов А.П., Мухаммад А., Муратова Т.А., Рубцов О.Ю., Кормишкин А.Е., Шилов А.А.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Среди всех неотложных хирургических заболеваний острая кишечная непроходимость, по различным данным, составляет от 2,6 до 9,4% с тенденцией к возрастанию. Несмотря на современные достижения и полученные результаты в данной области хирургии, многие методы послеоперационного ведения пациентов, интенсивной терапии, результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью, остаются недостаточно удовлетворительными, и летальность при данной патологии достигает 17-21%. Вопрос совершенствования терапии остается в центре внимания современной хирургии.

Цель работы: установить эффективность комплексной терапии, включающей метаболический и лазерный компоненты, на течение раннего послеоперационного периода пациентов острой кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом.

Материалы и методы. Выделены: 1 группа (22) пациенты острой кишечной непроходимостью, осложненной острым перитонитом (возраст – 49,3±3,9 лет, женщин – 10 (45,5%), мужчин – 12 (54,5%); 2 группа (18) пациенты (возраст – 48,3±4,3 лет, женщин – 7 (38,9%), мужчин – 11 (61,1%) с такового же рода патологией, в комплексную терапию (согласно клиническим рекомендациям) включали препарат метаболического типа действия (ремаксол): внутривенно в первые 2-е суток 800,0 мл, 3-х суток – 400,0 мл; интраоперационно после промывания кишечника через назоинтестинальный зонд введения в кишечник 400,0 мл; низкоинтенсивное лазерное излучение. Тяжесть пациентов определена согласно шкалы APACHE–2 (в первой – 8,3±0,3; во второй 8,6±0,4 балла), перитонита – Мангеймского перитонеального индекса (23,3±1,4 и 24,0±1,6 баллов соответственно). Больные после проведения предоперационной подготовки оперированы. Объем операции определялся причиной илеуса.

Результаты. У пациентов 1-й группы при поступлении и в раннем послеоперационном периоде (до 5-х суток) выявлены значительные проявления синдрома эндотоксемии. Уровень токсинов повышался на 123,5-317,8%. У пациентов 2-й группы явления эндогенной интоксикации менее выражены (уменьшение на 17,9-28,5%) и продолжительны (на 1,4±0,17 суток). При комплексной терапии происходило достоверное снижение выраженности липопероксидации, активности фосфолипаз, гипоксии (уровень малонового диальдегида снижается более чем

на 23,6%, фосфолипазная активность падает более чем на 32,3%, явлений гипоксии – более чем на 15,7%). При такого рода лечении отмечено сравнительно быстрое восстановление микроциркуляции (на 0,9±0,08 суток). Диагностировано улучшение течения раннего послеоперационного периода (количество осложнений уменьшается более чем на 75% (?2=4,041, p=0,045), по классификации Clavien-Dindo – более чем 60% (?2=4,898, p=0,027; в 1-й группе летальных исходов было 2 (9,1%), во 2-й – не было). Пребывание больных в стационаре сокращалось более чем на 2,5 койко-дня (p<0,05).

Ключевые слова: Кишечная непроходимость, эндотоксикоз, лечение

---

605. Гепатический дистресс-синдром в ургентной хирургии

Власов А.П., Шейранов Н.С., Маркин О.В., Власова Т.И., Мышкина Н.А., Ларина В.С.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Современная хирургия во многом связывает свое развитие в тесной связи с новыми сведениями по патогенезу хирургических болезней, особенно ур-гентных. Для этого требуются новые сведения по происходящим патологиче-ским процессам (структурным и функциональным) на клеточном, субклеточ-ном и молекулярном уровнях. При всем этом такого рода знания относятся не только к органу поражения, но и органам-мишеням. Если первым уделя-ется пристальное внимание и по отношению их проводятся многоплановые исследования, то вторым – заметно меньшее внимание. Между тем не вызывает сомнения факт, что успешное лечение возможно не только воздействуя на сам патологический очаг, но и на системные процессы. В этом отношении особое внимание должно быть уделено печени, что связано с ее интегриру-ющем значении в поддержании гомеостаза. Однако следует констатировать, что знания по особенностям поражения печени при ургентной патологии жи-вота не могут считаться исчерпывающими.

Цель: при различной хирургической патологии с различным характером воспалительного процесса (от асептического – остром отечном панкреатите до гнойного – остром перитоните) на основе сведений (вплоть до молекулярного уровня) определить взаимосвязь гепатических поражений с течением заболевания.

Материал и методы. Работа основывается на результатах, полученных в эксперименте и клинике. В экспериментальных исследованиях (46 хрониче-ских опытов) на модели острого билиарного панкреатита (18), острой ки-шечной непроходимости (12), остром гнойном перитоните (16) изучали структурно-функциональное состояние печени. Исследовались липидные мо-дификации не только в ткани печени, но и в крови, притекающей к печени (артериальная, венозная портальная) и оттекающей (венозная печеночная) от нее. При указанных патологиях в клинике (169) (острый панкреатит (58), острая кишечная непроходимость (29), острый перитонит (46), механическая желтуха (34)) в крови (в ряде случаев (56) при биопсии – в тканях печени) исследовали показатели липидного метаболизма, а также функциональное состояние печени. Возраст пациентов – 32,3?63,9 лет (51,1±2,9), женщин – 71 (42,0%), мужчин – 98 (58,0%)

Результаты. При ургентных болезнях живота в тканевых структурах печени установлены выраженные мембранодестабилизирующие явления, что определено по существенным изменениям фосфолипидного состава и появле-нием значительного количества фракций, обладающих детергентным дей-ствием (лизо форм в 6,8 – 12,4 раза, свободных жирных кислот в 2,8 – 4,2 раза). Указанные патологические явления сопровождались значительным увеличением фосфолипазной активности (в 3,7 – 7,6 раз) и перекисного окис-ления липидов (в 1,9 – 2,8 раз). Доказано, что указанные изменения суще-ственно не зависели от характера воспалительного процесса, а сопряжены с активностью триггерных липидмодифицирующих процессов в крови, прите-кающей к печени (r=0,731?0,955, p<0,05), и в меньшей степени с уровнем токсинов в ней (в 27 случаях r=0,348?0,513, p>0,05, в 11 – r=0,6891?0,817, p<0,05). Установлен существенный рост активности липопероксидации (на 28,3 – 35,0%) и фосфолипаз (в 2,7 – 4,3 раза) в крови, оттекающей от пече-ни. Открытые патологические явления – основа нового синдромокомплекса – гепатический дистресс-синдром. Это совокупность патологических процессов организма, важнейшим проявлением которых является прогрессирование эндогенной интоксикации, оксидативного стресса и фосфолипазной активно-сти вследствие нарушения функционального статуса печени в результате мембранодестабилизирующих явлений. Доказано, что от его степени зависит течение раннего периода после операции и развитие осложнений. При его выраженности утяжеляется ранний послеоперационный период (пребывание пациентов удлиняется на 2,4?3,7 койко-дней (p<0,05), количество осложне-ний увеличивается на 17,4?23,3% (p<0,05).

Ключевые слова: Гепатаргия, перитонит, панкреатит, кишечная непроходимость

---

606. Способ герметизации межкишечного анастомоза с использованием герметизирующего гемостатического изделия, насыщенного компонентом плазмы аутокрови в условиях скомпрометированной кишечной стенки

Ксенофонтов А.О.Сергеев О.С.

Белгород

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»
Кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Несостоятельность швов кишечных анастомозов является одной из актуальных и опасных осложнений в абдоминальной хирургии. Эта проблема не только осложняет течение раннего послеоперационного периода и увеличивает финансовые затраты, а также является главной причиной летальных исходов, показатель которых остается довольно высоким при распространенном перитоните. Проблема негерметичности создаваемых кишечных анастомозов в послеоперационном периоде заставляет исследователей разрабатывать различные методы предоперационной подготовки больных, способы по укреплению линии сшиваемых концов кишечника, новые протоколы ведения больных в послеоперационном периоде. Несмотря на применение атравматичной и малоинвазивной техники, различных сшивающих аппаратов и биополимеров разного состава, частота данного осложнения остается довольно высокой. Анализ литературы демонстрирует тенденцию сохранения высоких показателей несостоятельности швов кишечных анастомозов. Несмотря активную исследовательскую деятельность и публикационную активность, посвященную анализу причин данной проблемы, единого мнения о значимости факторов риска и эффективности применяемых методов профилактики не существует. В ряде публикаций имеются противоречивые данные об эффективности некоторых методов профилактики. Из этого следует, что решение данной проблемы нуждается в проведении новых фундаментальных научно-исследовательских работ. Для предотвращения несостоятельности швов кишечных анастомозов используются различные пред- и послеоперационные методы профилактики. Главная цель применения методов общего действия – ускорение регенерации анастомоза путем улучшения герметичности и кровоснабжения последнего. В рамках исследовательского проекта нами был разработан способ герметизации межкишечного анастомоза в условиях скомпрометированной кишечной стенки с использованием герметизирующего гемостатического медицинского изделия (биодеградируемая прокладка из коллагена), насыщенного кополимерным соединением глюкозы, пентаэритритол полиетилен гликоль эфир тетра-сукцинимидил глутарата и компонентами плазмы аутокрови, для профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза. Данный метод предполагает собой использование специальной коллагеновой матрицы (в виде биодеградируемой губки), которая насыщается полимерами на основе полиэтиленгликоля, затем выполняется насыщение ее компонентами плазмы аутокрови и кополимером глюкозы. Данная губка наносится методом аппликации на зону межкишечного шва при формировании анастомоза. Особенностью методики является биодеградируемая губка, которая представляет собой герметизирующую пористую композитную гемостатическую губку размером 45х90 мм и толщиной 2 мм, которая содержит в своем составе: матрицу из биоматериала (коллаген в количестве 50 мг/см3) и один гидрофильный полимерный компонент, содержащий реакционно-способные группы (пентаэритритол полиетилен гликоль эфир тетра-сукцинимидил глутарат). При контакте со стенкой кишки в результате реакции сшивания гидрофильного полимерного сшивающего агента с белками на стенке кишки образуется гель с герметизирующими свойствами, а также реализуется реакция адгезии композитного материала на поверхности зоны анастомоза. Таким образом, при контакте со стенкой кишки, используемая композиция вызывает агрегацию тромбоцитов, которые, в свою очередь, в большом количестве оседают на коллагеновой структуре и дегранулируют с высвобождением факторов коагуляции, которые вместе с плазменными факторами вызывают образование фибрина, тем самым равномерно распространяясь по всей области зоны межкишечного анастомоза, усиливая его герметичность и прочность. Компоненты плазмы аутокрови (факторы или кофакторы свертывания крови, фактор XIII, тканевой фактор, протромбиновый комплекс, активированный протромбиновый комплекс) используются в качестве дополнительных агентов, усиливающих степень герметизации и ускоряющих репаративные процессы в зоне анастомоза. Непосредственно перед использованием медицинского изделия, он дополнительно обогащается 2 мл компонентом плазмы аутокрови (посредством электронной микропипетки), которая предварительно центрифугируется в лабораторных условиях Данная разработка обладает высокой эффективностью в отношении адгезии тромбоцитов, обеспечивая надежный метаболический каркас биологического материала, а также имеет высокую биосовместимость и низкую токсичность, в отличие от аналогов, которые могут вызывать аллергические реакции и иммунные ответы, а также другие нежелательные эффекты. Также, имеются достоверные доказательства в отношении того, что N-гидроксисукцинимид имеет высокую проницаемость для кислорода и питательных веществ, что улучшает процесс регенерации тканей и способствует улучшению микроциркуляции крови в области зоны межкишечного анастомоза. Таким образом, использование разработанной методики в качестве материала для улучшения герметичности межкишечного анастомоза имеет определенные преимущества перед уже имеющимися аналогами, а также является эффективным и безопасным способом профилактики послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью межкишечных анастомозов.

Ключевые слова: анастомозы, хирургия, абдоминальный, кишечник, инфекция, коллаген, полиэтилегнликоль

607. Стереотаксическая трепан-биопсия при внутрипротоковых и кистозных новообразованиях молочной железы

Белоненко Г.А. (1), Аксёнов А.А. (2), Аксёнова Е.Г. (2)

1) Донецк,
2) Киев

1) Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение,
2) ООО «Верум»

Актуальность. В МКБ-10 термины «внутрипротоковые» и «кистозные» новообразования молочной железы (МЖ) отсутствуют, но на практике часто используются для обозначения гетерогенной группы неоплазий, локализованных в молочных протоках или комплексных кистах. Среди внутрипротоковых неоплазий (ВПН) частота рака достигает 20,0-23,0%, а при внутрикистозных (ВКН) – 30,0-35,0%, что указывает на необходимость гистопатологической верификации и уверенного распределения патологии на доброкачественную, с неопределенным / высоким онкологическим потенциалом или злокачественную. Сегодня более 80,0% трепан-биопсий (ТБ) МЖ проводят под ультразвуковым (УЗ) контролем. Однако возможности эхолокации ВПН ограничены, поскольку до 71,0% из них являются эхонегативными. УЗ навигация ТБ при ВКН технически затруднена при позиционировании в большой, нефиксированной МЖ или при исчезновении визуализации ВКН после тонкоигольной аспирации жидкостного компонента.

Цель данной публикации состоит в популяризации собственных способов стереотаксической ТБ (СТБ) при ВПН и ВКН под контролем рентгеновской дукто- и пневмокистографии (ДГ и ПКГ).

Материал и методы. У 76 пациенток с рентген- и эхонегативными ВПН, которые клинически проявлялись лишь патологическими выделениями из соска, проводили рутинную или селективную эндоскопически контролируемую ДГ и выявляли такие рентген-признаки ВПН, как дефекты наполнения и/или линии «ампутации». У 112 пациенток с комплексными кистами при затруднённом УЗ позиционировании после тонкоигольной аспирации жидкого компонента пневматизировали полость кисты, выполняли маммографию и выявляли рентген-признаки ВКН в виде пристеночных дефектов наполнения, толстых стенок и/или перегородок. Перечисленные рентген-признаки ВПН и ВКН использовали как мишени для стереотаксической навигации биопсийной иглы.

Результаты и обсуждение. Выполнено 33 СТБ под контролем ДГ. Выявлено 30 доброкачественных ВПН и 3 карциномы, что полностью совпало с данными гистопатологии после открытых оперативных вмешательств. Выполнено 8 СТБ под контролем ПКГ. У всех пациенток изменения носили доброкачественный характер, что также подтверждено гистопатологически после секторальных резекций. Таким образом, первый опыт СТБ под контролем ДГ и ПКГ показывает, что данный минимально инвазивный подход может быть эффективной альтернативой секторальной резекции МЖ, как традиционному и нерентабельному способу гистопатологической верификации.

Вывод. Необходимо дальнейшее накопление клинического опыта для подтверждения эффективности и целесообразности СТБ под контролем ДГ и ПКГ при внутрипротоковых и кистозных новообразованиях МЖ.

Ключевые слова: Ключевые слова: железа молочная; неоплазии внутрипротоковые и кистозные; биопсия стереотаксическая

---

608. Сравнение ранних результатов современных методик эндовидеохирургических аллогерниопластик при срединных послеоперационных вентральных грыжах

Сажин А.В. (1,2), Ивахов Г.Б. (1,2), Андрияшкин А.В. (1,2), Мамадумаров В.А. (2), Лобан К.М. (1,2), Кузмаускас Д. (1,2)

Москва

1) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2) Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ

Актуальность. Лечение пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) является одной из актуальных и сложных проблем в общехирургической практике. Доля послеоперационных вентральных грыж составляет до 20-22% от всех наружных грыж живота и по частоте занимают второе место после паховых. По сводным данным ряда отечественных авторов, ПОВГ встречается в России приблизительно у 500 тыс. человек. Перенесенная лапаротомия приводит к развитию ПОВГ от 2% до 22%, а применение эндоскопических технологий снизило развитие послеоперационных грыж только до 8,3%. Применение лапароскопической IPOM-герниопластики долгие годы оставалось безальтернативным методом малоинвазивного лечения ПОВГ. Однако, развитие эндовидеохирургической аллогерниопластики по технологии экстраперитонеального доступа (eTEP) послужило толчком к сравнительному анализу данных методик малоинвазивного лечения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное обсервационное когортное исследование, включившее данные 137 пациентов, оперированных по поводу

срединной послеоперационной вентральной грыжи с декабря 2015 по декабрь 2022 года на базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. 82 пациента перенесли эндовидеохирургическую ретромускулярную аллогерниопластику по технологии экстраперитонеального доступа (eTEP RS). 55 пациентов оперированы в объеме IPOM plus – герниопластики. Полученные результаты. Средняя длительность лечения (койко-день) у пациентов, перенесших eTEP и IPOM plus составила 5,22 и 5,26 койко-дне соответственно (p=0,135). Частота послеоперационных осложнений в группе eTEP составила 8,5%, а в группе пациентов с IPOM plus герниопластикой – 12,7% (p=0,610). Осложнения по Clavien–Dindo в группе eTEP и IPOM plus составили: II – 7,3% (n=6) и II – 9,1% (n=5) при Clavien II класса, соответственно (p=0,755), IIIA – 1,2% (n=1) и IIIA – 3,6% (n=2) при Clavien IIIA класса, соответственно (p= 0,564).

Обсуждение. Сравниваемые ретроспективные группы пациентов, характеризуются низким количеством послеоперационных осложнений, однако нуждаются в более глубоких оценках отдаленных результатов лечения.

Выводы. При проведенном ретроспективном анализе сравниваемые малоинвазивные методы лечения ПОВГ не имеют статистически значимых отличий по частоте послеоперационных осложнений и сроку стационарного лечения.

Рекомендации. Целесообразно проведение дальнейших исследований с оценкой отдаленных результатов лечения.

Ключевые слова: eTEP, IPOM plus, грыжа, послеоперационная, лапароскопия, ретромускулярная

---

609. Опыт применения современных лечебных стратегий, а также малотравматичных рентгенэндоваскулярных и видеоэндоскопических методов лечения пациентов с травматическим повреждением селезенки

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Бедин В.В (1,2), Греков Д.Н. (1,2), Шиков Д.В. (2), Араблинский А.В. (2), Колотильщиков А.А. (2), Цуркан А.В. (2), Кованцев С.Д. (1,2), Эминов М.З. (1,2), Шакиров Х.А. (2), Тихонов И.Г. (1)

Москва

1) Кафедра хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного последипломного образования Российской Медицинской Академии Непрерывного Профессионального Образования Министерства здравоохранения Российской Федерац

Актуальность: Пациенты с сочетанной травмой занимают особое место в структуре экстренной помощи, поскольку положительный исход напрямую зависит от качественной, мультидисциплинарной экспертной помощи на всех уровнях, начиная от «первого контакта» до выбора определенной лечебной стратегии при госпитализации в стационар. Все вышеперечисленное необходимо рассматривать в контексте временного фактора, поскольку даже отлаженные действия лечебной бригады без соблюдения оптимальных сроков оказания помощи обречены на негативный исход. В данной работе хотели бы представить наш опыт современной лечебной стратегии у пациентов с травматическим повреждением селезенки за период с 2016 по 2022 годы.

Материалы и методы:

Целью данной работы является анализ и улучшение результатов лечения пациентов с травматическим повреждением селезенки посредством внедрения и активного применения современных лечебных стратегий (non-operative management, damage-control), а также малотравматичных рентгенэндоваскулярных и видеоэндоскопических способов лечения при травматических повреждениях селезенки. Выполнен ретроспективный анализ лечения пациентов с травмой селезенки, которые находились на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы. Анализ проводился на базе отделений неотложной хирургической помощи за 2016-2022 гг. и включал 452 пациента поступивших по поводу сочетанной травмы органов брюшной полости. У всех пациентов применены современные лечебные протоколы, определяющие дальнейшую лечебную стратегию и необходимость оперативного лечения (в том числе классификация травматических повреждений селезенки по WSES и AAST). Средний возраст при госпитализации был 39,7±15,4 лет, соотношение мужчин к женщинам 361/91;

гемоглобин 128,4±25,6 г/л, эритроциты 4,2±1,8*1012 лейкоциты 12,4±6,1*109 тромбоциты 223,4±83,2*109. Среднее время оперативного вмешательств составило 1,44±1,03 мин. Полученный материал анализировался с помощью статистических программ Excel, Statistica с помощью модулей описательная статистика, корреляция по Спирману и тест Хи квадрат.

Результаты считались статистически достоверными при p менее 0.05. Полученные результаты: Согласно классификации WSES, пациенты были распределены следующим образом: WSES I – 127 (28,1%), WSES II – 82 (18,1%), WSES III – 134 (29,7%), WSES IV – 109 (24,1%). Открытые оперативные вмешательства были выполнены в 252 (55,8%) случаях, малотравматичная рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии – в 19 (4,2%) случаях, диагностическая лапароскопия – в 54 случаях (11,9%). Консервативное ведение (неоперативное) было возможно в 127 случаях (28,1%). Предикторами ранней летальности во время поступления являлись уровень гемоглобина (r=-0,31; p<0.001), лейкоцитоз (r=0,12; p=0.01), тромбоцитопения (r=-0,1; p=0,04), травма селезенки (r=0,21, p<0.001) и возраст (r=0,15; p=004). Время оперативного вмешательства коррелировало с уровнем гемоглобина при поступлении и травмой селезенки (r=0,21; p=0.001 и r=0,18; p=0.002, соответственно). Применение эндоскопических вмешательств и эндоваскулярных вмешательств на ранних этапах было сопряжено с более низкой летальностью (X2=5,337; p=0.02 и X2=3,991; p=0.04).

Обсуждение: Разработка и внедрение усовершенствованных лечебных протоколов (в том числе non-operative management), а также использование современных классификаций WSES и AAST) и применение малотравматичных методов, позволяет добиться улучшения результатов лечения пациентов тяжелой сочетанной травмой. Накопленный опыт хирургической клиники Боткинской больницы позволяет сделать вывод об эффективности данного используемого подхода.

Выводы и рекомендации. Современные лечебно-диагностические стратегии и применяемые малотравматичные способы лечения у пациентов с травматическим повреждением селезенки, позволяют добиться снижения числа осложнений и летальных исходов, а также минимизировать сроки восстановительного периода, что является важной социо-экономической составляющей указанной проблемы.

Ключевые слова: травма селезенки, эмболизация, спленэктомия, non-operative management

---

610. Современная лечебная стратегия у пациентов с сочетанной абдоминальной травмой

Шабунин А.В. (1,2), Багателия З.А. (1,2), Бедин В.В (1,2), Греков Д.Н. (1,2), Шиков Д.В. (2), Араблинский А.В. (2), Колотильщиков А.А. (2), Цуркан А.В. (2), Кованцев С.Д. (1,2), Эминов М.З. (1,2), Шакиров Х.А. (2), Тихонов И.Г. (1)

Москва

1) Кафедра хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного последипломного образования Российской Медицинской Академии Непрерывного Профессионального Образования Министерства здравоохранения Российской Федерац

Актуальность: Пациенты с сочетанной абдоминальной травмой – наиболее сложная группа в структуре экстренной хирургической помощи, поскольку с самого начала требуется эффективный мультидисциплинарный подход в сжатые сроки для предотвращения развития фатальных осложнений и достижения наилучших результатов. Показатели послеоперационных осложнений и летальности остаются на высоком уровне, несмотря на совершенствование оказываемой помощи. В настоящее время активно используются такие протоколы, как «FAST», «Non-operative management» и «Damage-control», а также распределение по степеням тяжести согласно классификациям AAST и WSES. В последние годы у данной группы больных применяются современные малотравматичные методы хирургического лечения.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 218 пациентов с сочетанной абдоминальной травмой, которые находились на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы с 2020 по 2022 годы. Данные больные после проведения триажного осмотра направлялись в противошоковую палату отделения реанимации. Проводилось комплексное обследование (в том числе «FAST» протокол), осмотр мультидисциплинарной бригадой, включающей реаниматолога, хирурга, травматолога, нейрохирурга, а также определение тяжести полученных травм по AAST и WSES. Лечебная стратегия определялась по результатам обследований (в том числе компьютерной томографии по протоколу пан-КТ). В структуре повреждений у пациентов с абдоминальной травмой превалировали: травма печени, селезенки, повреждения почек, полых органов. Полученные результаты: Первичная операция в объеме лапароскопии, лапаротомии выполнена у 142 (65,1%) пациентов. Показания к данной лечебной стратеги: выявленные признаки массивных травматических повреждений органов брюшной полости, с наличием свободной жидкости объемом более 500 мл, нестабильная гемодинамика. Основой хирургической помощи, оказываемой данной группе пациентов, являются принципы «Damage-control»

и «Second look», цель которых – стабилизация пациента, устранение жизнеугрожающего состояния, уменьшение хирургической «агрессии». Наблюдалось 13 осложнений (9,2%): рецидив внутрибрюшного кровотечения в 6 случаях, прогрессирование ишемии поврежденных органов с некрозом – 4 пациента, в 3 случаях – несостоятельность стенки полых органов на фоне контузионных изменений. Летальные исходы наблюдались в 12 случаях (8,5%), обусловлены прогрессированием явлений полиорганной недостаточности. Стратегия «Non-operative management» использована у 65 (29,8%) пациентов, из которых в 42 случаях применялись малотравматичные рентген-эндоваскулярные методики, в том числе – эмболизация ветвей селезеночной артерии, печеночной артерии. Показания к применению: диагностированные интрапаренхиматозные повреждения органов с признаками экстравазации и наличием свободной жидкости в объеме менее 500 мл, стабильная гемодинамика. Осложнения отмечены в 5 случаях (7,7%): 3 рецидива кровотечения, 2 нагноение селезенки на фоне ишемии. Наблюдалось 5 (7,7%) летальных исходов. Консервативная терапия без хирургического лечения, проведена 11 (5,1%) пациентам.

Обсуждение: В последние годы разработаны и применяются такие современные лечебные стратегии, как «Non-operative management» и «Damage-control». Комплексный, мультидисциплинарных подход, строго обоснованное применение малотравматичных методов лечения позволяет улучшить результаты у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Накопленный опыт свидетельствует об эффективности используемых лечебных алгоритмов в экстренной хирургической помощи.

Выводы и рекомендации: Пациенты с сочетанной абдоминальной травмой с первых минут требуют мультидисциплинарный подход для достижения наилучшего результата. Необходимо использование лечебно-диагностических протоколов: «FAST», «Non-operative management» и «Damage-control», распределение на степени тяжести по AAST и WSES. Эффективные малотравматичные методы лечения могут и должны применяемой у пациентов с сочетанной абдоминальной травмой.

Ключевые слова: сочетанная травма селезенки, малотравматичные методы лечения, non-operative management, damage-control

---

611. Роль морфологического исследования у пациентов с острым аппендицитом

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2), Греков Д.Н. (1,2), Шиков Д.В. (2), Колотильщиков А.А. (2), Титов И.А. (2), Горбанев С.В. (2), Баскакова Н.А. (2), Афанасьева В.А. (2), Мулаева К.А. (1)

Москва

1) Кафедра хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного последипломного образования Российской Медицинской Академии Непрерывного Профессионального Образования Министерства здравоохранения Российской Федерац

Актуальность: Острый аппендицит стабильно удерживает одну из ведущих позиций в структуре экстренных нозологических патологий. Несмотря на всестороннюю изученность, данная проблема продолжает оставаться актуальной с научно-практической точки зрения. Обращает на себя внимание, что частота встречаемости злокачественных новообразований червеобразного отростка у пациентов, которым было проведено оперативное лечение по поводу острого аппендицита, может достигать по разным данным до 5-8%. Проведен анализ результатов гистологических исследований после выполненных оперативных вмешательств, проводимых у пациентов с острым аппендицитом, находившихся в хирургической клинике Боткинской больницы.

Материалы и методы: Представлен ретроспективный анализ результатов лечения (в том числе гистологических исследований) у пациентов, которые находились на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы. Исследование проведено на базе отделений неотложной хирургической помощи в период с 2020 по 2022 годы, включает 1321 пациента, поступивших в стационар по поводу острого аппендицита. У данных пациентов применены современные лечебно-диагностические протоколы с целью определения лечебной стратегии, выставлены показания к оперативному лечению (оперированы все 1321 пациента). На 1-е сутки от начала заболеваний обратилось 562 (42,6%) пациента, на 2-е сутки – 447 (33,8%) больных, на 3-е сутки – 243 (18,4%) пациента, на 4-е и более – 69 (5,2%) больных. Соотношение мужчин к женщинам составило 596/725, средний возраст указанных пациентов 34±12,5 лет; среднее время оперативного вмешательства составило 64±5,2 минуты. Полученные результаты: Лапароскопическая аппендэктомия выполнена в 1301 (98,5%) случае, открытое вмешательство у 20 (1,5%) пациентов. Катаральный аппендицит наблюдался в 38 (2,9%) случаях, у 1015 (76,8%) пациентов имел место флегмонозный измененный червеобразный аппендицит и в 268 (20,3%) случаях – гангренозный аппендицит. По результатам гистологических исследований злокаче-

ственные новообразования аппендикса выявлены в 9 (0,7%) случаях. Из них у 5 пациентов – получена гистологическая картина лимфомы, в 3 случаях – аденокарцинома червеобразного отростка и в 1 случае – карциноид червеобразного отростка. Во всех остальных морфологических заключениях картина воспаления червеобразного отростка на разных этапах развития и степени выраженности.

Обсуждение: Учитывая общемировой рост числа встречаемости злокачественных заболеваний (в том числе опухолей ободочной кишки), необходим более строгий и тщательный анализ гистологического материала у пациентов, которым была выполнена аппендэктомия.

Выводы и рекомендации: Несмотря на изученность проблематики острого аппендицита, требуется продолжение проведения всесторонних исследований, а также тщательный и взвешенный подход при анализе гистологического материала, что в дальнейшем может позволить добиться улучшения диагностики злокачественных заболеваний и оптимизации лечебной тактики.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопия, аппендэктомия, опухоль ободочной кишки

---

612. Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока у пациентов с панкреонекрозом

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2), Лукин А.Ю. (1,2), Коржева И.Ю. (2,3), Шиков Д.В. (2), Колотильщиков А.А. (2), Калашникова Е.А. (2)

Москва

1) Кафедра хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного последипломного образования Российской Медицинской Академии Непрерывного Профессионального Образования Министерства здравоохранения Российской Федерац

Актуальность: Панкреонекроз – наиболее тяжелая форма проявления острого панкреатита, характеризуется стабильно высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Социальную значимость проблемы нельзя переоценить, поскольку лечение данных пациентов сопряжено с колоссальными затратами денежных средств и ресурсов. Важный этап – определение лечебной стратегии в ранней фазе заболевания, поскольку это определяет дальнейший сценарий, по которому будет протекать патологический процесс. В настоящее время, при разобщении главного панкреатического протока, применяется методика эндоскопического стентирования, целью которой является «обрыв» развития и прогрессирования патологического процесса.

Материалы и методы: Выполнен анализ результатов лечения 247 пациентов с панкреонекрозом, находившихся в хирургической клинике Боткинской больницы с 2020 по 2022 года. Попытка эндоскопического стентирования главного панкреатического протока по поводу его разобщения проведена у 32 (13%) пациентов. Показания к применению данной методики: ранние сроки от начала заболевания, признаки разобщения протоковой системы поджелудочной железы, локализация некротических изменений в области головки и перешейка поджелудочной железы с инфильтративными изменениями в проксимальных отделах забрюшинного пространства. Всем больным выполнено комплексное обследование, в том числе включающее компьютерную томографию органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. 25 (78%) пациентов госпитализированы в первые 72 часа от начала заболевания, 7 (22%) больных – в срок более 72 часов от манифестации заболевания. Полученные результаты: Технический успех (выполнение стентирования) отмечен в 28 (87,5%) случаях; среди данных пациентов в первые 72 часа поступили 24 человека, 4 – позднее 72 часов. У 4 (12,5%) больных, которым не удалось выполнить стентирование главного панкреатического протока, вмешательство было окончено установкой назоинтестинального зонда. «Обрыв» прогрессирования патологического процесса, с регрессом синдрома системного воспалительного ответа, стабилизацией состояния и отсутствием нарастания некротических изменений, а также парапанкреатического инфильтрата при контрольных инструментальных исследованиях, отмечен у 19 (67,9%) больных из числа стентированных. У остальных 9 (32,1%) пациентов дальнейшее развитие заболевания характеризовалось более стабильным течением и менее выраженными инфильтративно-воспалительными изменениями забрюшинного пространства. Инфицирование зон некроза, потребовавшее оперативного лечения отмечено у 8 (25%) пациентов. В 2 случаях использован пункционно-дренирующий способ, в лечении 1 пациента применялась эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия, у 1 пациента – видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия, у 4 больных использована комбинация пункционно-дренирующего способа и открытой секвестрэктомии. Отмечено развитие 4 (12,5%) осложнения: 2 дислокации стента в просвет двенадцатиперстной кишки (эндоскопическое удаление и повторная установка), 2 кровотечение из зоны папиллосфинктеротомии (эндоскопический гемостаз). Летальные исходы наблюдались в 3 (9,4%) случаях, были обусловлены прогрессированием панкреатогенного шока и явлений полиорганной недостаточности.

Обсуждение: Разработка и внедрение методики эндоскопического стентирования главного панкреатического

протока, а также ее своевременное применение по строгим показаниям, позволяет улучшить результаты лечения пациентов в раннюю фазу развития панкреонекроза. Накопленный опыт свидетельствует об эффективности используемого подхода у данной группы пациентов.

Выводы и рекомендации: Использование эндоскопического стентирования главного панкреатического протока у пациентов с панкреонекрозом рекомендовано при диагностированных патологических изменениях, локализованных в проксимальных отделах и перешейке поджелудочной железы, с признаками разобщения протоковой системы, на ранних сроках развития заболевания (первые 72 часа).

Ключевые слова: панкреонекроз, разобщение главного панкреатического протока, эндоскопическое стентирование

---

613. Наставничество в хирургии глазами молодых специалистов

Шкарин В.В., Каплунов К.О., Мяконький Р.В., Родионова О.Н., Быков А.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Наставничество относится к направлениям деятельности, которые в настоящее время активно развиваются различными профессиональными сообществами. О роли наставника в адаптации новых сотрудников, повышении их квалификации, о значении наставничества для организации ведутся дискуссии на различных форумах, конференциях, семинарах. Сама необходимость сопровождения начинающего специалиста наставником в начале профессионального пути не вызывает споров. Нужно отметить, что de-facto и de-jure наставничество как программа уже существует в российском правовом поле. Подтверждением тому является, например, типовое Положение «О наставничестве в медицинской организации, подведомственной комитету здравоохранения Волгоградской области», утвержденное приказом комитета здравоохранения Волгоградской области № 4624 от 31.12.2015 г. Подобные Положения существуют в Московской и Ульяновской областях. В их основу была положена концепция проекта «Наставничество в медицинской среде» как форма общественно-государственного взаимодействия, предложенная в 2015 г. Ассоциацией заслуженных врачей России. Кроме того, администрация Президента РФ и Правительство РФ также ведут работу по реставрации и организации наставничества как профессионального социального института, встроенного в Стратегию развития здравоохранения РФ на период до 2025 г. (утв. Указом Президента РФ от 06.06.2019 г. № 254). Последняя преследует цель повышение профессионального и нравственного уровня отечественного врачебного сообщества. В 2020 г. Минздравом РФ выпущены методические рекомендации по организации наставничества в учреждениях здравоохранения. Однако созданная при участии профильного министерства и профессиональных объединений достаточно мощная методическая база пока остается далека от полноценной практической реализации. В сфере отечественного здравоохранения уже накоплен некоторый опыт практического применения процедур наставничества, но эти вопросы еще далеки от полноценного решения. Нам показалось интересным изучить мнение начинающих врачей относительно характеристик ментора, необходимых для эффективной передачи знаний и умений со стороны наставника к обучающимся.

Целью исследования явилось выявление позитивные и негативные характеристики наставников для оптимизации процесса дополнительного профессионального образования. В работе использованы конкретно-социологические методы – добровольное анонимное анкетирование и метод простого интервью с целью уточнения некоторых позиций. В задачи исследования входило проведение анкетирования 45 русскоговорящих ординаторов первого и второго годов обучения по хирургическим специальностям в период с января по февраль 2022 г. С учетом принятых в социологии требований к анкетированию, первая часть вопросов носила нейтральный характер, затем предлагались более сложные и, наконец, вопросы социально-демографического блока завершали анкету. Отсутствовали пункты, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы и вопросы с двойным отрицанием, было минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более пяти. Была составлена и использована оригинальная анкета, которая включала 10 вопросов. Опрос проводился в течение одного учебного дня, чтобы исключить повторное включение респондентов в опрос. Некоторые ординаторы были интервьюированы на следующий день с целью уточнения неясностей. Анализ паспортной части анкеты показал, что среди респондентов преобладали девушки в возрастной когорте 20-25 лет, учащиеся на хорошо и отлично, не имеющие детей, совмещающие обучение в ординатуре с практической деятельностью по базовому университетскому образованию. При анкетировании респондентов оказалось, что большинство ординаторов ничего не знают о наставничестве: 57,8% впервые слышат о данном понятии, 24,4% что-то знают, но не могут дать четкого определения и лишь 14,8% ответили, что имеют внятные дефиниции о наставничестве. При ответе на уточняющий вопрос «Как бы Вы могли охарактеризовать наставничество?» большинство респондентов (66,7%) указали на позитивность данного метода, 22,2% респондентов считают, что это не приведет к значи-

мым изменениям в качестве образования в ординатуре; 8,9% ответили негативно и 2,2% не смогли определиться с ответом. При выборочном интервьюировании выяснилось, что ординаторы, показавшие свое негативное, либо неопределенное отношение к институту наставничества, не имеют должного представления о сути менторства в медицине. В ходе беседы при разъяснении цели и возможных механизмов осуществления наставничества опытных специалистов над обучающимися в ординатуре значимая часть респондентов поменяли свое отношение к описываемому явлению на позитивное. Отвечая на вопрос о преимуществах наставничества в медицине, респонденты наиболее часто отмечали следующие факторы (сумма баллов превышает 100%, т.к. имелась возможность множественного выбора): возможность оперативных консультаций с опытным специалистом (93,3%), совершенствование знаний и умений по профессии непосредственно в клинических условиях (88,9%), а также повышение коммуникативных навыков по отношению к коллегам и пациентам (55,6%). При ответе на аналогичный вопрос о негативных аспектах наставничества, абсолютное большинство опрошенных (73,3%) ответили, что ничего плохого в применении данного метода образования не видят. Значительно меньшая часть обучающихся (17,8%) не смогла указать на конкретные минусы наставничества и 8,9% не определились с ответом. При выборочном интервьюировании нейтрально-негативных респондентов сложилось впечатление, что образ наставника может иметь личностный негативный оттенок, что отталкивает молодых врачей. Также часть ординаторов указала, что опасаются за избыточный контроль со стороны наставника за учебным процессом в условиях клинической базы обучения. Относительно качеств наставника, необходимых для качественной передачи знаний, навыков и умений от ментора к обучающемуся, большинство опрошенных отметило наличие большого практического опыта работы (86,7%), наличие ученой степени кандидата/доктора наук (68,9%), отличные коммуникативные компетенции (53,3%). Сумма баллов превышает 100%, т.к. имелась возможность множественного выбора. На вопрос о необходимости мотивации наставника для его качественной образовательной деятельности, большая часть опрошенных ответила утвердительно (73,3%), 15,6% не видят в этом надобности и 11,1% затруднились с ответом. При интервьюировании тех, кто ответил положительно, многие указывали на целесообразность дополнительной оплаты труда наставника, при этом объем вознаграждения сильно варьировался: от нескольких тысяч рублей до нескольких десятков тысяч рублей за обучение одного подопечного в месяц. Также высказывались варианты социальной поддержки менторов: увеличение сроков отпуска, дотации на оплату коммунального обслуживания и т.п. Что касается перспектив использования наставничества в медицине, большинство обучающихся с оптимизмом воспринимают возможное внедрение менторства в образовательный процесс в клинических условиях. Так 64,4% респондентов не против в качестве эксперимента пройти обучение по специальности под руководством ментора, 24,4% не желают иметь наставника в процессе постдипломного образования и 11,2% не определились с ответом. Таким образом, исходя из полученных результатов, можно резюмировать следующее. Большинство ординаторов не имеют должных знаний об институте наставничества в медицине. При этом большая часть обучающихся позитивно относятся к возможному учреждению данной формы дополнительного профессионального образования в здравоохранении и в состоянии дифференцировать личные преимущества менторства. Это определяет необходимость в более подробном теоретическом освещении данного метода постдипломного медицинского образования. Множество опрошенных не нашли существенных отрицательных сторон применения данного метода обучения, в ходе интервьюирования выяснилось, что опасения обучающихся лежат преимущественно в психологической плоскости. Отсюда вытекает целесообразность предусмотреть возможность выбора ментора со стороны обучающегося. Здесь следует разъяснить, что возможность выбрать наставника появляется в случае наличия нескольких тьюторов по специальности в данном медицинском учреждении, что на практике не всегда осуществимо, особенно в условиях сельской медицины. Были определены наиболее значимые с точки зрения обучающегося качества наставника: его практический опыт, должный уровень научной подготовки и коммуникативных навыков. Становится очевидной объективная необходимость в подготовке методически-выверенных документов, регламентирующих критерии назначения тьютором. В них же следует продумать нормы оценки деятельности, как наставника, так и обучающихся, а также вопросы материальной, социальной и иной поддержки менторов в здравоохранении. Наконец, актуальные организационно-педагогические приемы и методики должны соответствовать современному вектору развития мирового здравоохранения. Известно, что во многих странах на законодательном уровне утверждены нормы института наставничества, в т.ч. в сфере медицины. По нашему мнению, перед отечественными организаторами здравоохранения назрела объективная необходимость разработки и внедрения на федеральном уровне законодательных инициатив, охватывающих все аспекты наставничества. Это позволило бы существенно повысить качество дополнительного профессионального образования в медицине: приблизить обучающихся к клинической практике с одной стороны, и поддерживать актуальный уровень теоретических знаний и практических умений ментора с другой.

Ключевые слова: Наставничество, ментор, тьютор, профессиональное сопровождение

614. Опыт применения эндовидеохирургических технологий в условиях отдаленного гарнизонного госпиталя

Алимов П.А., Литвиненко А.И., Исентемиров Р.Р., Агаханова М.Д.

Таджикистан, Душанбе

451 военный госпиталь МО РФ

Актуальность. В настоящее время многие стационары Российской Федерации оснащены современным эндовидеохирургическим оборудованием. Но еще остаются общехирургические отделения, в которых эндовидеохирургические операции начали внедряться относительно недавно. В основном это медицинские учреждения, находящиеся в отдаленных и труднодоступных местностях, эвакуация пациентов из которых в крупные и многопрофильные стационары, возможна только авиационным транспортом. Освоение и внедрение эндовидеохирургических операций в таких стационарах значительно повысило качество оказания медицинской помощи населению, проживающему в отдаленной местности, и уменьшило количество пациентов, направляемых на лечение в многопрофильные медицинские учреждения.

Материалы и методы. Нами проведен анализ выполненных лапароскопических операций в 40 коечном общехирургическом отделении отдаленного стационара с 2018 по 2022 гг. Оперативные вмешательства выполнялись с использованием эндовидеохирургической стойки фирмы KARL STORZ с угловой оптикой (30 градусов). Статистический анализ числовых данных осуществлялся с использованием функции МЕДИАНА и КВАРТИЛЬ в программе Microsoft Excel. Количественные показатели представляли в виде Me (Q25; Q75), где Me – медианное значение показателя, а Q25 и Q75 соответственно нижний и верхний квартили. За отчетный период лапароскопические операции выполнены 83 пациентам. Из них мужчин 44 (53%), женщин 39 (47%). Медиана возраста оперированных пациентов составила 34 (28; 42) года, при этом самому возрастному пациенту было 68 лет, а самому молодому 18 лет. Оперативные вмешательства выполнялись как в экстренном, так и в плановом порядке, при таких заболеваниях, как острый и хронический калькулезный холецистит, острый аппендицит, полипоз желчного пузыря, варикоцеле, острая кишечная непроходимость, паховая грыжа, апоплексия яичника, внематочная (трубная) беременность, киста яичника и др.

Цель работы. Провести анализ результата использования эндовидеохирургического оборудования, а также определить пути улучшения качества выполнения оперативных вмешательств в общехирургическом отделении отдаленного стационара. Определить нозологические формы и возможность использования различных видов оперативных вмешательств в отдаленных стационарах.

Полученные результаты. По экстренным показаниям было выполнено 36 операций (43,3%). Плановых оперативных вмешательств выполнено 47 (56,7%). Среди экстренных операций доля диагностических лапароскопий от общего числа лапароскопических операций составила 9,6% (8), лапароскопических аппендэктомий – 22,9% (19), лапароскопических холецистэктомий – 7,2% (6). При этом эндовидеохирургические операции по поводу гинекологической патологии составили 3,6% (3). Из плановых оперативных вмешательств больше всего выполнено лапароскопических холецистэктомий – 33 (39,8%). При этом в 2022 году внедрено и выполнено 5 (6%) лапароскопических окклюзий яичковых вен, 7 (8,4%) лапароскопических герниопластик (TAPP) и 2 (2,5%) лапароскопические цистэктомии. Средняя длительность выполненных нами лапароскопических операций составила 90 (70; 135) минут. 95 (72,5; 137,5) минут выполнялись плановые операции и 85 (71,3;125) минут экстренные. В результате проведенного анализа минимальное время было затрачено на выполнение лапароскопической окклюзии яичковой вены (20 минут), а максимальное на выполнение трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики – 220 минут. При этом медиана времени, затраченного на различные виды операции распределяется неравномерно: лапароскопическая аппендэктомия – 85 (72,5; 125); лапароскопическая окклюзия яичковой вены – 40 (35; 50); лапароскопическая холецистэктомия 85 (75; 130), трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика 160 (145; 190). С целью контроля гемостаза, дренирование брюшной полости после лапароскопических операций выполнялось в 61 (78%) случае. В случае уверенности в отсутствии продолжающегося кровотечения, дренаж удалялся на 1-2 сутки.

Обсуждение. При выполнении лапароскопии, в ходе ревизии органов брюшной полости наличие перитонита было выявлено у 12 пациентов, причем все при остром аппендиците. У 6 из них червеобразный отросток находился в рыхлом инфильтрате. В результате изучения анамнеза заболевания среднее время от появления симптомов заболевания до момента обращения в стационар составило 24 часа. При этом, пациентам, госпитализированным в стационар в экстренном порядке, выполнялся необходимый диагностический минимум, в результате чего среднее время начала операции с момента поступления в отделение составило 3 (2; 4,25) часа. Переход на классический вид оперативного вмешательства был в 6 (7,2%) случаях. В основном это из-за спаечного процесса и воспалительного инфильтрата вокруг аппендикса, а также при острой кишечной непроходимости, внутрибрюшинного кровотечения при разрыве маточной трубы и т.д. На основании этого можно сделать вывод, что поздняя обращаемость и «затягивание» времени оперативного лечения увеличивает длительность оперативного вмешательства, а также увеличивает риск возможной конверсии. Пациенты, которым предстояла госпитализация для планового оперативного лечения, проходили

обследование в амбулаторном порядке в соответствии со стандартами, а сама операция проводилась на следующий день после госпитализации. Учитывая, что в разной степени выраженности сопутствующие заболевания были выявлены у 45 (54,2%) пациентов, нами в объеме предоперационной подготовки в обязательном порядке проводилась профилактика инфекции области хирургического вмешательства и оценка риска развития венозных тромбоэмболических осложнений и их профилактика с использованием шкалы Caprini. В одном случае на 5-е сутки после плановой лапароскопической холецистэктомии у пациента развился спонтанный пневмоторакс, что потребовало дренирования плевральной полости. По результатам проведенного анализа выявлено, что длительность выполнения трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики превосходит другие оперативные вмешательства. Это объясняется тем, что данный вид оперативного вмешательства нами внедрен только в 2022 году, в связи с чем, мы обладаем небольшим опытом его проведения. Также, в связи с отсутствием герниостеплера, сетчатый имплантат укрепляется интракорпоральными узлами, что также удлиняет время выполнения операции.

Выводы и рекомендации Несомненно, внедрение и использование эндовидеохирургических оперативных вмешательств в отдаленных общехирургических стационарах значительно улучшает качество оказания медицинской помощи населению и уменьшает количество проведенных пациентами койко-дней. А обучение хирургов новыми методами и видами оперативного лечения, в частности при абдоминальной патологии, должно быть не только теоретическое (заочное, с использованием дистанционных образовательных технологий), но и практическое, с наставничеством. Оснащение медицинских организаций отдаленных и труднодоступных районов телемедицинским комплексом дало возможности проводить on-line консультации с ведущими специалистами, что позволило оказывать качественную помощь в стационаре по самым разным и сложным клиническим случаям и уменьшить случаи эвакуации пациентов в многопрофильные стационары. Объем предоперационной подготовки пациентов должен в обязательном порядке проводиться с учетом коморбидности, что значительно снижает риск развития осложнений и летальности. Благодаря этому нам удалось избежать инфекций области хирургического вмешательства и венозных тромбоэмболических осложнений.

Ключевые слова: отдаленный стационар, общехирургическое отделение, эндовидеохирургические технологии, лапароскопические операции

---

615. Выбор минимально травматических вмешательств в гепатопанкреатобилиарной хирургии

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2), Тавобилов М.М. (1,2), Карпов А.А. (1,2), Алиева Ф.Ф. (2)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Москва, Россия)
2) Кафедра хирургии РМАНПО (Москва, Россия)

Введение. За последние несколько десятилетий лапароскопические и роботические вмешательства стали инновационными хирургическими методами в гепатопанкреатобилиарной хирургии. Все более широкое использование лапароскопических и роботических операций на поджелудочной железе и печени, а также расширение возможностей к их применению обуславливает необходимость всестороннего анализа соответствующих показаний для выбора малоинвазивных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. В отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии Городской кли-нической больницы имени С.П. Боткина с 2013 года для проведения оперативных вмеша-тельств при поражениях поджелудочной железы, печени используется роботизированная система daVinci Si, с 2022 года – daVinci Xi. Проведен анализ лечения 167 больных с патоло-гией поджелудочной железы и печени в период с 2019 по 2023 год, которым выполнялись малоинвазивные вмешательства. При патологии поджелудочной железы было выполнено 99 малоинвазивных вмешательств. В 88 случаях выполнены дистальные резекции поджелудочной железы, из которых 47 опе-раций были проведены лапароскопически, а 41 – роботически. В 11 случаях выполнена панкреатодуоденальная резекция: 2 лапароскопически и 9 роботически. Показаниями к опе-ративному вмешательству были: протоковая аденокарцинома поджелудочной железы (36 случаев, 36,4%), нейроэндокринные опухоли (29 случаев, 29,3%), кистозные и кистозно-солидные опухоли (24 случая, 24,2%) и метастазы рака почки (10 случаев, 10,1%). Средний размер опухоли у пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство, составил 6,2 см (в диапазоне от 1,2 до 9,4 см), а при роботическом вмешательстве – 3,4 см (в диапазоне от 0,9 до 5,7 см). При патологии печени было выполнено 68 миниинвазивных вмешательств, из которых 43 -лапароскопические перицистэктомии, атипичные резекции печени, гемигепатэктомии, 25 больным выполнены роботические вмешательства. В 21 (30,8%) случае показаниями к вмешательству служило наличие эхинококковой кисты печени, в 18 (26,4%)-билиарная цистаденома, в 6 (9%) – гепатоцеллюлярная аденокарцинома, а в 23 (33,8%) – вторичное поражение печени, в частности колоректальные метастазы. Рассмотрены непосредственные результаты хирургических вмешательств: длительность операции, объем кровопотери,

период госпитализации, послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo, специфические осложнения по ISGLS, ISGPS.

Результаты. В ходе лапароскопической дистальной резекции в 42/47 (89,4%) случаях выполнена спленэктомия, в то время как роботическая операция в 33/41 (80,5%) случаях была спленосохранной. Послеоперационный койко-день составил 9,4,1±4,3 (5-31). В структуре специфических осложнений отмечены панкреатические свищи классов «B» (12 и 10 случаев) и «C» (2 и 1 случаев) и одно геморрагическое осложнение класса «C» по ISGPS у пациента после лапароскопического вмешательства. При роботических панкреатодуоденальных резекциях в послеоперационном периоде отмечается меньшее количество осложнений по сравнению с лапароскопическими. При сравнении непосредственных результатов хирургического лечения при патологии печени миниинвазивные операции сопровождались меньшей кровопотерей, количеством послеоперационных осложнений, койко-днем. Средняя длительность послеоперационного койко-дня после роботической перицистэктомии составила 5,4±1,7 (2–8), после лапароскопической – 7,1±2,3 (5–11) дней. Хотелось бы отметить, что у пациентов, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства осложнений III и более высоких категорий по классификации Clavien-Dindo выявлено не было. Индекс сложности роботических вмешательств на печени составил 4,0±1.7 (p<0,05), что значительно ниже по сравнению с лапароскопическими (5,8±2.5).

Выводы. Современные лапароскопические и роботические технологий в лечении больных с опухолевым поражением дистальных отделов поджелудочной железы на сегодняшний день являются «золотым» стандартом лечения пациентов с такой патологией. Применение роботических технологий оправдано при небольших опухолях поджелудочной железы с необходимостью выполнения спленосохранного варианта хирургического вмешательства. Понимание нюансов и преимуществ лапароскопических и роботизированных методик при различных новообразованиях печени имеет решающее значение для оптимизации результатов лечения пациентов и эффективности хирургического вмешательства.

Ключевые слова: миниинвазивные вмешательства, лапароскопические и роботические операции, гепатобилиарная хирургия

---

616. Результаты лечения пациентов с повреждением внепеченочных желчных протоков в Иркутской области

Мовсисян М.О. (1,2), Новожилов А.В. (1,2), Григорьев С.Е. (1,2)

Иркутск

1) ГБУЗ Иркутская областная больница.
2) Иркутский государственный медицинский университет.

Актуальность. Наиболее часто повреждения ВЖП возникают при несоблюдении принципов «критического взгляда безопасности». В литературе подробно представлены методы предупреждения и лечения различных вариантов повреждения тубулярных структур портальных ворот. Одной из причин неудач реконструктивных операций, является попытка восстановления желчеоттока в общехирургических стационарах, не имеющих достаточного опыта билиарной хирургии.

Цель. Изучить эпидемиологию повреждений желчных протоков при холецистэктомии в Иркутской области и на этом основании предложить алгоритм профилактики и лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный поперечный анализ результатов лечения пациентов с повреждением внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии, находившихся на лечении в Иркутской областной клинической больнице в период с 2004-2023 гг. Данные представлены в виде медианы с 25%-75% квартилям.

Результаты. Всего критериям включения соответствовало 45 пациентов. По полу преобладали женщины 34(75%), в возрасте 27-80 лет, мужчин 11(25%), возраст 23-70 лет. У 27(60%) пациентов операция выполнялась по поводу острого калькулезного холецистита. Преобладали холецистэктомии из лапароскопического доступа (20,44%), из которых 6 закончились конверсией. Поступили в клинику с наружным желчным свищом 36(80%) пациентов, 5(11%) с механической желтухой, 3(6%) с желчным перитонитом. В 2(4%) наблюдениях сочетанного повреждения ВЖП и правой печеночной артерии, развилась острая печеночная недостаточность. В структуре выполненных операций в клинике преобладали гепатикоеюностомии на отключенной по Ру петле тонкой кишки с дренажом по Фелькеру (22,48%). У 2(4%) пациентов билиарный анастомоз формировался с долевыми протоками по Гальперину. В 2(4%) наблюдениях выполнена гемигепатэктомия по поводу некроза правой доли печени. Послеоперационные осложнения развились у 8(17%) пациентов. Умерло 2(4%). Анкетирование с использованием гугл-форм в отдаленные сроки проведено у 25 пациентов. Хорошее и отличное качество жизни отметили 10(40%) пациентов, удовлетворительное – 15(60%), полностью реаби-

литированы – 15(60%). У 6(24%) пациентов сформировалась послеоперационная грыжа. У 4(16%) были явления механической желтухи в разные сроки после операции, у 3 из них консервативная терапия была эффективна. В 1 наблюдении потребовалась повторная реконструктивная операция по поводу рубцовой стриктуры гепатикоеюноанастомоза.

Выводы и рекомендации. Частота повреждение ВЖП в Иркутской области составляет 1,36 на 1 млн. в год, 0,09% от общего количества холецистэктомий в год. Большинству пациентам восстановительная операция выполнялась по месту первичного вмешательства, что недопустимо. Повторные вмешательства должны выполняться в специализированных стационарах с опытом в гепатобилиарной хирургии. Ранняя билиарная реконструкция позволяет значимо снизить количество послеоперационных стриктур ГЕА и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: Повреждения желчных протоков, гепатикоеюностомия, желчный свищ, механическая желтуха

---

617. Возможности поэтапного метода лечения осложненного калькулезного холециститом у больных пожилого и старческого возраста

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э.

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность. Желчнокаменная болезнь относится к числу широко распространённых заболеваний. По данным большинства исследований от 10 до 25% населения страдает желчнокаменной болезнью. Среди данной категории больных преобладают лица женского пола, пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие тяжелые сопутствующие соматические заболевания, составляющие так называемую группу риска. ЖКБ занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний органов брюшной полости (Гальперин Э. И., 1987; Аксенов И. В., 20013; Курбонов Д. М., 20013). Лечение ЖКБ и его осложненных форм до настоящего времени остается одним из наиболее актуальных и изучаемых направлений в абдоминальной хирургии, вследствие продолжающегося роста частоты этих осложнений. При этом, доля пациентов молодого возраста достигает 15-20%, отмечается и четкая тенденция роста осложненного холецистита (Виноградов В. В., 1977; V. Kratzer et al., 2010). В последние годы в хирургическом лечении острого калькулезного холецистита достигнуты значительные успехи, однако, послеоперационная летальность остается достаточно высокой, достигая 6-8%, особенно при выполнении холецстэктомии открытым лапаротомным доступом (Шалимов А. А., 20001; Брискин Б. С., 20005; А. Х. Норов,2012; V. Kratzer et al., 2010; Yoh et. al., 20012).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных осложненным калькулезным холециститом у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. За последние 5 лет в хирургическом отделении МУЗ ВО «ГКБ скорой медицинской помощи» г. Владимира с применением миниинвазивной технологии пролечены 154 пациента пожилого и старческого возраста с осложненными формами острого калькулезного холецистита, с тяжелой сопутствующей патологией и зачастую развитием синдрома взаимного отягощения. Возраст больных варьировал от 58 до 82 лет, в т.ч. пациентов пожилого возраста было 44 (28,5%), раннего старческого возраста – 14 (9,0%), глубокого старческого возраста – 12 (7,7%). Женщин было 84 (54,5%), мужчин – 70 (45,4%). У всех больных были тяжелые сопутствующие заболевания со стороны сердечно- сосудистой и дыхательной систем. Из осложнений острого калькулезного холецистита механическая желтуха отмечена у 23 (15,0%) пациентов, холедохолитиаз без признаков механической желтухи – у 20 (13,0%), перивезикальный инфильтрат – у 5 (3,2%), гнойный холангит – у 6 (3,8%), перивезикальный абсцесс – у 18 (11,6%). Для улучшения результатовлечения считали целесообразным разделить лечение указных пациентов на несколько этапов.

Результаты. Как первый этап декомпрессии эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстрацией 26 (16,8%) пациентам, что при этом вмешательства были эффективными. В 2 (1,3%) наблюдениях выполнена пункция перивезикального абсцесса и наложение холецистостомы под УЗ- навигацией. На втором этапе 128 (83,1%) пациентам после купирования признаков острого холецистита выполнено холецистэктомия из мини-доступа с применением хирургического инструмнтария «мини-ассистент» (ОЛХЭ)) с дренированием холедоха (n=8), и 10 (8,6%) пациентам выполнена эндовидеолапароскопческая холецистэктомия. Остальные больные не были оперированы в связи с декомпенсацией сопутствующих состояний или отказались от операции. Случаев летального исхода после миниинвазивных хирургических вмещательств не было.

Заключение. Таким образом, использование на первом этапе лечения декомпрессивных вмешательств –пункций паравезикальных абсцессов под УЗ навигацией и эндоскопических методов (ЭПСТ) позволяет расширить границы применения миниинвазивных хирургических вмещательств на желчевыводящих путях, улучшить результаты радикального лечения у данной категории больных.

Ключевые слова: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

---

618. Возможности использования эндовидеолапароскопических методик в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э.

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность: Несмотря на наличие современной клинико-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ – диагностики, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости стали возможными благодаря стремительному развитию эндовидеолапароскопической хирургии.

Цель. Улучшение диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Материал и методы: Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся эндовидеолапароскопической диагностике и лечению, проведён за период с 2018 по 2022 годы. Выполнено около 5000 экстренных эндовидеолапароскопических вмешательств. Структура острых заболеваний органов брюшной полости представлена следующей патологией: острый аппендицит (преимущественно деструктивные формы), острый холецистит (в том числе флегмонозный, гангренозный, с перивезикальным инфильтратом), перфоративная гастродуоденальная язва, острый панкреатит (в том числе с ферментативным перитонитом), абдоминальная травма с повреждением и без повреждения внутренних органов, некроз жировых подвесков сигмовидной кишки, мезаденит, острая гинекологическая патология, онкологические заболевания тонкого и толстого кишечника, осложнённый дивертикулит, синдром абдоминальной ишемии, тромбоз мезентериальных сосудов, перитониты, осложняющие вышеперечисленные заболевания. При острой абдоминальной патологии эндовидеолапароскопия является наиболее приоритетным и достоверным по информативности и оперативности осуществления методом диагностики и дифференциальной диагностики. При этом диагностическая эндовидеолапароскопия в ряде случаев может быть переведена в лечебную с применением эндовидеолапароскпических технологий оперирования и санации брюшной полости. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств превалируют: диагностические эндовидеолапароскопии, эндовидеолапароскопические аппендэктомии, лапароскопические холецистэктомии, санация и дренирование брюшной полости при остром панкреатите,. Выполнено 245 лапароскопических аппендэктомий. Из них: 143 (58,3%) выполнено по методике обработки брыжейки червеобразного отростка монополярной коагуляцией и клипированием основания аппендикса; лигатурным способом выполнено 162 (66,1%) лапароскопических аппендэктомий. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась при всех формах строго аппендицита, превалировали деструктивные формы – флегмонозный аппендицит 240 (97,9%), гангренозный аппендицит 35 (14,3%).. Одной из наиболее грозных хирургических патологий является острый панкреатит. Доказано, что эндовидеолапароскопическая санация брюшной полости, блокада круглой связки печени, декомпрессия по показаниям желчного пузыря, дренирование брюшной полости способны абортивно прервать острый процесс в поджелудочной железе и добиться ремиссии ферментативного перитонита. С 2017 года по настоящее время выполнена 131 (2,6%) диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу острого панкреатита, с санацией и дренированием брюшной полости, раскрытием париетальной брюшины по флангам брюшной полости, формированием транскутанных транспечёночных или контактных холецистостом. При травме живота выполнена 169 (3,3%) диагностической и лечебной лапароскопии. При тупой травме живота без повреждения внутренних органов диагностическая лапароскопия в 101 (59,7%) случаях позволила избежать неоправданных лапаротомий. При проникающих ножевых ранениях живота у 91 (53,8%) пострадавших лапароскопия позволила исключить повреждение внутренних органов. Удаление некротизированных подвесков сигмовидной кишки выполнено у 26 (0,5%) пациентов. В 132 (2,6%) клинических наблюдениях, при выполнении диагностической лапароскопии, констатировано отсутствие абдоминальной хирургической патологии, т.е. диагностирован ложный острый живот. Активное использование эндовидеолапароскпических методик в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий.

Выводы: 1. Применение эндовидеолапароскопических технологий в неотложной хирургии позволяет в кратчайшие сроки выставить наиболее точный диагноз; 2. Широкое использование эндовидеолапароскопических технологий в ургентной абдоминальной хирургии является перспективным и доступным методом в определении лечебно-диагностической тактики в неотложной абдоминальной хирургии.

Ключевые слова: Острые хирургические заболевания, лапаросокопическая диагностика

619. Опыт мининвазивного хирургического лечения больных старческого возраста с острым холециститом

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э.

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в профилактике и лечении желчнокаменной болезни, число больных острым холециститом в старческом возрасте, не имеет тенденции к снижению (Баранов Г.А. 2008 г; Беляков Ф.И. 2011 г). Общая летальность, при этом, на протяжении последних лет, находится примерно на одинаковом уровне и колеблется в зависимости от удельного веса деструктивных форм в пределах 5-8%. Летальность при тяжелых формах острого холецистита остается очень высокой и достигает, по данным некоторых авторов, 40-50% (Редькин А.Н. 2012 г; Суздальцев И.В. 2013 г; Фаев А.А. 2014 г). Миниинвазивные вмешательства должны стать методом выбора в лечении пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом. Однако, до настоящего времени, активно обсуждаются показания, противопоказания, сроки и объем хирургических вмешательств, в частности, пункционно-дренирующих под контролем ультразвукового наведения у больных старческого возраста в условиях полиморбидности с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Цель исследования. Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения у больных острым холециститом пожилого и истарческого возраста в условиях полиморбидности с применением миниинвазивных методов лечения.

Материалы и методы. Анализируются результаты лечения 260 больных с острым холециститом (мужчин – 96 (36,9%), женщин – 164 (63,0%) старше 75 лет, поступивших в клинику с 2018 по 2020годы,. С острым флегмонозным холециститом поступило 225 (86,5%) больных, с гангренозным – 62 (23,8%). У ряда пациентов острый холецистит сочетался: с холедохолитиазом – 72 (27,7%), с холедохолитиазом и механической желтухой – 22 (8,4%) пациентов, с холедохолитиазом и холангитом – 32 (12,3%) пациента. Все больные оперированы по экстренным и срочным показаниям. Все пациенты были разделены 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности и тяжести заболевания. В первой группе группесравнения (n=68) выполнены традиционные оперативные вмешательства: лапаротомия с холецистэктомией – 22 (32,3%), холецистэктомией и холедохолитотомией в сочетании с интраоперационнойхолангиографией или холедохоскопией – 18 (26,4%). А во второй (основной) группе (n=192) использовались только миниинвазивные операции: холецистэктомия из мини-доступа (ОЛХЭ)– 124 (64,5%), открытая лапароскопическаяхолецистэктомия с холедохолитотомией и холедохоскопией – 32 (16,6%), чрескожнаяхолецистостомия под ультразвуковым контролем – 13 (6,7%), чрескожнаячреспеченочнаяхолангиостомия под ультразвуковым и рентгенотелевизионным контролем – 10 (5,2%), эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия с холедохолитоэкстракцией – 69 (35,9%). Ряду больных второй группы применялось последовательное этапное хирургическое лечение.

Результаты и обсуждение Средняя продолжительность стационарного лечения у больных первой группы (контрольная группа) составила 11,2± 2,4 койко-дней, а в основной группе сравнения – 6±1,5. Средний койко-день в первой группе был практически в 2 раза больше, чем во второй основной группе.. У больных первой группы, в лечении которых были применены «открытые» вмешательства, зафиксировано 2 (2,9%) летальных исхода. Летальность в первой группе составила 2 (2,9%). В группе больных, в лечении которых использовались малоинвазивные способы лечения летальных исходов отмечено в 1 случае 1 (0,5%). Летальность во второй группе составила 0,5%, что оказалось меньше, чем в группе сравнения на 50% ($p<0,01$). Все летальные исходы в обеих группах сопряжены с тяжелой коморбидностью, в сочетании с операционной травмой и высоким риском анестезии. Так, непосредственной причиной летального исхода, у пациентов оперированных с острым холециститом, как в первой группе, так и во второй были: сепсис с полиорганной недостаточностью в сочетании с выраженными явлениями острой сердечно – сосудистой недостаточности.–2 (2,9%) пациент первой группы и 1 (0,5%) пациента второй группы.

Выводы 1. Лечение деструктивных форм острого холецистита с использованием миниинвазивных технологий значительно уменьшает летальность и улучшает непосредственные результаты лечения. 2. Опыт лечения деструктивных форм холецистита у пациентов старше 75 лет показал, что применение миниоинвазивных вмешательств сокращает сроки госпитализации в 1,9 раз.

Ключевые слова: Хирургическое лечение больных острым холециститом пожилого и старческого, полиморбидность, миниинвазивные методы лечения

620. Сравнительный анализ открытой и эндовидеолапароскопической аппендэктомии

Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э.

Владимир

ГБУЗ ВО ГКБ СМП

Актуальность. Одним из самых часто диагностируемых заболеваний в неотложной хирургии является острый аппендицит. Распространенность до¬стигает 1-4 случая на 1000 населения. Летальность составляет 0,1-0,3%, по¬слеоперационные осложнения – 5-9% (Корняк, П. В. Ткачев, Р. С. Бабаев и соавт, 2009). Единственным способом лечения острого аппендицита является оперативное вмешательство. Ранее «золотым» стандартом операции являлся доступ Волковича-Дьяконова с последующей аппендэктомией. После внедрения эндовидеолапароскопических вмешательств в хирургическую практику, их широко стали использовать как в диагностике, так и в лечении острого аппендицита. Однако, вопрос, какой из методов более предпочтителен, остается до сих пор дискутабельным. Эндовидеолапароскопическаяаппендэктомия постепенно вытесняет открытый метод, однако, многие авторы указывают на высокий риск развития осложнений. Недостаточная асептичность лигатурного метода обработки культи червеобразного отростка при эндовидеолапароскопическойаппендэктомии является основной причиной недоверия к данной оперативной технике (Лысов А. Е., 2013).

Цель: провести сравнительный анализ открытой и эндовидеолапароскопическойаппендэктомии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 104 пациентов мужского пола с острым аппендицитом, оперированных в 2022 году. 38 (36,5%) пациентам была выполнена открытая аппендэктомия, 66 (63,4%) пациентам – эндовидеолапароскопическаяаппендэктомия.

Результаты и их обсуждение. Обе изученные группы были приблизительно равны по возрасту и нозологии заболевания. Средний возраст больных в первой группе равнялся 32,8±2,2 лет, во второй группе – 31,6±2,1 лет ($p>0,5$). Средняя длительность оперативного вмешательства открытой аппендэктомии составила 45,7±4,2 минут, а эндовидеолапароскопическойаппендэтомии – 48,1±7,2 минут ($p>0,05$). Гипертермия после операции в первой клинической группе на 1-2 день наблюдалась у 23 (60,5%) пациентов, а на 3-5 сутки – у 14 (36,8%). Во второй группе гипертермия отмечена на 1-2 день у 26 (39,3%) больных, а на 3-5 –е сутки у 12 (18,1%)пациентов. При анализе количества эритроцитов, лейкоцитов, величины гемоглобина и СОЭ при поступлении, на 1-2 день и на 3-5 сутки лечения достоверных различий данных величин в обеих группах не выявлено. После открытой аппендэктомии средние сроки снятия кожных швов составили 6,0±0,2 дня, а после эндовидеолапароскопическойаппендэктомии – 5,2±0,2 дня ($p<0,05$). Средняя длительность стационарного лечения больных оперированных открытым способом составила 6,1±0,2 дней, а пациентов оперированных эндовидеолапароскопически – 5,1±0,2 дней ($p<0,05$). Воспалительные раневые осложнения в в группе больных, оперированных открытым способом составило 4 (10,5%) случая: 2 (5,2%)- нагноение послеоперационной раны, 2 (5,2%) инфильтрат послеоперационной раны. Данные осложнения были пролечены консервативным способом. В группе больных, оперированных эндовидеолапароскопическимспособом раневых воспалительных осложнений не наблюдались. Летальных исходов в обеих группах не было.

Выводы. 1. Проведенный анализ клинико-лабораторных признаков позволяет сделать заключение, что эндовидеолапароскопическаяаппендэктомияимеет ряд существенных преимуществ перед традиционным методом хирургического лечения, как длительностью операции, степенью кровопотери в раннем послеоперационном периоде, частотой развития воспалительных осложнений, а также сроками пребывания в стационаре; 2. Преимуществами эндовидеолапароскопическойаппендэктомии являются косметический эффект и снижение продолжительности стационарного лечения в среднем на 1 койко/день, что является более выгодным в экономическом плане.

Ключевые слова: Острый аппендицит, эндовидеолапароскопия, открытая аппендэктомия

---

621. Применение erector spinae plane блока при лапароскопических холецистэктомиях в стационаре кратковременного пребывания

Шабунин А.В., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Макаров О.В., Венгеров В.Ю., Полянский В.Л., Логинов К.А., Королева Н.И.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Введение. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) всё чаще выполняется в условиях Стационаров кратковременного пребывания(СКП). Для повышения качества аналгезии с целью ранней активизации пациента в послеоперационном периоде необходимо подавлять не только соматическую боль, возникающую в местах стояния троакаров, но и висцеральную боль, которая возникает после удаления желчного пузыря из ложа печени. Erector spinae plane block (ESP-блок) является относительно новой техникой обезболивания, которая должна стать стандартным компонентом мультимодальной

анальгезии в условиях амбулаторной хирургии.

Цель исследования. Оценить аналгетическую эффективность УЗ-ассистированного ESP-блока у пациентов после плановых лапароскопических холецистэктомий в условиях СКП

Материалы и методы исследования. В исследование включены 100 пациентов в возрасте от 27 до 73 лет, обоих полов. Все оперированные были отнесены к группе ASA I-II. Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом, всем пациентам выполнялась ЛХЭ. В обеих группах пациентам был назначен целебрекс (целекоксиб) за 2 часа до оперативного вмешательства. В 1 группе (n=50) оперативные вмешательства выполнялись в условиях комбинированной эндотрахеальной анестезии (КЭТА). Во 2 группе (n=50) проводилась мультимодальная анестезия КЭТА в сочетании с ESP-блоком. В обеих группах интраоперационно вводился парацетомол 1 г. Для проведения блокады использовался ропивакаин 2 мг/мл + дексаметазон 0,12 мг/мл + адреналин 2 мкг/мл в общем объеме 80 мл. Блокада проводилась под УЗ наведением. Анестетик вводился билатерально согласно методике под выпрямляющую мышцу спины в каудальном направлении на уровне Th8. Оценивалась степень болевого восприятия по 10-балльной визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) с регистрацией показателей сразу после экстубации пациента, через 2 часа после экстубации, перед выпиской из стационара, а также способность к самостоятельному подъему через 4 часа после операции. Отдельно учитывался расход использованных дополнительно обезболивающих средств в послеоперационном периоде за время нахождения в стационаре.

Результаты. Использование ESP-блока позволило не применять в раннем послеоперационном периоде обезболивающие препараты. Во 2 группе оценка уровня болевого синдрома по ВАШ составила после пробуждения в покое 0,9+/-0,3 балла, при движении 1,4+/-0,3. Показатели болевого синдрома через 2 часа и при выписке не получили отклонений от первоначальных данных по ВАШ. У больных контрольной группы соответственно: после пробуждения в покое 1,7+/-0,7, при движении 3,5+/- 0,4; через 2 часа 3,2+/-0,5 и 4,3+/-0,7; перед выпиской из стационара 2,5+/-0,8 и 4,7+/-0,7. Возможность самостоятельного вставания без дискомфорта через 4 часа после окончания операции отметили 92% пациентов 2 группы (n=46) и 14% пациентов 1 группы (n=7). За время нахождения в стационаре у пациентов 2 группы (n=50) не возникало потребности в дополнительном обезболивании. Пациентам 1 группы (n=50) вводились НПВС (кеторолак) по требованию. Длительность аналгезии во 2 группе достигала 18-24 часов. Все пациенты были выписаны из стационара в день операции. Не было тяжелых токсических реакций и других осложнений, повлиявших на результаты лечения пациентов в связи с выполнением ESP-блока.

Заключение. ESP-блок с УЗ навигацией является эффективной и безопасной методикой. Эффективно купирует послеоперационную боль, позволяет не применять ни каких аналгетиков вплоть до полного их исключения без ухудшения качества послеоперационного обезболивания и самочувствия пациентов, что способствует ранней активизации и выписке пациента. ESP-блок может быть рекомендован как базовая методика анальгезии для ЛХЭ в условиях амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: erector spinae plane, СКП, ЛХЭ

---

622. Корреляция показателей общей системной интоксикации с показателями внутрибрюшного давления у пациентов с перитонитом

Переходов С.Н., Попов Ю.П., Евдокимов В.В., Попов П.А., Дубовицкий К.И.

Москва

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова.

Материалы и методы исследования Данная работа основана на ретроспективном анализе историй болезней 84 пациентов, оперированных по поводу перитонита на клинических базах кафедры госпитальной хирургии МГМСУ им А.И. Евдокимова января 2022 г.по апрель 2023 г. Основными причинами перитонита являлись: перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, острый панкреонекроз, осложненный рак толстой кишки. Средний возраст пациентов составил 48 ± 3 года (34-75 лет). Число пациентов женского пола 52, число пациентов мужского пола 32. Применяемые в настоящее время методы лабораторной диагностики тяжести перитонита основаны на выявлении степени эндотоксикоза. С этой целью мы использовали стандартные лабораторные данные: количество лейкоцитов, подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации, определение С-реактивного белка и прокальцитонина. Не требующий специальных навыков и экономически выгодный способ определения и мониторинга интраабдоминальной гипертензии – это измерение давления внутри мочевого пузыря, что в настоящий момент является методом выбора. После катетеризации мочевого пузыря и его опорожнения, в полость мочевого пузыря вводят 100 мл стерильного физиологического раствора, после чего к катетеру Фолея присоединяют прозрачный градуированный в сантиметрах капилляр и измеряют внутрипузырное давление (за нулевую отметку принимают верхний край лонного сочленения). Так же для данных целей существуют специализированные мочеприемники с интегри-

рованной системой для измерения ВБД (UnoMeter Abdo pressure и др.), которые позволяют производить постоянно производить мониторинг, не прибегая к дополнительным манипуляциям. Измерение ВБД начинали в предоперационном и продолжали в послеоперационном периоде. Выделяют 4 степени повышения внутрибрюшной гипертензии: I ст. – 10-15 мм рт. ст., II ст. – 16-25 мм рт. ст., III ст. – 26-35 мм рт. ст., IV ст. – более 35 мм рт. ст. У большинства больных с перитонитом (83%) отмечался синдром внутрибрюшной гипертензии различной степени выраженности. При этом синдром интраабдоминальной гипертензии I степени констатирован у 55 (65%) больных, II степень у 18 (21%) пациентов, III-IV степени у 9 (14%) пациентов. После сравнения и корреляции полученных данных при измерении внутрибрюшного давления и лабораторных показателей интоксикации, отмечена постоянная взаимосвязь степени интраабдоминальной гипертензии и эндогенной интоксикации, что позволило сделать вывод о существовании прямой корреляционной зависимости. С повышением показателя ВБД нарастали значения степени эндогенной интоксикации. Клиническая оценка и изучение интегральных показателей по шкалам Apache-II и Mods-II позволяли сделать заключение, что около трети больных находились в зоне высокого прогнозируемого риска летального исхода в предоперационном периоде, а используемые шкалы давали объективную информацию о тяжести состояния пациентов. Наряду с ними показатель ВБД также являлся прогностическим показателем тяжести эндогенной интоксикации и применялся на дооперационном этапе обследования и лечения этой категории больных. Было проведено сопоставление результатов показателей внутрибрюшного давления в зависимости от форм перитонита с показателями Apache-II и Mods-II. После расчета среднего значения внутрибрюшной гипертензии у пациентов с разными формами перитонита, был получен пропорциональный рост показателей ВБД и тяжести состояния пациентов по интегральным шкалам, а так же пропорциональный рост степени прогностической летальности, что так же свидетельствует о строгой зависимости данных показателей. Для комплексной оценки состояния больных и оценки эффективности проводимых мероприятий также было изучено состояние центральной гемодинамики. По результатам выполненной ЭхоКГ, была проведена взаимосвязь с показателем внутрибрюшного давления. У пациентов с интраабдоминальной гипертензией I-II-й степени отмечалось достоверное уменьшение ударного объёма и секундного выброса, со стойким увеличением постнагрузки, при этом разовая производительность сердца была снижена. Сердечный выброс равнялся в среднем 2,9±0,21 л/мин/м2, а функция выброса снижалась до 52,4±1,3% и имелся застойный тип кровообращения. У больных с интраабдоминальной гипертензией III-IV степени отмечалось уменьшение разовой и минутной производительности сердца, что было обусловлено снижением сократимости миокарда на фоне внутрибрюшного давления и обусловливало уменьшение венозного возврата в сердце. При этом, токсемия сопровождалась снижением сердечного выброса, а поддержка перфузии тканей осуществлялась за счет умеренного возрастания показателей постнагрузки. В целом отмечено, что у большинства пациентов имелся гипокинетический тип кровообращения, характеризующийся выраженной гиповолемией. Это сопровождалось снижением постнагрузки вследствие снижения систолического, диастолического артериального давления, а также общего сосудистого сопротивления, что характеризовало течение перитонита. Был проведен анализ результатов зависимости длительности предоперационной подготовки и степени развития абдоминальной гипертензии. Анализ показал, что внутрибрюшное давление являлось показателем, который в процессе предоперационной подготовки изменялся незначительно, при этом в некоторых случаях отмечалось незначительное его снижение после выполнения комплексных лечебных мероприятий на предоперационном этапе, в том числе и после декомпрессии желудка. Подводя итоги можно сказать, что мониторинг внутрибрюшного давления начатый в предоперационном периоде является одним из показателей тяжести состояния больного. Патофизиологические механизмы при повышении внутрибрюшного давления приводят к тахикардии, снижению венозного возврата в сердца, секвестрации жидкости в третьем пространстве и в конечном итоге к прогрессированию полиорганной недостаточности. В послеоперационном периоде у пациентов с перитонитом наблюдались взаимосвязанные и меняющиеся в течение патологического процесса нарушения центральной гемодинамики, выраженность которых зависела от объема гиповолемии и степени тяжести токсемии. Снижение основных показателей общей гемодинамики свидетельствовало об уменьшении разовой производительности сердца вследствие снижения сократительной способности левого желудочка сердца на фоне гиповолемии и высокого внутрибрюшного давления. Вышеприведенное комплексное динамическое изучение системы общей гемодинамики у больных с разлитым перитонитом выявило развитие синдрома гипотензии вследствие развития сердечно-сосудистой недостаточности, что находилось в прямой зависимости от тяжести токсемии. Степени эндогенной интоксикации и показатели интраабдоминальной гипертензии нарастали пропорционально, что позволило считать измерение внутрибрюшного давления важным диагностическим и прогностическим фактором.

Выводы 1. Существует прямо пропорциональная связь между степенью эндогенной интоксикации и показателями внутрибрюшного давления. Пропорционально с повышением показателя внутрибрюшного давления нарастают значения эндогенной интоксикации, что впоследствии приводит к развитию полиорганной недостаточности. 2. Уже с I степени инраабдоминальной гипертензии отмечается снижение сократительной способности миокарда, что приводит к развитию сердеч-

но-сосудистой недостаточности в зависимости от тяжести патологического процесса. 3. Диагностика синдрома повышенного внутрибрюшного давления имеет большое практическое значение для раннего определения тяжести состояния пациента на пред и послеоперационном этапе.

Ключевые слова: Внутрибрюшное давление. Компартмент синдром. Синдром эндогенной интоксикации. Перитонит.

---

623. Толстокишечные кровотечения, связанные с доброкачественными эпителиальными образованиями толстой кишки

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю.

Симферополь

ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ Имени В.И. ВЕРНАДСКОГО» КЛИНИЧЕСИЙ МЕДИЦИНСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ЦЕНТР СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

Толстокишечные кровотечения встречаются от 20 до 30 на 100 тысяч населения. Из них на долю доброкачественных эпителиальных новообразований приходится около 5 – 10%.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики пациентов с толстокишечными кровотечениями.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением за период январь 2021 – май 2023 года в КММЦ Святителя Луки находилось 42 человек с периодическими толстокишечными кровотечениями, которые даже были госпитализированы в хирургические стационары с кровотечениями различной степени интенсивности. Часть из пациентов длительное время лечилась у колопроктологов с геморроем 3-4ст. Диагностическая колоноскопия у данных пациентов не выполнялась. Возраст колебался от 26 до 75 лет. Мужчин было 18, женщин 24. На первичной колоноскопии выявлены полипа на ножке с размерами «головки» до 4-5см; на широком основании до 3-5см; ворсинчатые опухоли прямой кишки и зоны ректосигмоидного угла. На ПГИ тубуляно – ворсинчатые аденомы с дисплазией высокой и низкой степени, у 2х пациентов в эпителиальных образованиях на ножке, в «головке» выявлена интрамукозальная аденокарцинома (G1) с уровенем инвазии по Haggit-l. pTis L0 V0 Pn0 R0, без признаков инвазии. Кровотечения возникали вследствие травматизации полипов. Видеоколоноскопия проводилась на комплексе PENTAX EPK–i 7010. Выяалены полипы толстой кишки, больших размеров, удаление последних проводилась в условиях круглосуточного стационара. Для полипэктомии использовался электрокоагулятор OLYMPUS 300, в режиме монополярной коагуляции с использованием инъектора и полипэктомической петли EndoStars. Согласно последним рекомендациям полипы на ножке с толщиной ножки более 1,2см удалялись с использованием лигатуры HX-400U-30 OLYMPUS. Для профилактики отсроченных кровотечений в раннем импозднем послеоперационном периоде применялись клипсы EndoStars.

Результаты: все пациенты оперированы эндоскопически. Трепациента применена гибриднаядая лароскопически-эндоскопическая операция, без вскрытия просвета толстой кишки, что составило 7,14% всех наблюдений. В остальных случаях – 92,86% наблюдений было использовано внутрипросветное эндоскопическое удаление эпителиальных новообразований. Контрольное динамическое наблюдение за зоной полипэктомии проводилось на 4 и 7 сутки нахождения пациентов в стационаре.

Выводы: 1. При толстокишечных кровотечениях колоноскопия должна выполняться у 100% пациентов 2. При обнаружении крупных эпителиальных новообразований, последние должны удаляться только в условиях стационара и обязательным контролем. 3. Для «удобства» удаления и профилактики кровотечений в послеоперационном периоде необходимо применять все современные способы эндоскопического удаления, с применением гибридных операций и современных способов эндоскопического гемостаза.

Ключевые слова: толстокишечные кровотечения эпителиальные образований толстого кишечника

---

624. Лечение осложнений острых эрозивно-язвенных поражений

Беказиева Д.Х., Акхубеков Р.А., Мизиев И.А.

Нальчик

ФГБУ ВО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Актуальность темы. Острые эрозии и язвы являются основными причинами перфораций и желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в послеоперационном периоде у больных перитонитом. Клиника этих язв слабо выражена, почти бессимптомна, и проявляются они лишь своими осложнениями. Поэтому актуальность проблемы заключается в своевременной диагностике, лечении острых язв и особенно их профилактике.

Материалы и методы: В статье приведен ретроспективный анализ 35 случаев в период с 2020 по 2022 г. с

острыми эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта и их осложнений, находящихся в после хирургического лечения по поводу перитонита в ГБУЗ РКБ МЗ. Была выполнена оценка риска язвообразования по Чернову- Мизиеву, ФГДС, оценка состояния больных по SOFA, APACHE 2, степень тяжести эндотоксикоза, МИП.

Результаты и обсуждение. Из них пациенты с эрозивным поражением составляют 80% (28); с язвенным поражением 20% (7) Осложнения: кровотечением 75%;(Forrest 1B-55%; Forrest 2b-15%; Forrest 3-5%) прободение 3%. -Sofa: 27 человек с 1 ст (1-1,5б); 8 человек с 2ст. (2б). Из них 25 пациентов с эрозивным поражением ЖКТ, 10 пациентов имели язвенное поражение. -Apache II: 26 человек с показателями 4-6 баллов (4%); 9 человек с показателями 8-11 баллов (5-9%). Все 26 пациентов с показателями 4-6 баллов имели эрозивное поражение ЖКТ. И 9 пациентов с наиболее высокими показателями 8-11 баллов были с язвенным поражением. Определение степени эндотоксикоза по показателям (ЧСС; АД; сут. Диурез, кол-во мочевины.): соответствует средним показателям в 85% случаев, у 6 пациентов выявлена высокая степень тяжести (пациент находился на вазопрессорах, присутствовала анурия). Из 35 пациентов со средними показателями степени эндотоксикоза 4 пациента имели язвенное поражение, у остальных наблюдалось эрозивное поражение. Сопоставление тяжести эрозивно-язвенных поражений желудка с количеством баллов риска язвообразования по Чернову-Мизиеву: до 6 баллов – 23(пациенты с эрозивным поражением); От 6 до 10 баллов – 9(7 с эрозивным поражением и 2 с язвенным); От 10 и более баллов – 3(язвенное поражение ЖКТ). При этом выявлена коррелляция между риском язвообразования и тяжестью по шкале APACHE 2. Оценка степени тяжести по мангеймской классификации: у всех больных показатели не превышали 1 ст, что соответствует 0-20баллов. Пациенты получали, в основном консервативную терапию: ингибиторы протонной помпы, гемостатическая терапия., Эндоскопический гемостаз проводился 18 пациентам, из них 14 имели эрозивное поражение и 4 пациента с язвенным поражение, использовали два метода гемостаза одновременно. Остальным пациентам не выполнен эндоскопический гемостаз, в связи с завершившимся кровотечением. К хирургическому лечению необходимо прибегнуть лишь при наличии прободения. Из 35 пациентов хирургическое лечение в объеме: ушивание язвы проводилось одному.

Выводы и рекомендации.Таким образом, мы пришли к выводу, что лечение осложнений острых эрозивно-язвенных поражений является вовремя начатая адекватная консервативная терапия (использование антисекреторных препаратов- ингибиторов протонной помпы в сочетании с эндоскпическим гемостазом). При осложнениях в виде кровотечения целесообразно проводить двойной эндоскопический гемостаз. При прободении хирургическое лечение.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения, оценка риска язвообразования по Чернову- Мизиеву, APACHE 2, тяжесть эндотоксикоза, МИП.

---

625. Робот-асситированные и лапароскопические операции при заболеваниях надпочечников: сравнительный анализ

Семенов Д.Ю., Османов З.Х., Борискова М.Е., Панкова П.А., Хаиров А.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Эндовидеохирургические вмешательства при опухолях надпочечников (ОН) признаны золотым стандартом в современной эндокринной хирургии. Применяются трансабдоминальные и люмбоскопические доступы, выполняются адреналэктомии и резекции надпочечников. Наиболее распространенными являются лапароскопические операции, но накапливается опыт робот-асситированных вмешательств. Преимущества роботизированных операций при заболеваниях предстательной железы, прямой кишки и желудка неоднократно доказывались. С появлением опыта и большого клинического материала по применению роботизированных операций при ОН необходимо сравнение этих технологий, включая влияние выполняемого вмешательства на оперирующего хирурга.

Цель исследования – провести сравнительную оценку робот-асситированных и лапароскопических операций при ОН.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 297 пациентов, из них 173 выполнены лапароскопические операции, а 124 робот-асситированные. Лапароскопических правосторонних адреналэктомий выполнено 74, левосторонних – 78, резекция надпочечника справа – 10, слева – 11. Роботасситированных адреналэктомий справа – 37, слева – 45, резекция надпочечника справа – 20, слева – 22. Показанием к операции стали: гормонально-неактивные ОН – 115; кортикостеромы – 78; альдостеромы – 58, а феохромоциты – 46. Проведена оценка физического статуса хирурга до и после выполнения оперативных вмешательств с применением робот-ассистированной и лапароскопической методик. Изучались вариационная пульсометрия, оценка концентрации и устойчивости внимания с применением таблиц Грюнбаума, оценка сенсомоторной координации с помощью треморометра.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 50,97+12,84лет (от 20 до 82 лет). Из них мужчин 25,63% и женщин 74,37%. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Операции в обеих группах продолжались от 30 до 270 минут. В среднем лапароскопические выполнялись за 80 минут. Роботизированные операции выполнялись в среднем за 87 мин, а среднее консольное время составило 71 минуту. Статистической разницы по продолжительности операции в обеих группах не было (p>0,05). Но если учитывать консольное время, то длительность операции короче при роботизированных вмешательствах. Осложнения в группе лапароскопических операций (12): 2 случая – кровотечение из нижней полой вены, 1- кровотечение из ложа надпочечника, 1 – кровотечение из троакарной раны, 8 – гематома в ложе удаленного надпочечника. Осложнения после робот-асситированных операций (2): кровотечение из нижней полой вены – 1, кровотечение из троакарной раны – 1. Осложнений после лапароскопических операций было больше (p<0,05). Во время удаления феохромоцитомы были ситуации с нестабильной гемодинамикой, контролируемой консервативными мероприятиями и в 1 случае потребовавших конверсии доступа во время лапароскопической операции. При сравнении показателей вариационной пульсометрии и треморометрии в сравниваемых группах статистически достоверной разницы не было (p>0,05). По результатам оценки концентрации и устойчивости внимания, с применением таблиц Грюнбаума получены средние значения времени выполнения задания после роботизированных операций равные 2 мин. 30 сек., а после лапароскопических – 3 мин. 02 сек. (p<0,05). Во время роботизированных вмешательств хирург более длительное время сохраняет концентрацию и устойчивость внимания. ВЫВОДЫ 1. Продолжительность лапароскопических и робот-асситированных оперативных вмешательств одинаковая, но с учетом только консольного времени операция короче при роботизированных операциях. 2. Количество осложнений при робот-асситированных операциях меньше. 3. Во время выполнения робот-асситированных вмешательств хирург более длительное время сохраняет концентрацию и устойчивость внимания.

Ключевые слова: Лапароскопия, робот-асситированная хирургия, сравнение, образования надпочечников

---

626. Влияние анемии и интраоперационной кровопотери на рецидив колоректального рака

Гуров К.О.Зааль Р.К.Волков В.В.

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Влияние анемии и интраоперационной кровопотери на рецидив колоректального рака.

Актуальность темы. Колоректальный рак (КРР) является четвертым наиболее распространенным видом рака во всем мире и поражает оба пола. Пятилетняя выживаемость в РФ в начале 21 века составляла 60%. Приблизительно 50% пациентов страдают анемией на момент постановки диагноза. Многим пациентам требуется переливание крови из-за анемии или хирургической кровопотери.

Цель исследования: 1)Проследить влияние анемии до операции и предоперационное переливание эритроцитарной массы на рецидив заболевания у пациентов после резекции по поводу КРР. 2) Проследить влияние интраоперационной кровопотери при операции по поводу рака толстой кишки на рецидив заболевания. В исследовании всего 328 пациентов, перенесших радикальную резекцию по поводу КРР в нашей больнице в период с 2012-2022 годы. Они были разделены на 4 группы. В первую группу вошло 212 пациентов со сниженным гемоглобином, которым проведена гемотрансфузия до операции. Во второй группе -18 человек со сниженным гемоглобином, которые не требовали предоперационной гемотрансфузии. В третьей группе – 72 пациента, у которых во время хирургического вмешательства была кровопотеря свыше 300 мл. В четвертую группу вошло 26 пациентов, у которых во время операции была кровопотеря менее 300 мл.

Результаты и их обозначения: 1) 29 больных из 1 группы, что составляет 12.8%, в течении 3-х лет после оперативного лечения по поводу КРР отмечается рецидив заболевания с метастазированием. 2) 1 человек из 2 группы, что составляет 5.55% в течении 2-х лет отмечается рецидив рака. 3) 16 человек из 3 группы, что составляет 22.2% в течении 5 лет отмечается рецидив заболевания. 4) 3 человек из 4 группы, что составляет 11.5% в течение 5 лет отмечается рецидив заболевания.

Выводы: Предоперационная анемия, требующая гемотрансфузии статистически значимо увеличивало процент рецидива в первые три года. Интероперационная кровопотеря свыше 300 мл статистически значимо увеличивало процент рецидивов.

---

627. Результативность транскатетерной артериальной эмболизации при гастродуоденальных кровотечениях

Абдулжалилов М.К. (1,2), Хамидов М.А. (1), Иманалиев М.Р. (1,2), Козлов В.И. (2), Абдулжалилов А.М. (1)

Махачкала

1)ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
2)ГБУ РД РКБСМП

Цель. Разработать тактику лечения пациентов гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии

Материал и методы. В работе представлен анализ результатов лечения 243 пациентов гастродуоденальными кровотечениями (ГДК), прошедших лечение в первом хирургическом отделении ГБУ РД «РКБСМП». Возраст пациентов составил 54,2+3,7 лет. Среди них мужчин было 226 (93,0%), женщин – 17 (7,0%). Пациентов с язвой желудка было 64 (26,3%), язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 179(73,7%), соотношение составило 1:2,8. В день госпитализации в клинику всем пациентам в экстренном порядке выполняли общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, АЧТВ, МНО, ФГДС. У пациентов молодого возраста чаще источником кровотечения была язва ДПК, а пожилого и старческого возраста – язва желудка. Оценку риска рецидива ГДК проводили по шкале Глазго-Блэтчфорда. Бригадами скорой медицинской помощи были доставлены 166 (68,3%) пациентов. Показатель поздней обращаемости пациентов с ГДК последние 3 года снизился на 16,6%, что свидетельствует о повышении эффективности первичного звена здравоохранения. Полученные результаты, обсуждение. В 2020 году 56 (70,9%) пациентам при язве желудка или ДПК, осложненной кровотечением, выполнили комбинированный эндоскопический гемостаз (КЭГ): инфильтрация слизистой оболочки вокруг язвы раствором адреналина в физиологическом растворе с последующей диатермокоагуляцией поверхности язвы. При рецидиве язвенного кровотечения повторно выполняли КЭГ. Рецидив кровотечения чаще наблюдали у пациентов при F1a,b и F2a,b. Пациентам при повторном рецидиве ГДК прибегали к транскатетерной артериальной эмболизации (ТАЭ) панкреатодуоденальной артерии микроэмболами, которую применили у 7 (8,9%). После комбинированной терапии рецидив кровотечения наблюдали у 3 (5,4%) пациентов. Они были оперированы на высоте ГДК: 2 пациентам с язвой ДПК, пенетрирующей в головку панкреас выполнили резекцию желудка по Гофмейстеру –Фингстереру и одному пациенту – с язвой малой кривизны желудка – клиновидную резекцию. Умерли 2, летальность – 66,7%. В 2021 году 96 пациентам с ГДК КЭГ выполнили 69 (71,9%). Из них умерли 2 пациента (29,9%): от тромбомболии легочной артерии – пациент в возрасте 83 лет и церебральной комы – пациентка в возрасте 55 лет. ТАЭ с ГДК после КЭГ выполнили 14 (14,6%) пациентам. В виду рецидива кровотечения был оперирован 1 (7,1%) пациент с гигантской язвой малой кривизны желудка, выполнили субтотальную резекцию желудка. Причиной летального исхода явились множественные перфорации острых язв тонкой кишки, осложненных распространенным перитонитом, что свидетельствует об их ишемическом генезе. В виду неэффективности такой тактики лечения ГДК, в 2022 годы мы ее изменили тактику. КЭГ выполнили 37 (54,4%) пациентам с ГДК из 68. При высоком риске повторного кровотечения не дожидаясь его рецидива 22 (59,5%) пациентам сразу же применили ТАЭ. В данной группе пациентов мы не наблюдали рецидива кровотечения и летального исхода, что свидетельствует об эффективности разработанной тактики лечения пациентов с ГДК.

Выводы и рекомендации: 1.КЭГ не эффективен при глубокой язве ДПК, пенетрирующей в головку панкреас и кривизны желудка в виду отсутствия оптимального эндоскопического доступа. 2.Высокий риск рецидива ГДК ожидаем при язве ДПК и желудка по F1a,b и F 2a,b. 3.Последовательное применение КЭГ и ТАЭ при высоком риске повторного ГДК, не дожидаясь его рецидива, оказалось наиболее эффективным методом лечения. 4.Наряду с этим лечением, пациенты с большой кровопотерей требуют не только адекватной трансфузии эритроцитарной массы, но и применение ингибиторов протонной помпы по общепринятой схеме.

Ключевые слова: Гастродуоденальные кровотечения, комбинированный эндоскопический гемостаз, транскатетерная артериальная эмболизация

---

628. Опыт использования оригинальной методики контроля ремоделирования доброкачественных структур билиодигестивных анастомозов после их баллонной дилятации

Охотников О.И., Охотников О.О.

Курск

ГБОУ ВО КГМУ

Актуальность: Заживление билиодигестивного анастомоза (БДА) закономерно сопряжено с формированием соединительной ткани, сужающей его просвет, что плохо поддается прогнозированию даже при использовании прецизионных приемов оперирования и современного шовного материала.

Материал и методы: исследование носит ретро-проспективный характер и включает 42 пациента с доброкачественными стриктурами БДА (18 – контрольная группа, 24 – основная). В контрольной группе рентгенохирурги-

ческая ликвидация стриктуры БДА проводилась по классической методике – первичная одномоментная однократная баллонная дилятация стриктуры антеградным доступом с последующим пролонгированным наружно-внутренним дренированием, плановой заменой дренажа и его удалением не ранее 9 месяцев от момента лечения по результатам контрольной контрастной холангиографии. В основной группе применялась оригинальная методика контроля ремоделирования стриктуры БДА и, при необходимости, плановые повторные антеградные баллонные дилятации БДА по результатам этапного объективного контроля с удалением дренажа не ранее 9 месяцев по результатам контрольной холангиографии. Оригинальная методика контроля ремоделирования стриктуры БДА состояла в следующем. Мы исходили из необходимости проводить повторную баллонную дилятацию только при ее безусловной необходимости – если текущий контроль через каждые 3 месяца будет выявлять критическое уменьшение просвета анастомоза. Объективный контроль ремоделирования БДА – его остаточной проходимости – проводили в амбулаторных условиях под рентгеновским контролем с помощью установленного ранее наружно-внутреннего билиарного дренажа (8 Fr). Кольцо дренажа временно подтягивали проксимальнее анастомоза, интубировали гибким проводником 0,035” и низводили через анастомоз. При этом из дренажа формировалась петля, толщиной в 2 толщины дренажа. Если петля проходила через БДА – баллонную пластику не выполняли, но меняли наружно-внутренний дренаж. Если дуплет-дренаж через анастомоз не проходил, пациента госпитализировали в хирургическое отделение и под внутривенным наркозом выполняли объективно необходимую баллонную дилятацию БДА баллонным катетром диаметром 8 мм до исчезновения талии баллона. Такая методика контроля ремоделирования БДА не травмировала без необходимости зону анастомоза, в тех случаях, когда созревание соединительной ткани сохраняло необходимую проходимость анастомоза. “Нулевая гипотеза” основного исследования:

Результаты рентгенохирургической коррекции доброкачественной стриктуры БДА не зависят от применяемой методики баллонной дилятации и пролонгированного наружно-внутреннего дренирования. Результаты: У всех больных контрольной и основной групп непосредственный результат рентгенохирургического восстановления проходимости БДА был отличным. При этом, у пациентов контрольной группы в течение срока наблюдения (до 5 лет) в 5 случаях из 18 возник рецидив стриктуры. У пациентов основной группы (24 наблюдения) в срок до 5 лет рецидива стриктуры мы не встретили.

Обсуждение : при оценке достоверности различий между контрольной и основной группой исследования по количеству 5-летних рецидивов стриктуры БДА при классической методике рентгенохирургической коррекции (n=18, 5 рецидивов) и оригинальной методике контроля ремоделирования стриктуры (n=24, нет рецидивов) при анализе таблицы сопряжения 2x2 с вычислением точного критерия Фишера установлено, что различия достоверны (OR=0 (0 до NAN) F=0,010072. ?2 = 7,57. (p?0,05).”Нулевая” гипотеза отвергается.

Выводы: использование оригинальной методики контроля ремоделирования стриктуры БДА по сравнению с классической методикой достоверно снижает число 5-летних рецидивов, не увеличивая при этом продолжительность наружно-внутреннего дренирования желчного дерева.

Ключевые слова: доброкачественная стриктура билиодигестивного анастомоз, рентгенохирургическая коррекция, контроль ремоделирования

---

629. Санация пищевода при лечении повреждений пищевода и несостоятельности его швов в эксперименте

Балыкин О.Н., Райхан МД Аль, Булынин В.В., Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Павлюченко С.В., Юргелас И.В.

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» г. Воронеж, Российская Федерация.

Актуальность: Синдром Бурхаве представляют собой редкое, но потенциально летальное клиническое состояние. Несмотря на достижение современной медицины, выработку единых подходов, достигнутые в хирургии данной области, по-прежнему наблюдается высокий процент летальности. По современным данным разных авторов, частота летальности колеблется от 3% до 67%. В последние годы в хирургию данной области широко внедряются минимально инвазивные технологии, позволяющие предотвратить применение агрессивных хирургических вмешательств и добиться сопоставимых результатов лечения. В научной литературе описаны различные методики дренирования пищевода, лишь вскользь упоминается, про лечебную пероральную санацию при повреждении пищевода. Это обстоятельство явилось основанием для нашего научно-практического исследования в данном направлении.

Цель: обосновать необходимость санаций просвета пищевода, сравнение антисептических препаратов в комплексном лечении повреждений пищевода с использованием метода экспериментального моделирования.

Материалы и методы: в данной работе проводится обоснование необходимости санации пищевода, сравнение различных антисептических растворов для санации просвета пищевода в комплексном лечении поврежде-

ний пищевода, а также изучена роль профилактической санации пищевода перед вмешательствами на нем. У экспериментальных животных линии Wistar производили разрыв пищевода специальным приспособлением – имитировали Синдром Бурхаве, проводили ушивание раны узловыми швами с последующим лечением: санацией просвета пищевода различными по механизму действия антисептиками. Хлоргексидин, Диоксидин, Хлоргеседин-диоскидиновая смесь в пропорции 10:3 (ХДС). Антибиотик – Цефтриаксон. Всем животным в условиях общей анестезии с помощью ветеринарной наркозной станции с испарителем ТЕС-3, ингаляционная жидкость Аерран, при помощи оригинального устройства (патент № RU177225U1) моделировали Синдром Бурхаве, как наиболее тяжелое повреждение пищевода, но наиболее легко воспроизводимое. Протяженность разрыва пищевода была от 0,7 до 1,3 см. Каждая группа животных, в свою очередь, делилась на 2 подгруппы: в вторую подгруппу вошли животные, которым до проведения экспериментального разрыва пищевода, на протяжении 3х дней проводились санации вышеуказанными растворами peros, 2 раза в сутки в первой подгруппе этой манипуляции не было, санацию пищевода проводили после оперативного лечения: ушивание разрыва пищевода узловым швом. Животное оставляли под наблюдением.

Результаты: Максимальная смертность была в группах ХДС профилактическая и цефтриаксон профилактическая, которая составила 60%. В группе мирамистин летальность составила 40%, мирамистин профилактическая и Цефтриаксон – 30%. В группах ХДС, Хлоргексидин, Диоксидин – 20%. Наименьшая смертность наблюдалась в профилактических группах Хлоргексидин и Диоксидин по 10%. Максимальная смертность наблюдалась на 4й день эксперимента 7% обсуждение, Гибель животных, в основном, была связана с возникновением абсцесса пищеводно-желудочного перехода и дальнейшее развитие синдрома воспалительного ответа. Также причиной смерти были несостоятельность швов, динамическая кишечная непроходимость, медиастинит.

Выводы: Ушивание раны пищевода с последующим консервативным лечением позволяет снизить летальность со 100% (без последующего консервативного лечения) до 30% в эксперименте. Ушивание раны пищевода с последующим консервативным лечением позволяет снизить летальность со 100% (без последующего консервативного лечения) до 10% в группах с профилактическими санациями Хлоргексидин и Диоксид ином. Профилактическая санация пищевода перед оперативным лечением достоверно не улучшает результатов лечения.

Ключевые слова: Повреждения пищевода, спонтанный разрыв пищевода, санация пищевода.

---

630. Диагностика и лечение спонтанного разрыва пищевода

Райхан МД Аль, Балыкин О.Н., Булынин В.В., Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Павлюченко С.В., Фролов Р.Н.

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» г. Воронеж, Российская Федерация.

Актуальность: Спонтанный разрыв пищевода (СРП) наблюдается сравнительно редко, в пределах от 2-3% всех случаев повреждения пищевода. Клиническая симптоматика СРП не является специфичной и патогномоничной. Летальность при СРП за последние годы изменилась мало (более 90%). Это объясняется тем, что основными причинами неблагоприятного исхода остаются тяжелые осложнения: гнойный медиастинит, сепсис, эмпиема плевры, перикардит, аррозия крупных сосудов средостения и полиорганная недостаточность. Своевременная постановка диагноза спонтанного разрыва пищевода, несмотря на широкое использование в клинической практике обширного арсенала клинических и инструментальных методов исследования, остается трудной и не до конца решенной задачей.

Цель: улучшить результаты диагностики и оперативного лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода за счет определения наиболее эффективных методов диагностики СРП и предложения нового метода оперативного лечения.

Материал и методы: С 1998 по 2023 годы в Воронежской областной клинической больнице №1 было пролечено 29 пациентов со спонтанным разрывом пищевода. При стабильном состоянии пациентов (29 наблюдений) всем пациентам выполнили полипозиционную рентгенографию. При этом исследовании диагноз синдром Бурхаве не был поставлен ни одному больному.Рентгеноконтрастное исследование пищевода выполнялись после обзорной рентгенографии груди и живота. Исследование выполнено у 25 пациентов. При этом обследовании синдром Бурхаве диагносцирован в 18(62%) случаях. До операции КТ груди выполнили 25 больным. У 7 больных КТ без контрастирования пищевода – диагноз СРП не был поставлен ни одному больному (0,00%), у 25 пациентов исследование было дополнено контрастированием пищевода водорастворимым препаратом (урографин 76%, омнипак и др.) – диагноз синдром Бурхаве поставлен 25 (100%) пациентам. Фиброэзофагогастродуоденоскопию выполнили 10 пациентам (34.4%), диагноз СРП поставлен 4 пациентам (40%).УЗИ произведено до операции 25больным, диагноз СРП не поставлен никому. Пациентам с синдромом Бурхаве применены следующие способы лечения: 1) дренирование плевральной полости – 10 пациентов; 2) Ушивание раны пищевода – 9 паци-

ентам, у 2 из них ушитая рана укрывалась дном желудка – фундопликация; 3) перфоративное отверстие не ушивалось, а формировалась манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию (фундопликация по методу РНЦХ) – 10 пациентов.

Результаты: Только КТ с контрастированием пищевода дает возможность диагностировать синдром Бурхаве в 100%, другие способы диагностики менее эффективны. Оперативное лечение СРП в виде дренирование плевральной полости, летальность – 60% пациентов. Ушивание дефекта стенки пищевода, несостоятельность швов 100% и летальность – 73%. При способе лечения, когда перфоративное отверстие не ушивалось, а была сформирована манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию, летальность – 20%, у пациентов этой группы несостоятельности швов манжеты не было. Питание пациентов этой группы осуществляли через назогастральный зонд, начиная с четвертых суток

Выводы: наиболее эффективным методом диагностики – КТ с контрастированием пищевода. Методом выбора хирургического лечения является восстановление разорванного пищевода без ушивания, с формированием манжеты из дна желудка, укрывающей перфорацию; дренирование плевральной полости и питание через назогастральный зонд.

Ключевые слова: синдром Бурхаве, спонтанный, барогенный, перфорация, разрыв пищевода.

---

631. Выбор операции при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости

Коровин А.Я., Попандопуло К.И., Зайцев Л.Л.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность. Хирургическое лечение опухолевых заболеваний толстой кишки неразрывно связано с понятием обтурационной непроходимости. В 60-80% опухолевая обтурационная непроходимость (ООН) является первым клиническим проявлением онкозаболевания. Немаловажным является тот факт, что в большинстве случаев лечение ООН толстой кишки является уделом стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь.

Материал и методы. Ретроспектива лечения ООН толстой кишки оценена у 439 больных. В основу оценки положены следующие критерии: обоснованность хирургической тактики, выбор метода операции, онкологический радикализм, качество жизни и реабилитация оперированных пациентов. Опухоли правой половины толстой кишки отмечены у 22,1% пациентов ООН, левой половины в 77,9% случаев.

Обсуждение. Выполнение одномоментных радикальных операций считали возможным при компенсированной и субкомпенсированной ООН и локализации патологического процесса в правой половине толстой кишки. При ООН левой половины толстой кишки, одномоментные радикальные операции выполнялись в компенсированной стадии и субкомпенсированной ООН, при условии успешной активной консервативной терапии и подготовки кишки в отсроченном порядке. В этих условиях генерализация опухолевого процесса не являлась противопоказанием к паллиативным резекциям с наложением анастомоза. При неабортивном течении субкомпенсированной ООН и декомпенсированной стадии ООН выполнялись радикальные двух- и трёхмоментные операции, а также условно-радикальные и паллиативные оперативные вмешательства. Одномоментные радикальные и условно-радикальные операции выполнены у 35,8% пациентов и представлены правой и левой гемиколэктомией, резекциями поперечно-ободочной и сигмовидной кишки и субтотальной колэктомией при первично-множественном раке. Двухмоментные радикальные вмешательства составили 11,8%, а трёхмоментные выполнены в 4,1% случаев. При выполнении одномоментных радикальных операций при ООН и реконструктивно-пластических этапов многоэтапных операций предпочтение отдавали однорядному кишечному шву с применением современных шовных материалов и сшивающих аппаратов при формировании анастомозов. Паллиативные декомрессионные, паллиативные и условно-радикальные операции с колостомой выполнены в 48,3% случаев. Петлевые колостомы накладывались больным только в первом, в последних двух случаях формировались концевые колостомы, причём методом выбора считали плоскую колостому. Управляемая колостома создана у 17 больных. При анестезиологическом обеспечении методом выбора считали длительную эпидуральную анестезию. Метод позволял решать геронтологические интраоперационные проблемы, обеспечивал полную послеоперационную аналгезию и комфорт пациентов.

Результаты. После одномоментных операций умер 1 больной (0,6%) после этапных радикальных вмешательств – 2 пациента (2,9%). Общая летальность после радикальных операций составила 1,3%. При третьей стадии ООН толстой кишки непосредственные результаты операций ухудшались. Летальность после паллиативных операций составила 12,9%, а после условно-радикальных операций с колостомой –5,3%. Перспективное изучение отдалённых результатов проведено у 205 (47%) пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 35%. Средняя продолжительность жизни после паллиативных операций не превышала 11,8 месяца. После радикальных операций у 6 больных отмечен местный рецидив опухолей, у 4-х пациентов – генерализация опухолевого процесса. Социальная реабилитация у одномоментно оперирован-

ных больных протекала без существенных отклонений. Психоэмоциональное состояние страдало в значительной степени у больных после паллиативных операций и при наличии постоянной колостомы, что явилось причиной инвалидизации. Удалось достигнуть реабилитации 70% больных с управляемой колостомой.

Заключение. Наши наблюдения позволяют надеяться на прогресс в лечении ООН толстой кишки и констатировать необходимость дальнейшего совершенствования тактических принципов выбора оперативных вмешательств, накопление опыта применения первично-отсроченных и отсроченных анастомозов и реабилитации больных с колостомами.

Ключевые слова: опухоли толстой кишки, обтурационная непроходимость, хирургическое лечение, этапность операций, реабилитация

---

632. Нейрогенные опухолей грудной клетки: от трахеи до диафрагмы

Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Боранов Э.В., Казарян Г.А., Поволоцкая О.Б., Кавочкин А.А., Кабаков Д.Г., Иванищева Ю.А.

Москва

РНЦХ им.акад.Б.В.Петровского

Актуальность: Нейрогенные опухоли являются превалирующими новообразованиями заднего средостения. Однако в практике торакального хирурга могут встречаться пациенты с нейрогенными опухолями практически любого органа грудной клетке, содержащего нервную ткань.

Материалы и методы: С 2013 по 2023 в отделении торакальной хирургии и онкологии РНЦХ им.акад.Б.В.Петровского находились на лечении 67 пациентов с нейрогенными опухолями различных органов грудной клетки. Женщин было 51. По локализации опухоли распределились следующим образом: трахея -1, цервико-медиастинальная – 4, верхнее средостение – 5, среднее средостение – 39, нижнее средостение – 4, медиастинально-забрюшинная – 2, переднее средостение – 1, диафрагма – 1, легкое – 3, бронх – 1. В соответствии с локализацией опухолевого процесса нами были выбраны следующие хирургические доступы: ВАТС – 47, торакотомия – 14, стернотомия – 2, цервикотомия – 1, доступ Грюненвальда (цервикостернотораkотомия) – 4. У ряда пациентов потребовалось выполнение комбинированных операций с резекцией пораженных органов, вовлеченных в опухолевый процесс. Этапы комбинированных операций включали: резекцию нерва – 8, резекцию позвонка – 1, резекцию рёбер – 4, резекцию и пластику трахеи – 1, резекцию и пластику бронха – 1, атипичную резекцию легкого – 1, лобэктомию – 1, пневмонэктомию – 1, резекцию и протезирование подключичной артерии – 1. В 2 случаях хирургическое лечение осуществлялось в условиях искусственного кровообращения.

Результаты: В 66 случаях выполнено R0 удаление опухоли. У 1 пациентки выполнена эксплоративная торакотомия. Спектр гистологических типов нейрогенных опухолей в этом исследовании включал следующие варианты: шваннома – 36, нейрофиброма – 22, нейрофиброматоз – 2, нейрофибросаркома – 1, ганглионеврома – 3, злокачественная неврилеммома – 3. Летальный исход наблюдали в 1 случае (1,4%). Осложнения возникли в 7 случаях (10%). Спектр осложнений включал: синдром Горнера – 2 случая, релаксация диафрагмы – 1 случай, хилоторакс – 1 случай, длительный сброс воздуха по дренажам – 1 случай, дыхательная недостаточность – 1 случай, аррозионное кровотечение – 1 случай. Хирургическая коррекция осложнений потребовалась при хилотораксе, релаксации диафрагмы и аррозионном кровотечении. Все осложнения, за исключение аррозионного кровотечения были ликвидированы. В отдаленные сроки после хирургического лечения рецидив опухоли возник в 3 случаях (4,4%). Все случаи закончились летальным исходом. 5-летная выживаемость в исследовании составила 92%.

Выводы: Таким образом, нейрогенные опухоли грудной клетки представляют гетерогенную группу поражений различных органов. Для достижения безрецидивной выживаемости требуется радикальное хирургическое лечение, поскольку эти опухоли не чувствительны к химиолучевой терапии. У большинства пациентов возможно торакоскопическое удаление нейрогенной опухоли. Но в группе больных большими и гигантскими нейрогенными опухолями с мультиорганным поражением и вовлечением сердечно-сосудистых структур средостения может требоваться искусственное кровообращение и участие кардиохирургов для безопасного и радикального выполнения операции.

Ключевые слова: нейрогенные опухоли средостения, шваннома, неврилеммома, нейрофибросаркома, ганлионеврома

---

633. Сверхэкономные паренхимсохраняющие реконструктивные операции при опухоляхтрахеобронхиального дерева

Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Боранов Э.В., Казарян Г.А., Поволоцкая О.Б., Кавочкин А.А., Кабаков Д.Г., Иванищева Ю.А.

Москва

РНЦХ им.акад.Б.В.Петровского

Актуальность: Опухоли трахеобронхиального дерева одинаково часто поражают людей пожилого и молодого работоспособного возраста. В подавляющем большинстве локализация и гистологический тип опухоли требует выполнения расширенных операций, включая лоб/билобэктомию и даже пневмонэктомию. Но при изолированном поражении стенки трахеи или бронха у тщательно отобранных пациентов с менее агрессивными опухолями традиционно выполняют трахео-бронхиальные резекции и реконструкции без удаления легочной ткани. Объем резекции дыхательного пути всегда включает циркулярную либо окончатую и клиновидную резекцию с реконструкцией стенки. Впервые в России и мире нами предложены и выполнены окончатые резекции мембранозной стенки трахеи и бронхов с пластикой стенки аутоперикардом у больных опухолями трахеобронхиального дерева.

Материалы и методы: с 2017 по 2023 гг в отделении торакальной хирургии и онкологии по предложенной оригинальной методике оперировано 5 пациентов с опухолями трахеобронхиального дерева. Женщин – 4. Возраст варьировал от 29 лет до 61 года. Во всех случаях опухоль локализовалась на мембранозной стенке. Уровень поражения варьировал и включал: шейно-грудной отдел трахеи – 1 случай, правый главный бронх – 2 случая, промежуточный бронх – 1 случай, левый главный бронх – 1 случай. У пациентки с карциноидом шейно-грудного отдела трахеи доступом была частичная верхняя срединная стернотомия. Во всех остальных случаях операция выполнена путем однопортовой ВАТС. В 4 случаях использовали свободный лоскут аутоперикарда. В 1 случае использован лоскут перикарда на питающей ножке. В 4 случаях применили свободный лоскут аутоперикарда. Размеры лоскута были 3-3,5х2-2,5 см. Аутоперикард фиксируем к стенке дыхательного пути непрерывной нитью PDS. Дополнительно область пластики обрабатывается биологическим клеем. Резекция легочной паренхимы ни в одном случае не применялась. В обязательном порядке проводилось интраоперационное гистологическое исследование краев бронхиального и трахеального дефекта на предмет наличия атипичных клеток. Во всех случаях достигнута R0 резекция. Продолжительность операции варьировала от 3 до 5,5 часов.

Результаты: гистологическая структура опухолей в этом исследовании была следующая: типичный карциноид – 3 слуая, неврилеммома – 1 случай, мукоэпидермоидная опухоль – 1 случай. Летальных исходов и послеоперационных осложнений не наблюдали. Выписка осуществлялась на 8-9 день после операции, на следующий день после первой контрольной бронхоскопии, которая проводится на 7 день после таких операций. У всех пациентов наблюдали приживление аутоперкарда к краям бронхиального и трахеального дефекта. В отдаленные сроки после операции все живы, рецидивов нет.

Выводы: Считаем, что при изолированном опухолевом поражении мембранозной стенки дыхательных путей у пациентов с минимально агрессивными опухолями трахеобронхиального дерева окончатая резекция стенки и пластика дефекта аутоперикардом может считаться операцией выбора. ВАТС доступ позволяет выполнять такие операции без ущерба для радикализма с высокой прецизионностью. Обязательным считаем интраоперационное исследование краев дефекта для достижения R0 резекции.

Ключевые слова: трахеобронхиальная хирургия, опухоли дыхательных путей, карциноид трахеи, карциноид бронха, пластика аутоперикардом, мукоэпидермидная опухоль бронха, неврилеммома бронха

---

634. Предикторы неэффективности и послеоперационных осложнений стентирования при острой опухолевой кишечной непроходимости

Войновский А.Е. (1,2), Семененко И.А. (1,2), Цединов С.О. (1,2), Гращенко С.А. (2)

Москва

1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
2) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Актуальность. Показаниями к установке самораспрaвляющихся металлических стентов (SEMS) являются: декомпрессия кишки при острой опухолевой кишечной непроходимости с последующей полноценной плановой резекцией (bridge-to-surgery), а также, как паллиативная мера при диссеминированном метастатическом процессе. Общая частота осложнений при стентировании толстой кишки достигает 20-30%. Основные осложнения включают перфорацию, миграцию стента и кровотечение. Отсроченные осложнения возникают у 20% пациентов, чаще всего это происходит из-за реобструкции стента или перфорации. При паллиативных показаниях частота краткосрочных и долгосрочных осложнений составляет 26,2% и 16,1%, соответственно.

Цель исследования. Анализ результатов стентирования при острой опухолевой кишечной непроходимости, частоты послеоперационных осложнений, а также оценить роль предикторов возникновения интра- и послеоперационных осложнений при установке самораспрaвляющихся металлических стентов.

Материалы и методы. В период с января 2018г. по апрель 2023г. в ГКБ имени С. С. Юдина пролечено 1282 пациентов с острой опухолевой кишечной непроходимостью. Из них 658 (51.3%) пациентов было прооперировано: 206 (16%) пациентам проведено выведение стомы различной локализации, 393 (30,6%) пациентам выполнены обструктивные резекции толстой кишки, обходные анастомозы были сформированы у 59 (4,6%) пациентов, 283 (22%) пациентам было выполнено эндоскопическое стентирование, 353 (27,5%) пациентам проводилось консервативное лечение. Из 283 пациентов, которым проведено стентирование, субкомпенсированная форма ООКН отмечена у 118 пациентов (42,03%), декомпенсированная – 165 пациентов (57.9%). По стадии онкологического процесса, III стадия была 128 пациентов (45,3%), IV стадия – у 155 пациентов (54,7%). У 64 пациентов (22,9%) стентирование проведено до 3 суток от начала заболевания, у 219 пациентов (77,1) – более 3 суток от начала заболевания. По уровню локализации опухоли: сигмовидная кишка – 133 (46,7%), ректосигмоидный отдел – 51 (18,0%), селезёночный изгиб – 33 (11,6%) нисходящая ободочная кишка – 29 (10,2%), поперечно-ободочной кишка – 18 (6,4%), печёночный изгиб – 9 (3,2%), слепая кишка – 6 (2,1%), прямая – 6 (2,1%), восходящая ободочная кишка – 4 (1.4%). Стентирование выполнялось с использованием непокрытых и покрытых металлических саморасширяющихся стентов Niti-s D-тип, ComVi-тип, Taewoong Medical Niti-S размерами 20x80, 22x100, 22x120, под рентгеноскопическим контролем.

Результаты. Полный клинический эффект после процедуры наблюдался у 247 (88%) пациентов. Частичный клинический эффект был достигнут у 11 (3.8%) пациентов, наиболее частой причиной которого являлось неполное раскрытие стента. Предвестниками неэффективности процедуры были отсутствие остаточного просвета (?2мм), повышенная ригидность опухолевой стриктуры, деформация суженого просвета с образованием резких углов или ложных ходов, а также протяжность стеноза более 80 мм. Осложнения развились у 25 (8,8%) пациентов. В 14 (4,9%) наблюдениях диагностирована перфорация опухоли: в 12 случаях в раннем послеоперационном периоде и у 2 пациентов во время стентирования. Основной причиной перфораций явилась потеря эластических свойств опухолевой массы, вследствие чего при механическом воздействии расправляющегося стента, создавалось избыточное напряжение на ткани с микроразрывами. В 11 (3.8%) случаях отмечена миграция стента. Причинами данного осложнения оказались неправильный подбор стента по ширине, в случаях большого остаточного просвета; или по длине, как следствие, раскрытие не всей стриктуры, наличие дополнительных участков стеноза. Формирование острого угла в области стеноза при локализации в местах физиологических изгибов (ректосигмоидный, селезеночный) в 3 случаях также предрасполагало к миграции стента. Все осложнения потребовали проведение экстренного оперативного вмешательства. Летальный исход в послеоперационном периоде был у 12 (4, 5% из числа всех стентированных) пациентов.

Вывод. Таким образом, имплантации саморасширяющимся кишечным стентом при опухолевой ООКН является высокоэффективной методикой и в большинстве случаев позволяет произвести декомпрессию кишки. При нашем исследовании клинический эффект достигнут в 88%, частичный – в 3.8% случаев. Осложнения развились 8,8% случаев: основными предвестниками неэффективности и осложнений является: отсутствие остаточного просвета (?2мм), формирование острого угла и деформация в области опухолевого стеноза в местах физиологических изгибов, а также протяжность стеноза более 80 мм.

Ключевые слова: хирургия, онкология, стентирование, непроходимость, предикторы.

---

635. Возможности комплексной детоксикации при гнойном холангите и билиарном сепсисе

Абоева И.К., Карсанова З.О., Тедеев А.С., Валиев Р.В., Асатрян А.С., Биганов В.Б., Карсанов А.М.

Владикавказ

СОГМА

Введение. Лечение пациентов с наиболее грозным осложнением механической желтухи (МЖ) – гнойным холангитом, несмотря на всестороннее и многолетнее изучение всех особенностей этой формы внутрибрюшного воспаления, сохраняет статус актуальной клинической проблемы. Быстрая генерализация инфекционного процесса, прогрессирование синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и полиорганной недостаточности (ПОН) диктуют необходимость постоянного научного поиска наиболее эффективных клинических решений у данного контингента пациентов.

Цель исследования – оценить результаты комплексного лечения пациентов с гнойным холангитом и билиарным сепсисом и структурировать принципы хирургической детоксикации.

Материалы и методы. В основу сообщения положены результаты лечения 367 больных с МЖ. Пациенты полу-

чали лечение в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы г. Владикавказа за период с 2015 по 2020 г. Всем применяли только антеградный метод билиарной декомпрессии. В исследование не включались случаи септического шока и иных видов некупированной в итоге терминальной стадии ПОН. Пациенты с установленными признаками холангита и билиарного сепсиса составили 34,3% (n=126). Среди них 79 (62,7%) мужчин и 47 (37,3%) женщин. Большинство больных были старше 50 лет – 95 (75,3%). У 62 (49,4%) холангит был осложнением желчнокаменной болезни. Для идентификации пациентов с холангитом были использованы критерии ССВР, а ПОН определялась согласно различным интегральным шкалам. Пациенты с острой билиарной инфекцией были разделены на две группы: основную – 45 пациентов (35,7%) и группу сравнения – 81 пациент (64,3%). Пациенты обеих групп получали сопоставимую по выбору антибактериального препарата противомикробную химиотерапию. В основной группе всем 45 пациентам в комплекс инфузионной терапии были включены метаболические корректоры на основе янтарной кислоты: ремаксол или реамберин. Кроме того, ежедневно выполнялось последовательная санация желчных протоков 0,1% раствором перекиси водорода и 1% раствором диоксидина. В группе сравнения, основной клинической характеристикой которой было использование декомпрессивного вмешательства и проведение традиционной антибактериальной, инфузионной и иной адъювантной терапии с учетом степени компенсации показателей общесоматического статуса каждого пациента. В группе сравнения санация протоков осуществлялась раствором фурацилина.

Результаты. При анализе результатов лечения подгруппы пациентов с явлениями только локальной билиарной инфекции (холангит) независимо от применяемого способа лечения статистически значимых различий в группах не получено. У пациентов с желтухой средней степени и острым холангитом скорейшая нормализация показателей эдогенной интоксикации отмечена в основной группе в среднем на 2-3 сутки, тогда как в группе сравнения – на 3-4 сутки. Разница отмечена при сравнении сроков нормализации маркеров холестаза, цитолиза ($p<0,05$), гепатодепресивного синдрома ($p<0,01$). У пациентов с тяжелой желтухой и холангитом температура тела и количество лейкоцитов периферической крови в среднем нормализовалась к 6 суткам в основной группе и на 7-8 сутки в группе сравнения ($p<0,05$). Помимо этого, в основной группе констатированы более быстрые темпы нормализации показателей холестаза, цитолиза и синтетической и белковообразовательной функции печени ($p<0,05$).

Выводы. Лечение острого гнойного холангита без органных нарушений в большей степени базируется на адекватности и темпах купирования желчной гипертензии, как основного фактора депрессии гепатоцитов. При билиарном сепсисе задача осложняется необходимостью обеспечения не просто стойкого устранения протоковой гипертензии, но и важностью достижения быстрейшего купирования печеночно-клеточного дистресс-синдрома, что может быть достигнуто активацией антиоксидантного, цитопротективного и мембраностабилизирующего действия системных корректоров метаболизма.

Ключевые слова: холангит, билиарный сепсис, детоксикация, метаболическая терапия

---

636. Лапароскопическая хирургия как ключевой показатель качества оказания экстренной помощи на уровне субъекта Российской Федерации

Карсанов А.М., Биганов В.Б., Моргоева Д.А., Плиева Б.И., Газзаева Л.Г., Абоева И.К., Абиева И.М., Валиев Р.В.

Владикавказ

СОГМА

Введение. Уровень оказания хирургической помощи пациентам с острыми заболеваниями органов брюшной полости в нашей стране всегда рассматривался как приоритет общенационального здравоохранения. Об этом же свидетельствует тот факт, что разработка профессиональным сообществом хирургов и утверждение федеральным отраслевым регулятором национальных клинических рекомендаций было начато именно с неотложной абдоминальной патологии. Во всем мире и в нашей стране одним из ключевых показателей степени технологичности оказания неотложной хирургической помощи на любом уровне является широта и диапазон выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств, в первую очередь – лапароскопических (ЛС).

Цель исследования. Изучить удельный вес и спектр выполнения ЛС операций при оказании неотложной хирургической помощи в РСО-Алания.

Материалы и методы. Работа основана на сравнительном анализе частоты и спектра выполнения ЛС оперативных вмешательств в РСО-Алания за период 2019-2021 гг. В связи с низкой частотой выполнения лечебных ЛС вмешательств при других нозологиях, основным объектом исследования были три неотложных состояния: острый аппендицит (ОА), острый холецистит (ОХ) и перфоративная язва (ПЯ). Полученные данные были оценены на фоне федеративных и окружных показателей. Основной использованный метод исследования был статистический. Были использованы данные ежегодной статистики, кумулированные в сводной Информационно-аналитической системе по профилю “Хирургия” на ресурсе Главного хирурга Российской Федерации (РФ).

Результаты исследования. В 2021 г. в РСО-Алания при лечении ОА было выполнено 45Лс аппендэктомий без летальности, что составило 12,2% от всех аппендэктомий. В то же время В Российской Федерации (РФ) показатель малоинвазивной аппендэктомий составил 37,5%. Что характерно, в РФ послеоперационная летальность после ЛС аппендэктомии (0,02%) в 10 раз ниже, чем при открытой операций (0,24%). Лидерами в стране по внедрению ЛС доступа являются: Москва (97,5% ЛС операций), Санкт-Петербург (83,62%), Новгородская область (79,6%), и ряд малых регионов. В Северо-Кавказском округе наш субъект далеко не в лидерах по внедрению ЛС технологии, так как окружной показатель выполнения ЛС операции при ОА составляет 27,8%. При лечении ПЯ в РФ удельный вес ЛС операций в последние три года сохраняется на уровне 11%. Максимальный уровень достигнут в Москве – 55,76%; Республике Дагестан – 47,18%; Рязанской области – 41,59%. Послеоперационная летальность при ЛС операциях увеличилась с 1,06% (2019) до 1,57% (2021). Окружной показатель ЛС лечения ПЯ для нашего региона составил 7,8% от всех оперированных. В РСО-Алания в 2021 г было выполнено всего 4 ЛС операции из 41, что составило 4,6%. При ОХ в нашей стране за 2020-2021 гг. удельный вес оперированных ЛС составил 65,2% и 68,4%, при минимальной летальности из всех вариантов оперативного доступа (0,2%), хотя в генеральной популяции пациентов с ОХ в стране летальность составила 1,46%, а среди оперированных открыто – 4,8%. В РСО-Алания в 2021 г. удельный вес ЛС холецистэктомии составил 35,6%, что в 2,6 раза ниже, чем в Северо-Кавказском округе в целом (81,6%). Для сравнения, в г. Москве в 2021 г. 96,5% холецистэктомий было выполнено ЛС. В 2019-2020 гг. соотношение показателей и общая тенденция были аналогичными.

Выводы. В 2019-2021 гг. в РСО-Алания при оказании хирургической помощи пациентам с острой абдоминальной патологией использование ЛС технологий было крайне низким. По этому показателю субъект находится среди худших в Северо-Кавказского округе и стране. Одним из приоритетных направлений совершенствования хирургической помощи в РСО-Алания должно стать широкое внедрение ЛС технологий в клиниках, оказывающих неотложную хирургическую помощь.

Ключевые слова: хирургия, лапароскопические операции, острый аппендицит, острый холецистит, прободная язва

---

637. О современных проблемах качества и безопасности хирургического лечения пациентов с острым холециститом на субъектном уровне

Карсанов А.М., Бугулова А.Б., Валиев Р.В., Асатрян А.С., Газзаева Л.Г., Абоева И.К., Салагаева В.С., Сурхаева А.Р., Тедеев А.С.

Владикавказ

СОГМА

Введение. Проблема лечения пациентов с острым холециститом (ОХ) не теряет своей актуальности, поскольку это заболевания в основном встречается у пожилых возрастных групп и сопровождается разнообразными осложнениями.

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с ОХ в Республике Северная Осетия–Алания (РСО-А) в условиях форс-мажора и структурного/кадрового дефицита, вызванных проблемами перепрофилирования хирургических стационаров и нестабильностью в маршрутизации пациентов.

Материалы и методы. Работа основана на сравнительном анализе структуры заболеваемости ОХ за 5 лет (2017-2021 гг.). Были использованы данные ежегодной статистики, кумулированные в сводной Информационно-аналитической системе по профилю “Хирургия” на ресурсе Главного хирурга Российской Федерации (РФ).

Результаты. Всего за 5 лет в РФ при ОХ поздняя госпитализация составила 47%. Средний показатель госпитальной летальности в стране за этот период составил 0,99%. В то же время, среди пациентов, госпитализированных спустя 24 часа от начала заболевания госпитальная летальность составила 1,58%. Всего в стране оперировано 61,7% от всех госпитализированных. Послеоперационная летальность среди всех оперированных с ОХ составила 1,38%, а среди обратившихся спустя сутки от начала приступа – 2,21%. В РСО-А за 5 лет получили лечение 3430 пациентов. Процент поздней госпитализация при ОХ в республике составил 51,9%. 5-летняя динамика госпитальной летальности в РСО-А выглядит так: 0,9% – 1,3% – 1,1% –0,4% – 0,7%. Этот же показатель среди госпитализированных на 2-е сутки заболевания и позже уже выглядит так: 0,6% – 2,9% – 1,4% – 0,6% – 0,8%, что в среднем реализовалась в 1,26%, что примерно в 2 раза ниже федеративного. В РСО-А за 5 лет были оперированы 1889 пациентов с ОХ. Сама по себе эта цифра никакого неожиданного эффекта не производит, поскольку показатель хирургической активности при ОХ составил 55,1%, что хоть и уступает среднефедеративному, но незначительно. И вполне может свидетельствовать о эндемических особенностях течения ОХ в регионе. Однако, нам кажется очень показательным, что погодовая динамика необходимости в хирургическом лечении пациентов с ОХ с 2017 по 2021 гг. выглядит очень неровно: 53,5%; 71,1%; 53,9%; 36,6%;

57,4%. В результате средний за 5 лет показатель послеоперационной летальности в РСО-А составил 1,3%, среди лиц, госпитализированных после суток – 2,2%. Анализ выбора оперативного доступа в 2020-2021 гг. показал, что в стране в 26,6% и 23,7% была выполнена открытая холецистэктомия, в 65,2% и в 68,4% – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), а в остальных 8,2% и 7,9% – малоинвазивная холецистэктомия из минидоступа. В РСО-А в 2021 г. среди всех операций удельный вес ЛХЭ составил всего 35,6%, а для оперированных из подгруппы с поздней госпитализацией – 25%. Этот показатель красноречиво свидетельствует о недостаточно технологичном подходе в тот год к выбору метода хирургического лечения у данной категории пациентов. При изучении истинных причин низкой частоты выполнения холецистэктомии в республике в 2020-2021 гг. основным негативным фактором явилось значительное сокращение хирургических коек в учреждениях республиканского уровня из-за эпидемии COVID-19 и развертывании экстренной помощи жителям республики на базе двух центральных районных больниц.

Выводы. Поскольку в мире и в нашей стране тактика лечения пациентов с ОХ базируется на оценке не только выраженности воспалительно-деструктивных изменения в желчном пузыре, но и на стандартизованной стратификации риска оперативного лечения у различных по соматическому статусу категорий больных, госпитальная и послеоперационная летальность остается на стабильно приемлемом уровне и не превышает 2%. В РСО-Алания, после восстановления нормальных принципов организации неотложной хирургической помощи, есть все шансы обеспечить необходимый стандарт качества и безопасности хирургической помощи пациентам с ОХ.

Ключевые слова: Хирургия, острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия

---

638. Оценка гистологических изменений в зоне имплантации синтетических и биологических эндопротезов на париетальную брюшину свиньи: результаты 3-х месячного наблюдения

Белоусов А.М. (1,1), Армашов В.П. (2,2), Шкарупа Д.Д. (1,1), Анущенко Т.Ю. (1,3), Филипенко Т.С. (1,3), Блюм Н.М. (1,4), Потапов П.А. (2,5), Путулян А.А. (2,2), Матвеев Н.Л. (2,2)

1) Санкт-Петербург,
2) Москва

1) СПбГУ, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова;
2) РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ;
3) ООО «Линтекс»;
4) ООО «Межрегиональный лабораторный центр»;
5) МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Несмотря на существование многочисленных способов протезирующей герниопластики, единственным валидированным методом является вмешательство с интраперитонеальной установкой импланта (IPOM). Как правило, эндопротезы имеют сетчатую основу и антиадгезивный слой. Однако, активно изучаются результаты применения имплантов, у которых отдельный защитный слой отсутствует, а материал, обладающий антиадгезивными свойствами, нанесен на нити сетки. Большой интерес представляет динамика процессов, происходящих при их интеграции в ткани брюшной стенки. В связи с этим, целью исследования явилась оценка гистологических изменений в зоне имплантации на поверхности париетальной брюшины свиньи ряда сетчатых эндопротезов.

Материал и методы. У каждой из 3 свиней лапароскопически на брюшину фиксировали 6 различных вариантов эндопротезов: Фторэкс, Фторэкс с покрытием из карбоксиметилцеллюлозы, Ventralight ST, Symbotex, Реперен-16-2, децеллюляризированную свиную брюшину. Через 90 суток животных выводили из эксперимента. В срезах с участками эндопротезов, окрашенных гематоксилином и эозином и трихромом по Массону, проводили количественную морфометрию, выполняли подсчет количества сосудов и клеток в интерстиции на участках импланта и брюшины. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к пан-цитокератину оценивали состояние исходного перитонеума и неоперитонеума. Полученные результаты. По морфологическим характеристикам эндопротезы были разделены на 3 группы: 1) с фторполимерным покрытием Фторэкс, 2) Ventralight ST и Symbotex, 3) Реперен и децеллюляризированная брюшина. В 1 группе площадь нитей сетки была в оптимальной пропорции по компоновке и отдаленности друг от друга, что позволяло формировать относительно плотный фиброзный каркас и оставляло место для сохранения базового перитонеума, который участвовал в фор-

мировании неоперитонеума. Несмотря на наименьшую площадь нитей сетки, в 3 группе отмечалась наибольшая фибропластическая реакция. Воспалительные изменения были наименее выражены в 1 группе, наиболее – в 3 группе, где имелась выраженная лейкоцитарная реакция, сочетающаяся с процессами метаплазии, развитием фибриноидных некрозов, прогрессированием вторичного воспалительного процесса. В 1 группе отмечено оптимальное соотношение вновь образованных сосудов, во 2 группе – венозное русло преобладало над артериальным, в 3 группе – количество сосудов было минимальным. Иммуногистохимическое исследование показало, что в 1 группе клетки мезотелия покрывали всю поверхность имплантата, также часто встречались участки с сохранением структур базового перитонеума. Во 2 группе мезотелий также преимущественно полностью покрывал поверхность сеток, однако отмечалась перестройка с аннулированием базового листка перитонеума. В 3 группе напротив, часто встречались протяженные участки, не покрытые мезотелием.

Обсуждение. Проведенное морфологическое и морфометрическое исследование показало, что наиболее сбалансированное соотношение компонентов вновь сформированной фиброзной ткани и сосудов отмечается при применении имплантов с фторполимерным покрытием Фторэкс. При этом сохраняющийся базовый перитонеум, активно участвует в формировании неоперитонеума. Эндопротезы Ventralight ST и Symbotex также способствуют формированию полноценной фиброзной ткани и адекватной сосудистой пролиферации, однако, препятствуют сохранению базового перитонеума, что практически исключает его участие в формировании неоперитонеума. Импланты с покрытием Реперен и децеллюляризированная свиная брюшина приводят к наименее сбалансированной клеточной и сосудистой пролиферации и вызывают наибольшую фибропластическую реакцию, что может в дальнейшем негативно отразится на состоянии сформированного рубца.

Выводы. Через 3 месяца наблюдения сбалансированная фибропластическая реакция и сосудистая пролиферация наблюдаются при применении для герниопластики IPOM эндопротезов Ventralight ST, Symbotex и Фторэкс.

Ключевые слова: грыжа, интраперитонеальная герниопластика IPOM, грыжевая сетка, гистологическое исследование

---

639. Правовая платформа для системных реформ хирургической службы в Российской Федерации

Танделова К.Б., Габанова Т.И., Манукова О.С., Газзаева Л.Г., Сурхаева А.Р., Карсанов А.М.

Владикавказ

СОГМА

Введение. На данном этапе развития хирургической науки и практики в нашей стране, после получения специалистом сертификата и освоения сугубо специализированных клинических компетенций, первоочередным направлением совершенствования квалификации всех сотрудников хирургической службы должно быть глубокое изучение правовой и нормативной базой современной хирургической практики.

Цель исследования. Изучить и систематизировать ключевые нормативные акты по организации и функционированию хирургической службы медицинских организаций в Российской Федерации.

Материалы и методы. Нами был проведен поиск и анализ иерархичности и подчиненности основных (порядки, клинические рекомендации, стандарты) нормативных и правовых актов, регламентирующих медицинскую деятельность по профилю “Хирургия”. Всего в работе были использованы 5 Федеральных законов, 6 Приказов Минздрава России, 3 нормативных ведомственных акта Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Практические рекомендации Национального института Росздравнадзора и 12 национальных клинических рекомендаций.

Результаты. Среди приказов Минздрава РФ нами рекомендованы к изучению всеми сотрудниками хирургической службы следующие: 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»; №810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»; №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; №226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании»; №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Важным аспектом всех исследованных нормативных и подзаконных актов является заложенная в их основу сопряженность и согласованность генеральной задачи. При формировании дизайна исследования мы исходно заложили ключе-

вой принцип поиска согласованности всех нормативных актов вокруг генеральной цели – создания правовой платформы для перевода принципов организации хирургической деятельности на новый управленческий уровень менеджмента качества и безопасности в хирургии. Показателем соответствия этих документов генеральной цели являлась очевидность конструктивного импульса для улучшения качества практической хирургии.

Выводы. Национальная реформа системы здравоохранения отражает всеобщее понимание системных проблем в отрасли, препятствующих повсеместному искоренению "медицинских ошибок". Именно поэтому обеспечение высокого качества медицинской помощи – это комплексная задача всей системы здравоохранения. Нет ни одного направления базовых либо корректирующих мероприятий, которое бы изолированно позволило нормализовать ситуацию в отрасли, вне контекста оптимального сочетания организации и практической реализации современных подходов в различных сферах медицинской деятельности. Важность понимание значения общей правовой платформы для системных реформ хирургической службы любой медицинской организации неизбежно приведет руководство к необходимости внедрения технологии менеджмента хирургической службой и первым этапом речь должна идти о мотивации и правовом образовании персонала.

Ключевые слова: хирургия, правовые основы, нормативная база, безопасность пациентов

---

640. Кровоснабжение пяточной области: влияние на исход госпитализации

Орлов А.Г., Антропов А.В., Аттмадзас К.А., Борисов А.Г., Груздев Н.Н., Липин А.Н., Соболев Р.С., Танкаева З.М., Эминов Я.П.

Санкт-Петербург

СПБ ГБУЗ «Городская больница №14»

Актуальность. Несмотря на успехи сердечно-сосудистой хирургии, достижения специалистов рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения сохраняется большое число высоких ампутаций в группе пациентов с облитерирующими поражениями артерий нижних конечностей. Клинически одной из самой сложных является ситуация с поражением пяточной области.

Материалы и методы. выполнен ретроспективный анализ прямых ангиограмм и историй болезни пациентов, проходивших лечение в СПБ ГБУЗ «Городская больница №14» в первом квартале 2022г. Пациенты условно были разделены на 2 группы: 1группа – отсутствие убедительной перфузии пяточной области на контрольных ангиограммах после выполненной ТЛБА; 2 группа – богатая коллатеральная сеть пяточной области на контрольных ангиограммах после выполненной ТЛБА. Оценка производилась посредством визуализации финальной прямой ангиографии. Исход заболевания и клинические показатели исследовались на основании данных локальной Медицинской информационной системы (МИС).

Результаты: Всего отобрано 130 случаев: мужчин – 74 (56,9%), женщин – 56 (43,1%). Средний возраст составило 69,55 (±2,89) лет. Возраст мужчин 67,17(±3,83), женщин – 72,71(±4,35) лет. Средний В 1 группе было 44 (33,8%) пациента. Только в 10 (22,7%) случаях у пациентов в этой группе имелись трофические изменения пяточной области. В 6 (4,6%) случаях выполнена ампутация на уровне голени. Ни у одного из этих пациентов не было описано трофических изменений пяточной области, но имелись трофические изменения другой локализации. Не было зафиксировано ни одной операции по закрытию раневого дефекта. Средний срок госпитализации составил 31,82 (±8,52) дней. Во 2 группе было 86 (66,2%) пациентов по данным контрольной ангиографии была богатая сеть пяточной области. Трофические изменения стопы и пяточной области было у 6 (7%) пациентов. В данной группе высоких ампутаций не было. В 4 случаях (4,7%) рана зажила первичным натяжением на стопе. Средняя госпитализация – 28,9(±5,17).

Обсуждение. Не удалось отследить увеличение продолжительности госпитализации в зависимости от перфузии пяточной области. В группе с непрямой реваскуляризацией пяточной области было выполнено больше высоких ампутаций, но все они не были ассоциированы с наличием трофических язв пяточной области. Сочетание «плохая реваскуляризация пяточной области и язва этой области» ни в одном из наших наблюдений не привело к высокой ампутации.

Выводы. Не было выявлено значимых различий в составе групп по возрасту, полу, средней продолжительности госпитализации. Отслеживается положительная динамика закрытия раневого дефекта стоп в случае хорошей реваскуляризаци. Возможно, плохое кровоснабжение пяточной области способно негативно сказаться на исходах госпитализации даже при наличии трофических изменений в другой части стопы.

Рекомендации. Необходимо всегда, когда это возможно, добиваться реваскуляризации пяточной области, так как это способно увеличить вероятность неблагоприятного клинического исхода. Требуется большее число наблюдения для формирования окончательных выводов.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, пяточная область, кровоснабжение пяточной области

---

641. Первый опыт использования 3D-визуализации при выполнении коронарного шунтирования

Петровский Д.В., Васильев В.П., Латыпов Р.С., Емельянов А.В., Галяутдинов Д.М., Власова Э.Е., Акчурин Р.С., Ширяев А.А.

Москва

ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова» МЗ РФ

ЦЕЛЬ. Среди кандидатов на КШ значительно выросла доля больных со сложным коронарным руслом (диаметр <1,5мм, диффузное поражение, кальциноз). Хирурги вынуждены применять такие приемы формирования коронарного анастомоза как шунтопластика, эндартерэктомия, микроанастомозы. Эти приемы делают актуальным поиск оптимальной визуализации.

Целью исследования стало апробирование и изучение возможности применения 3D-экзоскопа при выполнении микрохирургического этапа КШ. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 27 пациентов, 63% мужчин, средний возраст 62,2 ± 8,3 лет; которым в период с 01.2021 по 03.2023 было проведено КШ в условиях искусственного кровообращения (ИК), с использованием 3D-экзоскопа в качестве визуализирующего устройства. Дистальные анастомозы формировались как по классической методике, так и в сочетании с продленной шунтопластикой и/или коронарной эндартерэктомией. Интраоперационно измерялись диаметры шунтируемых сегментов коронарных артерий. Выполнен анализ операций, периоперационных и госпитальных результатов. РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время операции составило 272,3±48,4 мин, время ИК – 98,9±23,3 мин, ишемии миокарда (ИМ) – 70,2±18,8 мин; показатели не отличались от среднестатистических при стандартных КШ с использованием операционного микроскопа в ОССХ. Всего сформировано 92 дистальных анастомоза, медиана индекса реваскуляризации составила 3 [3, 4]. В 15 случаях (16,3%) анастомоз выполнен посредством шунтопластики, в 9 из них (10,0%) ей предшествовала коронарная эндартерэктомия. Измерен диаметр всех 92 шунтированных коронарных артерий в зоне формирования анастомоза: в 5 (5,4%) он составил менее 1 мм, в 30 (32,6%) – от 1 до 1,5 мм, в 55 (60,0%) – от 1,5 до 2,0 мм, и лишь в 2 (2,2%) – 2,0 мм и более. Летальность, периоперационный инфаркт, инсульт, послеоперационное кровотечение, жизнеугрожающие аритмии, рецидивы стенокардии в течение госпитального периода не зарегистрированы. Послеоперационный койко-день стандартный, составил 8±2 суток. При выполнении КШ с использованием 3D-экзоскопа использовался такой же хирургический инструментарий, как при КШ с использованием операционного микроскопа; таким образом у хирургов отсутствовала необходимость привыкать к новым инструментам и расходному материалу. Для использования 3D-визуализации, как и для работы с микроскопом, хирургу необходимо иметь навык непрямого видения операционного поля, однако движения головы и шеи становятся более свободными, поскольку изображение на экране видно с любой позиции. Отдельно хотим отметить субъективные ощущения операторов: получаемое изображение не просто не уступает изображению с операционного микроскопа, но является более удобным для выполнения эндартерэктомии и шунтопластики благодаря значимому увеличению с визуализацией достаточного операционного поля. ВЫВОДЫ. Использование 3D-экзоскопа при КШ обеспечивает эффективную и безопасную визуализацию при работе как со стандартным, так и с проблемным дистальным руслом, не увеличивает длительность микрохирургического этапа. На основании первого опыта периоперационные и госпитальные клинические результаты таких операций оцениваются как хорошие. С позиции разрешения, качества получаемого изображения и удобства работы 3D-экзоскоп комфортен в коронарной хирургии.

Ключевые слова: 3D, кардиохирургия, коронарное шунтирование, микрохирургия, экзоскоп

---

642. Наш опыт использования тотальной экстраперитонеальной пластики при лечении паховых грыж

Мизиев И.А., Дзагалов М.М., Ахкубеков Р.А., Шугушева З.М.

Нальчик

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова»

Актуальность Паховые грыжи – это одно из самых часто встречающихся хирургических заболеваний. Данная патология является актуальной в связи с тем, что с каждым годом больных паховой грыжей становится больше. В свою очередь это приводит к длительной нетрудоспособности, инвалидизации больных. Имеет так же место быть достаточно высокая летальность по причине развития осложнений данного заболевания. Поэтому качественное лечение больных этой группы до сих пор остается актуальной задачей для хирургов.

Цель исследования Оценить эффективность применения тотальной экстраперитонеальной (ТЭП) пластики при эндоскопическом оперативном лечении косых и прямых паховых грыж с целью анализа и улучшения дальнейших результатов лечения больных с данной патологией малоинвазивными хирургическими вмешательствами.

Материал и методы С середины 2021 г. мы стали использовать в лечении лапароскопическую тотальную экстраперитонеальную пластику в лечении паховых грыжи. За период с 2021г. по 2022 г. в ГБУЗ РКБ выполнили 70 операций по тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж (косых и прямых). Все операции выполнены под общей анестезией. Точки установки троакаров – в проекции прямой мышцы живота на стороне поражения, в околопупочной и в надлобковой областях. Для установки первого троакара специальных троакаров и приспособлений не использовали. Использовалась полипропиленовая либо комбинированная сетка 10х15 см разных производителей.

Результаты На долю односторонних грыж пришлось – 60 (85,7%) клинических случаев, на долю двусторонних – 10 (14,3%). Возраст всех пациентов колебался от 18 до 80 лет. Средний же возраст составил 59,1 лет. По классификации ВОЗ пациентов молодого возраста оказалось – 11 (17,9%) человек, среднего возраста – 11 (17,9%), пожилого возраста – 40 (57,1%), старческого возраста – 5 (7,1%). Что касается половой принадлежности, то количество мужчин среди больных составило – 60 (85,7%) человек, а количество женщин – 10 (14,3%). Среднее время пребывания в отделении больных 6,68 к/д, а количество дней с момента операции до выписки из стационара 4,14 к/д. Первичная паховая грыжа встречалась в 58 (82,9%) случаях, а на долю рецидивной пришлось 12 (17,1%) случаев. В связи с набором опыта средняя длительность операции сократилась с 123±14 мин до 71 мин ±9 мин. Ушивание пахового кольца произведено в 12% случаев при его диаметре более 2 см. Осложнения. Во время операции чаще всего встречались осложнения в виде кровотечений, которые останавливались электрокоагуляцией, и развитие карбоксиперитонеума. В последнем случае выполнялось установка иглы Вереша или 5 мм троакара в брюшную полость, в одном случае – переход на ТАРР методику. Наиболее часто встречались осложнения в виде гематом, 2 (2,9%) из которых потребовали вмешательства. Рецидив на этапах освоения методики в ранние сроки отмечался в 5 случаях (7,1%), были реоперированы передним доступом. Значимых инфекционных осложнений не было. Разрешение принимать пищу и активизация больных после операции производилась в тот же день. Больные выписывались на 2-е сутки при условии отсутствия осложнений.

Заключение Методика тотальной экстраперитонеальной пластики в лечении паховых грыж позволяет проводить оперативные вмешательства с малой травматичностью, быстрой активизацией больных, сокращает длительность операций, так же имеет место быть хороший косметический эффект. Мы планируем дальнейшие исследования по использованию данного метода в лечении паховых грыж.

Ключевые слова: Тотальная экстраперитонеальная пластика, паховые грыжи, ТЕР, лапароскопическая герниопластика

---

643. Ишемическое поражение тонкой и толстой кишки на фоне новой коронавирусной инфекции

Мизиев И.А., Иванова З.О., Ахкубеков Р.А., Караева З.А.

Нальчик

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова»

Актуальность. Поражения желудочно-кишечного тракта, развившиеся на фоне COVID-19, включая ОИК, может быть обусловлена «вирусной энтеропатией» и вызванным SARS-CoV-2 тромбозом мелких сосудов [1-4]. Систематические обзоры показывают, что у 14-31% стационарных пациентов развивается клинически очевидное тромботическое событие [5], в то время как отчеты о вскрытии показывают высокую распространенность микротромбов в нескольких органах, включая и желудочно-кишечный тракт [6]. Стратегии лечения пациентов, страдающих как ОИК, так и COVID-19, представляют собой? определенные проблемы и в настоящее время нет опубликованных терапевтических руководств по этому вопросу.

Материалы и методы. Средний возраст пациентов составлял 59,9±15,0 с превалированием мужского пола (17 мужчин, (73,91%), 6 женщин, (26,09%). Критериями включения были подтвержденные методом компьютерной томографией случай острых ишемий кишечника (тонкого и толстого) развившихся на фоне новой коронавирусной инфекций, возраст старше 18 лет, подтвержденный диагноз новой коронавирусной инфекций. Профилактические дозы прямых пероральных антикоагулянтов использовавшихся на догоспитальном этапе: ривароксабан в дозе 10 мг 1 раз в сутки, апиксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки, дабигатрана этексилат в дозе 110 мг 2 раза в сутки. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы STATISTICA.

Результаты. Все пациенты, прошли компьютерную томографию органов брюшной полости (КТ ОБП) с контрастным усилением, которая считается очень полезным инструментальным методом исследования у пациентов с COVID-19 с подозрением на ОИК. Операция проводилась у 19 пациентов (82,61%) в среднем на 5 день госпитализаций. Было подтверждено, что ишемия тонкого кишечника является наиболее распространенным случаем при исследовании и было у 17 больного (73,91%), но только с одним случаем перфорации (4,34%). Резекция тонкого кишечника была наиболее распространенной хирургической процедурой у 14 (60,85%) больных, у 7 (30,45%) больных были произведены резекции толстого кишечника и только у 2 (8,7%) больных осуществлена тромбэктомия. Релапаротомия была проведена только в 5 случаях (21,74%). У 19 больных были выявлены ослож-

нения, уровень послеоперационных осложнений составлял (82,61%). Умерло 11 больных, уровень летальности составлял (47,8%). Введение профилактических доз низкомолекулярного гепарина или нефракционированный гепарин показано было всем стабильным пациентам с COVID-19, а также нуждающимся в ИВЛ с высоким риском тромбоэмболических осложнений пациентам (в том числе с PaO2/FiO2 ?200 мм рт. ст.), находящимся на ИВЛ, в/в инфузия под контролем анти-Ха активности, начальная доза при тромбоэмболических осложнениях – внутривенно болюсом 80 ЕД/кг и инфузия с начальнои? скоростью 18 ЕД/кг/ч. Проследив динамику изменений биомаркеров крови у больных, включенных в данное исследование, можно сделать вывод о том, что в течений заболевания являлись такие изменения в биомаркерах, как: повышение уровня D-димера (0,4-0,92 мкг/мл) и уровеня лактата со средним значением 2,7±1,2 ммоль/л, резкое повышение и такое же резкое понижение концентрации С-реактивного белка. Нормальных уровней D-димера у пациентов с COVID-19 не было обнаружено ни у одного из пациентов с острои? тромбоэмболическои? окклюзией сосудов.

Выводы. Из-за высокого процента смертности при ишемии ЖКТ клиницисты должны использовать высокии? индекс клинического подозрения, чтобы быстро лечить любые осложнения. Изменение биомаркеров и повышенные уровни СРБ, лактата и D-димера могут иметь низкую прогностическую ценность как возможные прогностические факторы, поскольку они могут быть обнаружены при тяжелои? инфекции COVID-19. Однако нормальные уровни D-димера у пациентов с COVID-19 могут быть полезным диагностическим тестом для исключения острои? тромбоэмболическои? окклюзии сосудов.

Ключевые слова: Коронавирусная инфекция, ишемия кишки

---

644. Опыт Боткинской больницы во внедрении стационарзамещающих технологий (2016-2023 г.г.)

Шабунин А.В., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Маер Р.Ю., Венгеров В.Ю., Логинов К.А., Полянский В.Л.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Введение. С 2016 года в структуре департамента здравоохранения города Москвы функционируют стационары кратковременного пребывания хирургического профиля (СКП). Работа СКП направлена на проведение хирургических вмешательств и выписку пациентов в течение одного дня, в связи с чем остро стоит вопрос ранней активизации и купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Стационар кратковременного пребывания №1 Боткинской больницы был открыт 16 мая 2016 года. Работа СКП и операции, которые могут быть выполнены в условиях отделения, регламентированы приказом Департамента здравоохранения города Москвы №373/134 от 28.04.2016 года «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания».

Целью формирования СКП является высвобождение коечного фонда круглосуточных стационаров для пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией, которым необходимо динамическое наблюдение в послеоперационном периоде. В настоящее время СКП №1 проводит хирургические вмешательства по 7 профилям: хирургия, гнойная хирургия, гинекология, урология, травматология и ортопедия, оториноларингология, онкология.

Результаты. В СКП №1 Боткинской больницы за период с 16 мая 2022 года по 31 декабря 2022 года выполнено 43 262 операции по 7 профилям. Из них 15 316 операций по хирургии и 830 по гнойной хирургии. Необходимо отметить, что оказание помощи по профилю гнойная хирургия было организовано в феврале 2022 года. В Боткинской больнице проведена реорганизация оказания хирургической помощи и перераспределение потоков хирургических больных. За счёт этого достигнут значительный рост количества хирургических вмешательств в условиях СКП №1. В 2016 году было проведено 396 хирургических вмешательств, в 2017 – 1242, в 2018 – 1784, в 2019 – 2054, в 2020 – 1806 (снижение обусловлено ограничениями, связанными с COVID-19), в 2021 – 2902, в 2022 – 4932.

Выводы. Стационар кратковременного пребывания позволяет сконцентрировать неотягощенных сопутствующей патологией пациентов и снизить нагрузку на круглосуточный стационар.

Ключевые слова: Стационар кратковременного пребывания, стационарзамещающие технологии

---

645. Применение лапароскопической технологий единого доступа в лечении деструктивного панкреатита

Галеев Ш.И.1, Рубцов М.А.2, Абдуллаев Я.П.1

Санкт-Петербург

1 СПбГБУЗ Городская больница №20, Санкт-Петербург2 СПбГБУЗ Александровская больница, Санкт-Петербург

Совершенствование технической составляющей операций, стандартизация операций привели к началу освоения метода единого доступа в хирургии поджелудочной железы. В исследовании представлены первые результаты 20 операций, выполненных с 2014 по 2017г. Все пациенты были оперированы на 3-4 неделях заболевания по поводу отграниченных жидкостных скоплений, расположенных кпереди от левой предпочечной фасции (результат деструкции клетчатки паракольного пространства и левого брыжеечного синуса, преимущественно в проекции связки Трейца). Показанием к операции считали появление плато в динамике процесса, когда, несмотря на комплекс консервативных мероприятий, сохранялась лихорадка, дискомфорт в левых подреберье, подвздошной области. Ни у одного пациента на момент вмешательства не было клинически релевантных системных осложнений. В 1-м случае забрюшинная деструкция была сопряжена с некрозом поджелудочной железы (> 30% площади). Пациент укладывался в положение на правый бок с подложенным под поясницу валиком. Операционный стол ротировали по направлению вправо на 15-30?. Порт «Covidien» устанавливали через небольшой косой разрез в поясничной области на середине расстояния между реберной дугой и подвздошной костью, предварительно, идентифицировав предпочечную фасцию, создав рабочее пространство с помощью Spacemaker. Под контролем глаза (ретроперитонеоскопия) выполняли секвестрэктомии. После удаления некротизированных тканей в полость устанавливали дренажные трубки для продленного лаважа полости. В одном случае, в полость с гемостатической целью были установлены 2 марлевых тампона. Течение послеоперационного периода у пациентов было гладким, повторных ревизий санированных полостей не понадобилось. У одного пациента впоследствии сформировался панкреатический свищ, закрывшийся самостоятельно после выписки из стационара. Таким образом, видеолапароскопические вмешательства могут быть с успехом выполнены у пациентов с отграниченными очагами деструкции в левых паракольном пространстве и брыжеечном синусе.

Ключевые слова: лапароскопия, панкреонекроз

---

646. Операция vTAPP при небольших вентральных грыжах – методология, результаты и перспективы

Сажин И.В. (1,2)Цулая А.З. (1)Мельников-Макарчук К.Ю. (1,2)

Москва

1 – ГКБ им. В.М. Буянова2 – РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Выбор метода пластики небольших вентральных грыж в условиях текущего разнообразия подходов и доказательных баз – открытый вопрос. Одним из способов оперативного лечения является предбрюшинная пластика при вентральных грыжах В проведенном исследовании была проведена оценка клинической и экономической эффективности пластики vTAPP при грыжах Small/M3W1в сравнении с IPOM.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ проспективно набираемой группы пациентов. Объектом исследования являлись пациенты, которым в плановом порядке была выполнена вентральная лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (vTAPP) по поводу первичных грыж Midline/Lateral Small (грыжи средней линии, боковые грыжи; размер грыжевых ворот до 2 см). Группу сравнения формировали пациенты, которым выполнялась IPOM пластика.

Результаты. Проанализированы данные 179 пациентов: группы плановой лапароскопической предбрюшинной герниопластики (n=132), и группы IPOM пластики (n=47). Группа vTAPP характеризовалась статистически значимой меньшей длительностью госпитализации (Q1-Q3: 8-70 часов, p< 0,001), меньшим количеством рецидивов (n=2, p=0,047), и несколько большей длительностью операции (Q1-Q3: 40-80 минут, p=0.037). Из проведенного экономического анализа следует, что соотношение затраты/эффективность для пациентов из группы vTAPP пластики оказалось в 3.39 раза выгоднее метода IPOM

Заключение. Лапароскопическая предбрюшинная герниопластика является клинически и экономически эффективным и безопасным методом, не требующим наличия специального инструментария и расходных материалов, применимым в том числе в условиях стационара кратковременного пребывания

Ключевые слова: вентральные грыжи, пупочные грыжи, лапароскопическая пластика грыж, предбрюшинная пластика вентральных грыж, vTAPP

---

647. Механическая желтуха опухолевого генеза. Варианты желчеотведения

Жемерикин Г.А., Егоров А.В., Ветшев Ф.П., Ширяев А.А., Алексеев К.И., Таргын А.А.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Актуальность: опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) в 75-95% случаях осложняются развитием механической желтухи. Длительная желтуха приводит к развитию печеночной недостаточности, нарушению свертывающей системы крови, снижению иммунитета, развитию холангита. Число послеоперационных осложнений и летальность на высоте желтухи увеличивается и достигает 50%, в то время как после купирования явлений они наблюдаются значительно реже. Вариант желчеотведения зависит от локализации опухолевого процесса и будущего прогноза заболевания.

Материал и методы: в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Сеченовского Университета с 2018 по 2023 год на лечении находилось 215 пациентов с механической желтухой, обусловленной опухолью головки поджелудочной железы (n=120), опухолью желчных протоков (n=39), метастатическим поражением лимфатических узлов печеночно-дуоденальной связки (n=33) и печени (n=23). Всем пациентам перед декомпрессией желчного дерева проведено комплексное обследование, включающее УЗИ, МСКТ, МРТ, МР-ХГ, эндо-УЗИ, ЭГДС, колоноскопию, анализы крови. Затем им выполнено ретроградное (n=75) или антеградное (n=140) вмешательство на желчных протоках с целью купирования явлений механической желтухи. Полученные результаты: В основном присутствовали больные с 4 стадией опухолевого заболевания, что определило их будущий прогноз, и один из методов желчной декомпрессии являлся окончательным вариантом хирургического лечения. Пациентам с дистальным блоком выполнено антеградное желчеотведение в 94 случаях, ретроградное стентирование в 71 наблюдении. Больным с проксимальной опухолевой стриктурой чрескожный доступ осуществлялся в 46 случаях, ретроградный в 4 случаях. При этом при разобщении долевых желчных протоков, как при опухоли Клацкина или метастатическом поражении ворот печени, требовалось раздельное дренирование правой и левой долей печени. После наружного желчеотведения удалось перевести его в наружно-внутреннее в 93 случаях или выполнить стентирование у 32 больных. Замену холангиостомических трубок или пластиковых стентов производили через каждые 2-3 месяца, так как они обтурировались желчным сгустком В 204 наблюдениях желтуха полностью регрессировала, что позволило провести лекарственное противоопухолевое лечение или радикальную операцию. В 28 случаях после купирования механической желтухи выполнено радикальное хирургическое лечение. Основными осложнениями явились миграция наружной холангиостомы (3,6%) или эндоскопического стента (4%), что потребовало повторных вмешательств с целью коррекции их стояния. Помимо этого, были такие осложнения как гемобилия (1,4%), холангит (8,8%), перфорация желчного протока (0,5%), острый обтурационный холецистит (5,1%). Летальности, связанной с хирургическими процедурами, не было.

Обсуждение: выбор декомпрессии желчных протоков зависит от локализации опухоли, распространенности опухолевого процесса, прогноза заболевания и возможности радикального лечения. При дистальных и проксимальных блоках желчных протоков возможно выполнение как антеградного желчеотведения, так и ретроградного стентирования. Вариант вмешательства зависит от опыта, возможностей лечебного учреждения и состояния пациента.

Выводы и рекомендации: при дистальных блоках целесообразнее производить ретроградное вмешательство, при проксимальных – антеградное. Глобально вариант желчеотведения возможен любой и зависит от компетенции и возможностей оперирующей бригады. В случае антеградного вмешательства считаем нужным первым этапом производить наружное желчеотведение с целью контроля дебита желчи. При высоких цифрах билирубина рекомендуем парциальную декомпрессию с целью профилактики печеночной недостаточности. Только после уверенности, что желтуха снижается возможно перевод наружного желчеотведения в наружно-внутреннее или стентирование желчных протоков. При установке наружно-внутреннего дренажа или стентировании желчных протоков обязательна профилактика острого панкреатита. Больным с резектабельными опухолями ГПБЗ оптимальнее наружное желчеотведение с целью профилактики восходящего холангита в послеоперационном периоде. При технических трудностях эндоскопического доступа к желчному протоку считаем необходимым прибегнуть к попытке стентирования общего желчного протока по методике Рандеву. Стентирование общего желчного протока нитиноловым стентом при наличии желчного пузыря, целесообразнее проводить полупокрытыми стентами, для предотвращения блока пузырного протока.

Ключевые слова: Механическая желтуха, рак поджелудочной железы, холангиоцеллюлярный рак, метастатическое поражение печени, гепатопанкреатобилиарная зона

648. Возможности дооперационной 3D-реконструкции мезогастрального слоя при местнораспространенном раке кардиального отдела желудка

Хоробрых Т.В., Агаджанов В.Г., Грачалов А.В., Ивашов И.В., Хусаинова Н.Р., Спартак А.А.

Москва

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Для правильного стадирования рака желудка важна качественная и достоверная визуализация, в том числе с использованием лучевых методов диагностики. Чаще всего информацию о стадии заболевания и морфологическом типе опухоли возможно получить только путем патологоанатомического исследования после выполненной хирургической операции. Поэтому изучение возможностей лучевых методов диагностики, в частности, компьютерной томографии (КТ), имеет большой потенциал для определения тактики лечения.

Цель работы: показать возможность и оценить перспективность 3D-реконструкции мезогастрального слоя при местнораспространенном раке кардиального отдела желудка.

Материалы и методы. Проведен анализ МСКТ 14 больных местнораспространенным раком кардиального отдела желудка а также кардиоэзофагеального перехода Siewert III, с оценкой денситометрической плотности окружающей перигастральной клетчатки, пораженных и здоровых лимфоузлов. Пациенты были статистически однородны по возрасту (p-value = 0,147), гендерному составу (p-value = 0,134), коморбидному фону (p-value = 0,121) и индексу массы тела (p-value = 0,126). Для измерения денситометрической плотности опухоли использовали инструмент ROI (англ. region of interest, зона интереса) неправильной формы, с отображением среднего значения плотностей всех вокселей, включенных в зону интереса в единицах Хаунсфилда. С помощью ROI обводили инфильтрированную тяжистую парагастральную клетчатку по малой кривизне вдоль левых желудочных сосудов на уровне максимальной толщины стенки желудка. На основании этого построены 3D модели желудка с измененной перигастральной клетчаткой, предпринята попытка оценки степени «заинтересованности» мезогастрального слоя с целью предоставления хирургам наглядной картины объема предстоящей операции. Эти данные сопоставлены с интраоперационной картиной (в том числе маркировка ICG) и результатами гистологического исследования.

Результаты. У 9 пациентов в участках удаленного мезогастрального слоя, плотность которого по данным компьютерной томографии была выше остальных, найдены свободные опухолевые депозиты и описаны участки лимфоваскулярной опухолевой инвазии, а также метастатические лимфоузлы. Получение на дооперационном этапе подобных данных, подразумевает большее понимание особенностей мезогастрального слоя иможет позволить детальнее планировать операцию, придерживаясь принципов безопасной хирургии. Можно также думать, что аналогичные модели позволят наглядно демонстрировать динамику онкопроцесса в ходе химиотерапии. Данное направление представляется перспективным и, конечно, требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: Рак кардиального отдела желудка, мезогастральный слой, 3-D реконструкция

---

649. Виртуальное планирование лапароскопических операций при местнораспространенном раке желудка

Хоробрых Т.В., Агаджанов В.Г., Грачалов А.В., Спартак А.А., Ивашов И.В., Кадиров Д.Д.

Москва

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Актуальность: Подробная информация об особенностях кровоснабжении желудка, взаимоотношении опухоли с прилежащими анатомическими структурами, возможной опухолевой инфильтрации окружающей парагастральной клетчатки и регионарных лимфоузлов позволяет избежать во время операции различных непредвиденных ситуаций, способствует улучшению интраоперационной топографо-анатомической навигации при эндовидеохирургическом лечении рака желудка.

Материалы и методы: Проанализированы результаты операций у 37 пациентов с местнораспространенным раком желудка, которым планировалось оперативное пособие в объеме гастрэктомии, проксимальной или дистальной резекции желудка. Больные поступали последовательно и без предварительного отбора. Критерием было наличие местнораспространенного рака без отдаленных метастазов. Основная группа (n-18) с предварительным виртуальным планированием операции с использованием данных мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием, которые обрабатывались с помощью программы для трехмерных объектов (VITREA, AMIRA). Группа сравнения (n-17) без предварительного виртуального моделирования. Обе группы были статистически однородны по возрасту (p-value = 0,156), гендерному составу (p-value = 0,137) и коморбидному фону (p-value = 0,129). Все операции в обеих группах были выполнены одними и теми же хирургическими бригадами с опытом данных операций более 100. Выровненные по артериальной фазе трехмерные

изображения позволяют детализировать топографо-анатомические взаимоотношения опухоли с важными структурами (сосуды, прилежащие органы), более наглядно показать возможную инфильтрацию окружающей клетчатки. Проведено сравнение интраоперационных показателей, таких как : длительность операции, кровопотеря, количество удаленных лимфоузлов, края резекции, количество непрогнозируемых интраоперационных событий (аномалии сосудистой архитектоники, повреждение прилежащих органов- селезенка, поджелудочная железа, печень), а также число конверсий. Полученные результаты: Медиана всех проанализированных показателей была ниже в первой группе пациентов. Статистически достоверные различия получены для непрогнозируемых интраоперационных событий, интраоперационной кровопотери, количество удаленных лимфоузлов.

Выводы и рекомендации: Виртуальное моделирование позволяет детально спланировать операцию при местнораспространенном раке желудка и облегчить интраоперационную ориентировку хирурга, сведя к минимуму риск осложнений.

Ключевые слова: Виртуальное планирование, рак желудка, компьютерная томография

---

650. Опыт оказания хирургической помощи больным критической ишемией нижних конечностей в многопрофильном стационаре

Стрижелецкий В.В., Бубнова Н.А., Артюшин Б.С., Гусев А.А., Курьянов П.С., Зайченко Е.П., Уртемеев О.В., Грицук Д.Л.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Актуальность. В медицинских учреждениях Санкт-Петербурга ежегодно осуществляется до 250 «высоких» нетравматических ампутаций нижних конечностей (НК) на 100 тыс. населения. Наиболее частой причиной этой инвалидизирующей операции оказываются осложнения облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК) и сахарного диабета. Закономерным видится создание в медицинских организациях подразделений, специализированных в лечении пациентов с хирургической инфекцией мягких тканей нижних конечностей.

Материалы и методы. Изучены данные о предоставлении ангиохирургической помощи 476 больным критической ишемией НК (КИНК) в Городском центре диабетической стопы и хирургической инфекции на базе одного из многопрофильных медицинских учреждений Санкт-Петербурга с 01.01.2022 г. по 01.01.2023 г. В состав данного Центра входят отделения сосудистой, гнойно-септической и ренген-эндоваскулярной хирургии. Полученные результаты. Все пациенты поступали на обследование и лечение в Центр по сохранению конечностей с III и IV степенью хронической ишемии НК по А.В. Покровскому – в 10 и 90% наблюдений соответственно. Их средний возраст – 64,8 лет. Хирургические вмешательства на артериях пораженной конечности в анамнезе перенесли 33% пациентов. У всех больных отмечалась выраженная коморбидность: артериальная гипертензия констатировалась в 95% наблюдений, более, чем у половины пациентов выявлен сахарный диабет. В анамнезе острый инфаркт миокарда и острое наружение мозгового кровообращения перенесли 35 и 25% больных соответственно. Наиболее часто пациентам выполнялись щадящие, т.н. внутрисосудистые (эндоваскулярные) операции – 342 хирургических вмешательства. Что касается т.н. традиционных (открытых) операций, то они осуществлены в 114 наблюдениях, приоритетно – шунтирующие артериальные реконструкции с применением аутовенозного материала. Гибридные хирургические вмешательства (сочетание открытых и эндоваскулярных методик в процессе одной операции) выполнены 20 пациентам. Гладкое течение послеоперационного (п/о) периода отмечено в 77,7% случаев. Самым частым п/о осложнением оказывались тромбоз и неадекватная перфузия мягких тканей при проходимой зоне вмешательства: 4% и 2,5% из 22,3% наблюдений соответственно. Необходимость в выполнении ампутации нижней конечности возникла в двух наблюдениях. Летальные исходы после операции возникли в 2% наблюдений. Относительно частое возникновение компликаций в п/о периоде объясняется коморбидностью больных, что нивелируется возможностью оказания медицинской помощи любого направления в многопрофильном стационаре. Перевод пациентов в другие отделения стационара в связи с развившимися компликациями осуществлен в 5,4% случаев. На фоне деятельности специалистов по сохранению НК частота выполнения первичных высоких ампутаций в медицинской организации в 2022–2023 гг. снизилась с 875 до 348 случаев, т.е. в 2,5 раза.

Обсуждение. Современный подход к оказанию медицинской помощи пациентам с КИНК предполагает активное применение инновационных технологий восстановления кровотока. Одним из направлений совершенствования ангиохирургической помощи оказывается создание т.н. «Центров по сохранению конечностей». Организацию подобных подразделений на базе многопрофильных медицинских организаций, несомненно, можно считать востребованной, особенно при наличии отделений, ориентированных на лечение больных хирургической инфекцией мягких тканей, в т.ч. и КИНК.

Выводы и рекомендации. Представленные результаты показали высокую эффективность оказания ангиохирургической помощи больным терминальными стадиями

ОАСНК в условиях специализированного отделения многопрофильного стационара.

Ключевые слова: критическая ишемия; реваскуляризация; ампутация; нижние конечности

---

651. Прогрессивный пневмоперитонеум в лечении гигантских послеоперационных грыж

Лищенко А.Н., Попов А.Ю., Петровский А.Н., Губиш А.В., Лищишин В.Я., Белова В.Е., Белоусова Е.И., Барышев А.Г., Порханов В.А.

Краснодар

ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В.Очаповского» МЗ Краснодарского края

Актуальность. Длительное время хирургическое лечение гигантских послеоперационных вентральных грыж (ГПОВГ) являлось большоший проблемой. Это было связано со значительным несоответствием объема висцеральных органов и брюшной полости после устранения грыжевого мешка. В результате после пластики грыжевого дефекта развивался жизнеугрожающий компартмент-синдром. В других случаях натяжение наложенных швов приводило к их прорезыванию и большой частоте рецидивов грыжи. Методика прогрессивного пневмоперитонеума (ППП) и способы не натяжной аллопластики улучшили результаты хирургического лечения. Однако трудоемкость предоперационной подготовки с помощью ППП и отсутствие четких критериев сроков такой подготовки заставляют вновь заняться исследованием этой темы.

Материал и методы. В исследование включены 19 пациентов с ГПОВГ, у которых диаметр грыжевых ворот превышал 10 см (W?3) и соотношение объема грыжи и объема брюшной полости было более 20% по Танака. При обследовании в предоперационном периоде, кроме стандартных клинических исследований, выполняли спирометрию, контроль SaO2. Компьютерную томографию брюшной полости для получения расчетных данных выполняли до начала ППП и накануне операции. Пневмоперитонеум поддерживали ежедневными инсуфляциями стерильного воздуха через абдоминальный катетер. Полученные результаты. В исследованной группе индекс Танака был в среднем 28,6±0,2%. Анамнез грыженосительства колебался от 4 месяцев до 11 лет. При наличии исходных тяжелых респираторных расстройств и низкой SaO2 <90%, таких пациентов мы не рассматривали как кандидатов на герниопластику. Процедура ППП длилась 5-10 дней (в среднем 6,4 дня) и завершалась при снижении соотношения объема грыжи и объема брюшной полости примерно на 1/4, в среднем до 20,6%. В 4 случаях ППП пришлось прекратить из-за выраженной подкожной эмфиземы (в 1 случае вплоть до пневмомедиастинума). Ежесуточное количество инсуфлируемого воздуха составило 1022±428мл и регулировалось субъективными ощущениями пациента. При появлении малейшего дискомфорта введение воздуха останавливали. В результате ППП на контрольной томографии не только полость грыжевого мешка освобождалась от не подпаянных внутренних органов, но и появлялся некоторый свободный объем в брюшной полости. В такой ситуации можно было бы рассчитывать на выполнение ненатяжной позадимышечной аллопластики без пересечения поперечных мышц. Однако в 7 случаях (36,8%) без дополнительного расширения брюшной полости невозможно было избежать критического повышения внутрибрюшного давления. В 4 случаях передние листки влагалищ прямых мышц не дотягивались друг к другу, потребовалось прибегнуть к bridge-методике. Операция в среднем длилась 3,1±1,2 часа. По завершению операции пиковое давление на вдохе не превышало 27 мм рт.ст., и его значение в результате операции увеличивалось не более чем на 14%. После операции пребывание пациентов в палате интенсивной терапии длилось не более суток. Благодаря этому достигалась ранняя активизация. Для обезболивания хватало НПВС. Раневых осложнений не наблюдалось. С рецидивами грыжи наши пациенты не обращались.

Обсуждение. Необходимость TAR-пластики в 7 случаях была вызвана малыми сроками ППП и спаечным процессом в грыжевом мешке, не позволившем в достаточном объеме проводить ежедневные инсуфляции воздуха из-за быстрого появления болей при растяжении спаек.

Выводы и рекомендации. Методика прогрессивного пневмоперитонеума требует продолжительного предоперационного стационарного лечения, сопряжена с вероятностью подкожной эмфиземы. Преимущество ППП в устранении риска развития компартмент-синдрома и повышении толерантности к абдоминальной гипертензии при лечении пациентов с гигантскими вентральными грыжами.

Ключевые слова: Прогрессивный пневмоперитонеум, гигантские послеоперационные грыжи, ненатяжная пластика

---

652. Способы создания прогрессивного пневмоперитонеума в герниологии

Лищенко А.Н., Попов А.Ю., Петровский А.Н., Губиш А.В., Лищишин В.Я., Белова В.Е., Белоусова Е.И., Барышев А.Г., Порханов В.А.

Краснодар

ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В.Очаповского» МЗ Краснодарского края

Актуальность. Дефицит объема брюшной полости при наличии вентральной грыжи является главным исходным фактором, который приводит к развитию послеоперационных осложнений. Среди таких осложнений компартмент-синдром, дыхательная недостаточность и пневмония, ишемия натянутых тканей и связанное с этим нагноение послеоперационной раны. Прогрессивный пневмоперитонеум (ППП) – методика, направленная на растяжение брюшной стенки, повышающая толерантность пациента к повышенному внутрибрюшному давлению, улучшающая комплаентность пациента к операции и послеоперационному периоду.

Материал и методы. На начальных этапах исследования для создания пневмоперитонеума мы проводили поднаркозную катетеризацию свободной брюшной полости. Производили небольшой разрез передней брюшной стенки в правом подреберье по средней ключичной линии. Открытый способ установки позволял безопасно через отдельный прокол разместить катетер 10,2 Fr в правом поддиафрагмальном пространстве. Такую процедуру выполнили у 11 пациентов. У других 8 больных в последних наблюдениях использовали малоинвазивную катетеризацию брюшной полости под местной анестезией. При этом под контролем сонографии по передней подмышечной линии в мезогастрии производили пункцию брюшной стенки. После прокалывания брюшины заводили проводник и по Сельдингеру устанавливали катетер 8 Fr в свободную брюшную полость. Через установленный катетер проводили ежедневную инсуфляцию стерильного воздуха 1022±428мл до появления субъективного дискомформа у пациента. Полученные результаты. Все 19 пациентов были оперированы через 5-10 суток ежедневного ППП. Оптимальным критерием для завершения предоперационной подготовки было уменьшение соотношения объемов грыжевого мешка и брюшной полости до 20% по Танака. Использование ППП позволило во всех случаях выполнить ненатяжную аллопластику передней брюшной стенки без развития компартмент-синдрома в послеоперационном периоде. В 3 наблюдениях ППП осложнился эмфиземой при открытой и в одном – при малоинвазивном способе установки абдоминального катетера. Несмотря на раннее прекращение предоперационной подготовки (5-7 сутки), этим пациентам также выполнена ненатяжная аллопластика, но без ушивания передних листков влагалища прямых мышц. Операция поэтому была закончена по bridge-методике. В раннем послеоперационном периоде развития компартмент-синдрома не было, раневые осложнения не зарегистрированы. Мы были привержены ранней активизации пациента, что привело к короткой стационарной реабилитации. Послеоперационный койко-день составил 4,7±1,5 суток.

Обсуждение. Прогрессивный пневмоперитонеум с открытым способом установки катетера безопасен, позволяет установить катетер надпеченочно в поддиафрагмальном пространстве, что дает возможность регулировать объем воздуха в брюшной полости и даже полностью его эвакуировать при необходимости. Однако эта методика требует наркоза, и является дополнительной самостоятельной операцией, а производимый разрез потенциально может мешать выполнению последующей сепарации передней брюшной стенки. Кроме того, дополнительный разрез брюшины создает предпосылки для разгерметизации брюшной полости при инсуфляции воздуха и развития подкожной и межмышечной эмфиземы. Малоинвазивная методика катетеризации брюшной полости под сонографическим контролем более герметична, но требует хорошего владения ультразвуковой навигацией, не позволяет уменьшить количество уже введенного в брюшную полость воздуха.

Выводы и рекомендации. Несмотря на длительность предоперационной подготовки с помощью ППП, эта методика позволяет достаточно растянуть брюшную стенку для ранней активизации и быстрой реабилитации пациентов после аллопластики гигантских вентральных грыж. Малоинвазивная методика катетеризации брюшной полости для ППП выглядит предпочтительнее и легче переносится.

Ключевые слова: Прогрессивный пневмоперитонеум, гигантские послеоперационные грыжи, ненатяжная пластика

---

653. Опыт применения минимально-инвазивных и комбинированных методов в лечении острого деструктивного панкреатита

Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р., Натрошвили И.Г., Салпагаров Ш.Р.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, проблема подбора адекватных схем хирургического лечения больных с острым деструктивным панк-

реатитом остается актуальной. Летальность, как в России, так и за рубежом при этом сохраняется на уровне 20% – 35%. Это обусловлено постоянным ростом числа больных с данной патологией, разнообразием гнойно-септических осложнений, неадекватным объёмом и характером выполняемых оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В клинике, в период с 2018 по 2022г., проведено лечение 136 больных с различными осложнениями панкреонекроза. В зависимости от характера осложнений выполнялись: видеолапароскопические санации брюшной полости по поводу ферментативного перитонита, пункции и установки дренажных систем под УЗ контролем при жидкостных скоплениях в сальниковой сумке. При распространенных гнойно-некротических осложнениях, применялись традиционные открытые оперативные вмешательства дренирование гнойно-некротических затёков с формированием оментобурсостомы. В исследуемой группе выявлены следующие осложнения: отграниченные жидкостные скопления сальниковой сумки 57.35% (78) пациентов, распространенный гнойный перитонит и флегмоны забрюшинного пространства 23.53% (32), ферментативный перитонит 11.03% (15), сочетание нескольких гнойных осложнений отмечено у 8,09% (11). 52 пациента первично были оперированы в районных и городских больницах. 39 больным были проведены открытые оперативные вмешательствами с формированием оментобурсостомы, 13 пациентам выполнялись видеолапаросанации. У больных с распространенными гнойно-некротическим процессом в клинике выполнялись программированные санации сальниковой сумки с интервалом 3 – 4 дня, при распространенном гнойном перитоните с интервалом 24 – 48 часов. У 12 пациентов применен метод вакуумной терапии системой VivanoTec (Atmos). 84 неоперированным пациентам были применены минимально-инвазивные методы, включающие в себя: пункции и дренирования под УЗ контролем, этапные некрсеквестрэктомии с применением специальных дренажных систем под R-TV контролем, с последующими заменами дренажных систем. Данная методика успешно применена у 62 пациентов, из них 45 удалось в дальнейшем избежать традиционной открытой хирургической тактики. У 17 пациентов были применены комбинированные методы, видеолапаросанции и дренирования под УЗ наведением первым этапом и открытые методы хирургического лечения вторым этапом.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение минимально-инвазивных методов лечения позволяет снизить летальность до 17,5%, количество ранних токсемических осложнений, койко-дни.

Выводы. Наиболее оптимальным как для пациентов, так и для стационаров является дифференцированный подход с применением миниинвазивных и комбинированных методов лечения. Отдельно хочется отметить, что использование систем вакуумной терапии позволяет значительно снизить количество проводимых санаций сальниковой сумки, забрюшинных пространств. Применение разработанной тактики существенно освобождает хирургическую службу районов и городов края от непомерных затрат, связанных с лечением осложнений панкреонекроза.

Рекомендации. Для использования комбинированных хирургических методов лечения необходима выработка: четких сроков, способов проведения и объёмов оперативных вмешательств. Использование на начальном этапе миниинвазивных методик позволяет стабилизировать состояние больных, а в последующем после стабилизации больного в более благоприятных условиях использовать локальные доступы для проведения адекватной обработки отграниченных очагов в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве. Миниинвазивные методы и открытые традиционные методы хирургического лечения не должны противопоставляться друг другу. Для каждого из методов лечения имеются свои показания к применению, они могут и должны сочетаться в лечении всех больных с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями.

Ключевые слова: Осложнения острого панкреатита, панкреонекроз, хирургическое лечение

---

654. Современная тактика неоперативного лечения пациентов с повреждениями паренхиматозных органов при закрытой травме живота.

Завражнов А.А. (1,2), Соловьев И.А. (1,2), Глебова А.В. (1,2), Боско О.Ю. (1,2), Тимбакова Л.Р. (1), Тажимурадов С.М. (1), Табунова М.Н. (2).

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».
2) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет».

Актуальность: В последнее время в травмоцентрах различных стран наблюдается неоперативное лечение больных с закрытой травмой живота с повреждениями паренхиматозных органов. NOM (англ. non-operative management) стал более прогрессивным, доступным, комплексным, а порой и основным методом ведения таких пациентов. Однако, для использования данной тактики необходимо соблюдение определенных критериев. В данной работе уточнены показания к неоперативному лечению пострадавших с повреждениями паренхиматозных органов при закрытой травме живота.

Материалы и методы: Работа выполнена на базе травмоцентра 1-го уровня СПБ ГБУЗ «Городская Мариинская больница». Включены пациенты за период с 2018 г. по апрель 2023 г. Всего было 1137 пострадавших с сочетанной и политравмой. Среди них – 272 с сочетанной и изолированной закрытой травмой живота, из которых 55 с повреждениями паренхиматозных органов (печень, селезенка, почки изолированно или в сочетании) подлежали неоперативному лечению. Все пациенты были доставлены в противошоковую палату и обследованы по протоколу политравмы, установленному в стационаре. В зависимости от нарушений гемодинамики определяется лечебно-дагностическая тактика. Для выбора неоперативной (консервативной) тактики приняты следующие критерии: стабильная гемодинамика, отсутствие экстравазации контрастного вещества по данным МСКТ и исключение повреждений полых органов. При этом степень повреждения паренхиматозных органов, объем гемоперитонеума учитывались, но не являлись определяющими. При выявлении гемоперитонеума более 500 мл производилось дренирование брюшной полости с целью эвакуации гематомы и наблюдения за темпом поступления крови. В дальнейшем пациенты переводились в отделение реанимации для продолжения лечения и динамического наблюдения, где в первые сутки каждые два часа выполнялись: осмотр врача, контроль витальных функций, лабораторных показателей (в частности уровень гемоглобина) и УЗИ брюшной полости. Во вторые сутки те же обследования и осмотр каждые 4 часа, в третьи сутки – каждые 6 часов. В ходе динамического наблюдения при резком снижении гемодинамических показателей, уровня гемоглобина, одномоментном поступлении крови по дренажу из брюшной полости более 300 мл, выполнялось оперативное лечение. Полученные результаты: В нашей работе было отобрано 55 пациентов, которые подверглись тактике неоперативного лечения. Среди них было 13 женщин (23,6%), 42 мужчин (76,4%). Средний возраст составил 35,3 лет. Минимальный возраст составил 20 лет, максимальный – 59. Среди этих пациентов было 23 (41,8%) с изолированной травмой живота, 32 (58,2%) – с сочетанной травмой. Среди пациентов с различными степенями поражений селезенки было – 29, с повреждением почек – 23, с повреждением печени и селезенки – 2 (среди них один пациент – с III ст. повреждения селезенки и IV ст. печени, второй пациент – с травмой селезенки Iст. и II ст. повреждения печени), а также один пациент с повреждением печени, селезенки и почек. Выполнен лапароцентез 15-ти пациентам с гемоперитонеумом объемом более 500мл. По срочным показаниям в связи с продолжающимся кровотечением оперированы 3 пациента. Таким образом, успешное неоперативное лечение было у 52 (94,5%) пациентов.

Обсуждение: В литературе нет единого мнения по тактике неоперативного (консервативного) лечения больных с закрытой травмой живота. Во многих стационарах вообще до настоящего времени отсутствует подобная тактика ведения пострадавших с повреждением паренхиматозных органов при закрытой травме живота. Однако наш опыт показывает, что данный подход имеет право на существование и необходимо дальнейшее обсуждение этой проблемы.

Выводы и рекомендации: Показаны результаты лечения и необходимость более широкого применения тактики неоперативного лечения пострадавших с повреждениями паренхиматозных органов при закрытой травме живота.

Ключевые слова: Ключевые слова: неоперативное лечение, закрытая травма живота, повреждение паренхиматозных органов, NOM.

---

655. Основы эффективности малотравматичных вмешательств в ургентной хирургии

Салахов Е.К., Власов А.П., Маркин О.В., Ситдиков И.И., Романов Д.А., Дормидонтов М.Ю.

Саранск

МГУ им. Н.П.Огарева

Многочисленный хирургический опыт показывает, что ранний после-операционный период у больных, перенесших хирургические вмешательства с применением малотравматичных технологий, протекает значительно луч-ше. В работе поставлена цель исследовать ряд показателей гомеостаза в со-пряженности с осложнениями у больных острым перитонитом, кишечной не-проходимостью, деструктивным холециститом и др., перенесших хирургиче-ские вмешательства с использованием лапаротомного и лапароскопического оперативных доступов, что позволит не только установить некоторые основы преимуществ современных технологий, но и определить возможности пути совершенствования лечения пациентов, перенесших открытые хирургические вмешательства.

Материал и методы. В работе проанализированы ряд клинико-лабораторных исследований больных (166): острым перитонитом (34), ки-шечной непроходимостью (28), деструктивным холециститом (78) и других патологий (26). В 1-й группе (68) применен традиционный (открытый) опе-ративный доступ, во 2-й (98) – лапароскопический. 1-я группа: возраст – 42,2±3,5 лет, женщин – 21 (30,9%), мужчин – 47 (69,1%); 2-я группа воз-раст – 39,4±4,0 года, женщин – 57 (58,2%), мужчин – 41 (41,8%). Выполня-ли общеклинические и биохимические исследования, а также ряд специаль-ных. Применен метод оценки боли с использованием визуаль-ной аналоговой шкалы.

Результаты. При поступлении больных диагностированы нарушения гомеостаза: эндотоксемия (индекс токсичности возрастал более чем в 2,3 – 4,9 раза); оксидативного стресса (содержание молекулярных продуктов ли-пероксидации повышалось более чем в 1,9 – 3,5 раз); гипоксии (индекс ги-поксии возрастал на 12,3 – 25,4%); изменения состояния системы гемостаза (гиперкоагулемия (рост 16,3 – 19, 8%), гипофибринолиз (падение 8,9 – 16,4%), нарушения микроциркуляции (ухудшение на 18,3 – 27,7%). Течение раннего послеоперационного периода было различным. В 1-й группе через сутки нарушения гомеостаза существенно (8,9 ? 17,0%) нарастали, тогда как при малотравматичных технологиях такого эффекта не наблюдалось. Далее во 2-й группе отмечено быстрое (на 1,9 ? 3,3 суток раньше) восстановление гомеостаза и микроциркуляции (на 1,4 ? 2,5 суток раньше). При бальной оценке выраженности и продолжительности болевого синдрома зарегистри-рована быстрая его регрессия (раньше на 1,8 ? 2,4 суток). Выявлена досто-верная корреляционная зависимость регрессии значений показателей боле-вого синдрома с показателями расстройств гомеостаза (r=0,733?0,973, p<0,05).

Ключевые слова: открытые, лапароскопические операции, эндотоксикоз

---

656. Перспективы организации паллиативных вмешательств больным с дисфагией в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи

Гавщук М.В. (1,2), Лисовский О.В. (1), Протченков М.А. (1,2), Семаков А.А. (2), Спирина А.М. (2), Петросян А.А. (2), Москаль Л.В. (2)

Санкт-Петербург

1)ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
2)СПб ГБУЗ «Городская больница №26»

Актуальность. Организация энтерального питания является ключевой составляющей помощи больным с дисфагией, что обусловливает важность вопросов маршрутизации и выполнения паллиативных вмешательств для обеспечения энтерального питания. Особенно остро этот вопрос стоит для онкологических больных на запущенных стадиях карциномы, которым не показано лечение в онкологическом стационаре. В то же время особенности оплаты оказания специализированной медицинской помощи хирургического профиля онкологическим больным в системе ОМС, дополнительная нагрузка на медицинский персонал и негативный психологический эффект на других пациентов делает нецелесообразной госпитализацию паллиативных больных онкологического профиля в хирургический стационар. В настоящее время заявляемым трендом паллиативных вмешательств является малоинвазивность, позволяющая сократить период госпитализации и даже выполнять вмешательства на дому. Кроме того, в больницах для оказания экстренной помощи созданы отделения стационарной скорой медицинской помощи (ОССМП) с возможностью кратковременного лечения до 3 суток. Общепризнана экономическая эффективность этих отделений, а возможная длительность лечения позволяет выполнять малоинвазивные вмешательства и наблюдать больных в раннем послеоперационном периоде.

Цель – оценить возможность малоинвазивных паллиативных вмешательств для обеспечения энтерального питания в условиях ОССМП.

Материалы и методы. Проведен анализ случаев паллиативных вмешательств для обеспечения энтерального питания, выполненных в условиях эндоскопического кабинета-операционной ОССМП Городской больницы № 26 за 2022 год.

Результаты и их обсуждение. В 2022 году в указанном подразделении выполнено 4741 эндоскопических исследований и вмешательств. В том числе сформировано 7 чрескожных эндоскопических гастростом по pull-методу, выполнено 3 замены специализированных гастростомических трубок бамперного типа и 1 удаление гастростомической трубки бамперного типа. В 9 случаях выполнена эндоскопическая установка зондов для питания. Необходимо отметить, что за исключением 3 случаев амбулаторного оказания медицинской помощи, большинство пациентов находилось на стационарном лечении в специализированных отделениях различного профиля. Однако полученные данные демонстрируют потенциальную возможность выполнения паллиативных малоинвазивных эндоскопических вмешательств амбулаторно или в условиях ОССМП.

Выводы. Сохраняет свою актуальность проблема маршрутизации и выполнения паллиативных вмешательств для обеспечения энтерального питания неизлечимым больным с дисфагией. Полученные данных свидетельствуют о потенциальной возможности организации выполнения малоинвазивных паллиативных вмешательств неизлечимым больным с дисфагией в условиях ОССМП.

Ключевые слова: дисфагия, энтеральное питание, организация, маршрутизация, паллиативные вмешательства

---

657. Результаты хирургического лечения больных с аневризмами почечных артерий

Хамитов Ф.Ф., Гаджимурадов Р.А., Чельдиев К.В., Гутиев Р.А., Мирзоев М.Н., Федотенко Е.А.

Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы»

Введение: Аневризмы почечных артерий относятся к редким заболеваниям и как правило являются случайной находкой при выполнении УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Причинами развития аневризматического расширения почечных артерий в основном являются фиброзно-мышечная дисплазия и атеросклероз, реже травматические воздействия, нейрофиброматоз, артериты.

Материалы и методы: За период с 2007 г. по 2022 г. в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. В.В. Вересаева получили лечение 52 пациента с аневризмами почечных артерий. В дальнейшем результаты лечения были проанализированы: большинство пациентов (45 пациентов) имело атеросклероз почечных артерий, фиброзно-мышечная дисплазия диагностирована у 3 пациентов, у остальных пациентов выявлены другие причины. С целью уточнения характера поражения всем больным проводилась МСКТ-ангиография, по показаниям – прямая аорто-артериография аорты и висцеральных артерий. Эффективность проведенных оперативных вмешательств оценивалась по результатам лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Большинству пациентов (42 пациента) выполнена резекция аневризмы почечной артерии с протезированием (аутовена, синтетический протез) и «отключение» аневризмы с проведением общеподвздошно-ренального шунтирования. Остальным больным выполнена эмболизация полости аневризмы (мешковидная аневризма).

Результаты: на фоне проведения оперативных вмешательств получилось улучшить кровоток в почечных артериях, предотвратив тем самым разрыв аневризмы. В раннем и отдаленном послеоперационном периоде значимых осложнений не выявлено.

Выводы: Своевременное выявление и комплексный подход к лечению аневризм почечных артерий позволяет предупредить развитие фатальных кровотечений. Реконструктивные операции при аневризмах почечных артерий являются эффективными органосохраняющими вмешательствами, с наименьшим количеством возможных осложнений.

Ключевые слова: аневризма, ангиография, почечные артерии, дисплазия, атеросклероз, стентирование, протезирование

---

658. Результаты лапароскопической эзофагогастральной деваскуляризации в собственной модификации

Могилевец Э.В., Гарелик П.В.

Гродно

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) обоснованно считается наиболее частой причиной высокой смертности пациентов с внутрипеченочной формой портальной гипертензии (ПГ), являясь самостоятельным фактором либо способствуя прогрессированию печеночно-клеточной недостаточности. При включении пациента в лист ожидания трансплантации печени следует отдавать предпочтение эндоскопическому лигированию или склерозированию (ЭС), трансъюгулярному портосистемному шунтированию. В тоже время приемлемыми согласно данным ряда центров могут быть также лапароскопические варианты азигопортального разобщения, а также дистальный спленоренальный анастомоз. Трансплантация печени при алкогольном циррозе печени (ЦП), как правило, не выполняется при низкой комплаетности пациентов. У данной категории пациентов целесообразно применять хирургические вмешательства, имеющие наибольшую эффективность в плане профилактики кровотечений, не требующие многократных повторов процедур. Отмечается наметившийся тренд применения лапароскопических технологий в хирургической коррекции осложнений ПГ. Безусловными их преимуществами являются малая травматичность, лучшая переносимость пациентами, более благоприятно протекающий, в сравнении с традиционными операциями, послеоперационный период.

Цель исследования: оценка клинической эффективности лапароскопической эзофагогастральной деваскуляризации в собственной модификации.

Материалы и методы исследования. Были изучены результаты лечения 31 пациента за период с 2009 по 2020 год на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» и УЗ «Гродненская университетская клиника». Изучаемые группы пациентов до выполнения оперативного вмешательства были сопоставимы по основным характеристикам. В контрольной группе пациентов (16) лапароскопическая эзофагогастральная деваскуляризация (ЛЭГД) выполнялась стандартным методом, в основной (15) – по модифицированной нами методике. На этапы операции получены патенты РБ на изобретение №21337 и №21338 и утверждена инструкция по применению МЗРБ №079-0621.

Результаты. Продолжительность оперативного вмешательства статистически значимо не отличалась в исследуемых группах пациентов. Таким образом, предлагаемые изменения в технике деваскуляризации статистически значимо не приводят к увеличению длительности оперативного вмешательства. Транссекция пищевода была успешно выполнена у всех 15 (100%) пациентов, которым ЛЭГД выполнялось по предложенной нами методике. При выполнении ЛЭГД по стандартной методике в контрольной группе транссекцию пищевода удалось выполнить лишь у 10 пациентов. При этом следует отметить, что у 9 из данных 10 имелись технические трудности, влиявшие на ход операции либо течение послеоперационного периода. В группе пациентов, которым выполнена ЛЭГД по предложенной нами методике, конверсии не потребовались, в то время как при стандартной методике ЛЭГД необходимость в продолжении операции открытым способом возникла у 5 пациентов (p=0,0181). У 3 пациентов после стандартной методики ЛЭГД в раннем послеоперационном периоде диагностирована несостоятельность пищеводного анастомоза в области аппаратного шва, при использовании предложенной нами методики ЛЭГД данное осложнение не отмечалось (?2=3,11, p=0,0776), что в 2 случаях привело к летальным исходом.Кроме того, в послеоперационном периоде после стандартной методики ЛЭГД у пациентов отмечены также следующие осложнения: кровопотеря, потребовавшая переливания крови – у 4 пациентов, пневмогидроторакс – у 1, длительное заживление раны вторичным натяжением – у 1. Общий процент послеоперационных осложнений, связанных с этапом транссекции пищевода в группе пациентов, перенесших стандартную методику ЛЭГД, составил 56,3%. При предложенная нами методика ЛЭГД способствовала профилактике приведенных выше осложнений, что наглядно демонстрирует отсутствие технических трудностей (?2=22,9; p=0,000002), конверсий (?2=5,59; p=0,0181) и ранних послеоперационных осложнений в данной группе пациентов (?2 =11,9; p=0,0006). У пациентов в группе операций, выполненных по предложенной нами методике, статистически значимо меньшим было суммарное количество отделяемого по дренажам (350 [70; 630] мл при использовании предложенной нами методики ЛЭГД и 2600 [1130; 6320] мл при применении стандартной методики ЛЭГД (Mann-Whitney; p=0,0004)). Данный факт может свидетельствовать о меньшей травматичности предложенной нами методики ЛЭГД в сравнении со стандартной. Применение предложенной нами методики ЛЭГД приводило к снижению частоты ранних послеоперационных осложнений, при этом степень тяжести данных осложнений по шкале общепринятой шкале DINDO также статистически значимо была меньшей (?2=11,9; p=0,0078). Через год после ЛЭГД обследованы 14 пациентов после предложенной методики ЛЭГД и 10 после стандартной методики ЛЭГД. Для оценки эффективности проводилось эндоскопическое исследование с оценкой степени ВРВПЖ. Уменьшение степени расширения ВРВПЖ выявлено через год у 9 (64,3%) после предложенной нами методики вмешательства (тест Wilcoxon p=0,0077). До операции I степень ВРВПЖ диагностирована у 1 пациента, II степень – у 3, III степень – у 11; через год после операции ВРВПЖ не выявлены у 1 пациента, I, II, III степень ВРВПЖ – у 3, 5 и 2 пациентов, соответственно. После применения стандартной методики уменьшение степени ВРВПЖ отмечено у 1 (10%) пациента (тест Wilcoxon p=0,4795). До операции I степень ВРВПЖ не определялась, II степень ВРВПЖ диагностирована у 5 пациентов, III степень – у 5; через год после операции I, II, III степень ВРВПЖ выявлялась у 1, 3 и 6 пациентов, соответственно (?2=7,64; p=0,0219). Доля пациентов без рецидива кровотечения из ВРВПЖ рассчитанная при анализе Каплана-Мейера, через 1, 3 и 5 лет составила 100% в группе предложенной методики ЛЭГД и 66,3±14,3%, 41,4±16,7% и 27,6±15,9% в группе стандартной методики ЛЭГД, соответственно (log-rank test p=0,00105). Оценивалась также летальность пациентов после выполнения деваскуляризации пищевода и желудка.30-суточная послеоперационная летальность составила после выполнения ЛЭГД по предложенной нами методике 0%, после стандартной методики ЛЭГД – 2 (12,5%), p=0,1569 (в обоих случаях при стандартной ЛЭГД причиной смерти явилась несостоятельность пищеводного анастомоза, и развившийся перитонит). Общая выживаемость, после выполнения ЛЭГД по предложенной методике и ЛЭГД по стандартной методике, рассчитанная при анализе Каплана-Мейера, через 1, 3 и 5 лет составила 100%, 77,8±13,9% и 77,8±13,9% в группе предложенной нами методики ЛЭГД и 67,7±11,9%, 59,2±13,1% и 31,7±13,8% в группе стандартной методики ЛЭГД, соответственно (log-rank test p=0,0213). В отдаленном периоде качество жизни пациентов после предложенной нами методики операции статистически значимо было выше в сравнении с пациентами после стандартного вмешательства по ряду показателей.

Выводы: Применение предложенной нами методики ЛЭГД способствует предотвращению технических сложностей по сравнении со стандартной методикой, позволяет успешно выполнять транссекцию пищевода у всех пациентов. Это способствует отсутствию интраоперационных конверсий и осложнений в послеоперационном периоде. Предложенная нами методика ЛЭГД сопровождается уменьшением частоты возникновения рецидивов кровотечений из ВРВПЖ в послеоперационном периоде. Отмечается повышение общей выживаемости в послеоперационном периоде после предложенной нами методики ЛЭГД в сравнении со стандартной методикой операции Таким образом, на основании анализа непосредственных и отдаленных результатов применения ЛЭГД в собственной модификации в клинике следует отметить технологичность и воспроизводимость оперативного вмешательства, его эффективность и безопасность.

Ключевые слова: цирроз печени, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, лапароскопия

659. Последовательный подход в лечении острого кровотечения из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Завражнов А.А. (1,2,3), Соловьев И.А. (1,2,3), Оглоблин А.Л. (1,3), Антипова М.В. (1,2), Королев М.П. (1,2), Федотов Л.Е. (1,2), Лучинина Д.В. (1), Киладзе К.П. (1)

Санкт-Петербург

1 СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».2 ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова.3 ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет» Минздрава России.

Актуальность.Острое кровотечение из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки возникает в 45,6-72% случаях, летальность составляет 3,3–15,0%. Не смотря на использование эндоскопических методик гемостаза, летальность при рецидиве кровотечения достигает 20–46,5%, а после открытой операции – от 12 до 35%. Очевидно, результат лечения зависит от исходной степени кровопотери, полиморбидности и возраста, использования в лечении соматической патологии пероральных антикоагулянтов и дезагрегантов. В национальных клинических рекомендациях при рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения предполагается возможность выбора между повторным эндоскопическим гемостазом, транскатетерной эмболизацией и открытой операцией. Таким образом, остается обсуждаемым вопрос о тактике лечения при рецидиве кровотечения.

Материал и методы.В СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» проведен ретроспективный анализ лечения 329 больных за 2019–2022 гг. с острым кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 223 (67%), женщин – 106 (32%). Средний возраст составил 56,7±17,5 лет. Легкая степень кровопотери диагностирована у 123 (37,4%), средняя степень у 73 (22,2%), тяжелая – у 133 (40,4%) больных. МНО более 1,2 определялось у 108 (32,8%) пациентов. После проведения диагностической ЭГДС, язва желудка диагностирована у 151 (45%) больного, язва культи желудка у 22 (6%), язва двенадцатиперстной кишки у 156 (47%) человек. В 100% случаях произведен эндоскопический гемостаз. При рецидиве кровотечения: 19 (5%) больным произведена открытая операция в объеме резекции 2/3 желудка (3 – по Гофмейстеру-Финстереру, 2 – по Бальфу, 14 – по Ру), а 5 (1%) больным – гастро/дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда в язве. Полученные результаты и обсуждение. При госпитализации и подтверждении диагноза «желудочно-кишечное кровотечение», всем больным выполнялась ЭГДС. Среднее время с момента установки диагноза до ЭГДС и гемостаза составило 1,9 ± 0,2 часа. При диагностировании кровотечения из язвы, проводился эндоскопический гемостаз в условиях общей анестезии, что позволило полноценно осмотреть верхний отдел ЖКТ, эвакуировать содержимое желудка, выполнить гемостаз в более кроткий срок времени. Среднее время операции составило 34,8±5 мин. Острая язва выявлена у 119 (36%), хроническая у 210 (64%) больных. Комбинированный гемостаз произведен в 245 (74%) случаях, одна из методик-в 84 (26%) случаях. Рецидив кровотечения развился у 24 (7,3%) больных. Для подготовки к открытой операции, 13 (3,9%) больным с высоким риском рецидива кровотечения, произведена эндоваскулярная эмболизация гастродуоденальной/левой желудочной артерии. Консервативное лечение проводилась согласно клиническим рекомендациям лечения осложненной язвенной болезни. Летальный исход наступил в 19 (5,7%) случаях: при выполнении открытой операции у 6 (25%) больных, из них 5 была произведена эндоваскулярная эмболизация; у 5 (26%) к летальному исходу привела несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, причиной которой послужило технически трудное её закрытие на фоне пенетрирующей каллезный язвы; в 14 (49%) случаях причиной смерти послужило сочетание факторов в виде старческого возраста, тяжелой кровопотери и полиморбидности.

Выводы:1) при остром кровотечении из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки основной методикой лечения, должен быть комплексный эндоскопический гемостаз; 2) применение эндоваскулярной методики остановки кровотечения (эмболизации левой желудочной или гастродуоденальной артерии), показано у пациентов высокого хирургического риска с полиморбидным статусом и неэффективным повторным эндоскопическим гемостазом; 3) показанием к открытой операции следует считать: рецидивирующее кровотечение, невозможность и неэффективность эндоскопических и эндоваскулярных методик, рецидив кровотечения после их выполнения.

Ключевые слова: кровотечение, язва, гемостаз, эндоскопия, открытая операция, эндоваскулярная эмболизация

---

660. Опыт лечения боевых повреждений и длительно незаживающих ран излучением эрбиевого лазера

Сандалов Е.Ж.

Екатеринбург

ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России

Ведение. Число методов лечения длительно незаживающих (ДН) ран приближается к десяти тысячам. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ДН ранами сложное, длительное и высокозатрат-

ное. В настоящее время имеется проблема лечения ран при боевых повреждениях, как в остром периоде, так и в отдаленном (формирование длительно незаживающих ран). Так же встала проблема коррекции посттравматических состояний в виде кожных рубцов.

Цель. Оценить эффективность излучения эрбиевого лазера в лечении ран и коррекции рубцов.

Материалы и методы. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» и ФГКУ «354 ВКГ» МО РФ использовался разработанный в Республике Беларусь метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа». Методика предполагает собой последовательное воздействие на поверхность раны излучением эрбиевого лазера в импульсном режиме с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации). За счет оптимизации временных параметров лазерных импульсов происходит удаление нежизнеспособных тканей, стерилизация раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. Вторым этапом для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает упорядоченные области микроабляции. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области механического микротравмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей и не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию происходит улучшение трофики тканей и рост новых – запускается механизм репаративной регенерации по типу реституции. Клинические исследования проводились в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». Лечение применялось как в виде монометода, так и в комплексе с другими (VAC-терапия). Осложнений и побочных эффектов не отмечалось.

Результаты и обсуждение. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) в период 2018 – 2022 гг. лечилось 37 пациентов в возрасте от 36 до 77 лет: 6 с послеоперационными ДН ранами, 14 – с синдромом диабетической стопы, 11 – с венозными ТЯ, 4 – с нейротрофическими посттравматическими язвами, 32– с трофическими расстройствами без язвы. Сроки существования ТЯ и ДН ран – от 1 месяца до 15 лет. Размеры дефектов были от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина от 0,1 см до 1,5 см. Количество процедур от 1 до 18 с промежутками между процедурами от 1 до 7 дней. У всех пациентов отмечена положительная динамика: у 10 – ТЯ и ДН раны зажили в сроки от 14 до 60 дней, еще у 6 – уменьшение в размерах на 66-75% в течение месяца, у 2 – значительно уменьшились трофические расстройства. На базе отделения гнойной хирургии ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России в 2022-2023 гг. в комплексе лечения раненых и пораженных использовался высокоэнергетический эрбиевый лазер. Обширность повреждений, зональность огнестрельной раны, инфицированность ран, некрозы первичные и вторичные, множественные ближайшие и отдаленные осложнения и последствия проблемы боевых повреждений. Метод применен у 15 пациентов с ранами различных сроков существования, у 6 пациентов с ожогами как в острый период, так и при коррекции постожоговых рубцов. Отмечено более быстрое очищение ран от некрозов, появление и нарастание грануляционной ткани, более эффективная подготовка ран к аутодермопластике, возможность коррекции рубцовых изменений как после ран, так и после ожогов.

Выводы. Применение метода излучения Er:YAG лазера в лечении боевых повреждений и ДН ран является эффективным и может применяться как в виде монометода, так и в комплексной терапии.

Ключевые слова: лазерный дебридмент, стимуляция репарации, эрбиевый лазер, боевые травмы

---

661. Пути улучшения результатов хирургического лечения тазово-подвздошных флегмон

Породенко Е.Е., Коровин А.Я., Базлов С.Б.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения тазово-подвздошных флегмон.

Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ результатов лечения 103 больных в возрасте 48,2±4,7 годас тазово-подвздошными флегмонами, находившихся на лечении в хирургических отделениях МБУЗ КБСМП г. Краснодара с 2001 по 2020 год. В основную группу вошли 66 (64,1%) пациентов, находившихся на лечении с 2014 по 2020 год.Выбор хирургической тактики и метода операции у этих больных осуществлялся с применением разработанного нами алгоритма. Для сравнительной оценки результатов лечения из архивных историй болезни сформирована контрольная группа из 37 (35,9%) больных находившихся на лечении с 2001 по 2013 год. У этих пациентов выбор хирургической тактики и метода операции осуществлялся эмпирически. Женщин в основной группе было 12 (18,2%), в контрольной 7 (18,9%), мужчин соответственно 54 (81,8%) и 30 (81,1%).

Результаты и обсуждение: На основании данных пациентов контрольной группы проведен дискриминационный анализ признаков, влияющих на выбор тактики и способа операции при тазово-подвздошных флегмонах. Было выделено 2 группы признаков клинические и лучевые. Кли-

нические включали глубину расположения гнойно-септического процесса, пути инфицирования клетчаточных пространств или мышечно-фасциальных футляров тазово-подвздошной области, тяжесть общего состояние по шкалам APACHEII,SOFAи индексу органной недостаточности OFI (OrganFailureIndex). Лучевые признаки определяли при проведении УЗИ и КТ тазово-подвздошной области. Оценивались такие признаки, как наличие гиперэхогенности пояснично-подвздошной мышцы, очагов гипоэхогенности и их размеров на фоне гиперэхогенной структуры, наличие инфильтрации мягких тканей клетчатки таза и забрюшинного пространства, жидкостных скоплений в глубоких отделах тазово-подвздошной области, их размеры, четкость границ или капсулы, эхогенность содержимого жидкостного скопления. КТ позволяла уточнить источник развития вторичных контактных флегмон тазово-подвздошной области, определять плотность содержимого жидкостного скопления и более точно рассчитывать его объем. В результате был сформирован перечень параметров с целью проведения дискриминантного анализа для выявления степени их значимости при выборе хирургической тактики и метода оперативного лечения. При проведении дискриминантного анализа каждый признак получил определенные градации количественного характера, а признаки сформированы в тактическую таблицу дискриминирующих факторов. Данные тактической таблицы использованы при выборе хирургической тактики и метода лечения у больных основной группы с тазово-подвздошными флегмонами. При оценке результатов лечения установлено, что применение разработанного нами персонифицированного подхода к выбору хирургической тактики и метода лечения позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе по сравнению с контрольной. У пациентов с инфильтративными изменениями в тазово-подвздошной области или при наличии жидкостных скоплений в тазово-подвздошной области не более 6 мм в диаметре эффективность консервативного лечения выросла более чем в 2 раза. Эффективность малоинвазивных методов в виде чрезкожной пункции и дренирования гнойно-септического очага возросла на 33%%, а летальность снизилась на 10%.

Заключение: Тазово-подвздошные флегмоны являются полиэтиологическими гнойно-септическими поражениями мягких тканей, отличающиеся многообразием клинических форм и проявлений, тяжелым течением, частым развитием сепсиса, зачастую на фоне иммунных нарушений или тяжелых системных соматических заболеваний. Использование персонифицированных тактических подходов к выбору хирургическойтактики и метода операции, основанных на применении математической обработки клинических и лучевых признаков инфекционного процесса, позволяет значительно повысить эффективность и улучшить результаты всех видов лечения этой сложной патологии.

Ключевые слова: тазово-подвздошные флегмоны, хирургическая тактика.

---

662. Опыт выполнения кардиохирургических операций в ООО «Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова»

Аскерханов Г.Р., Кандауров А.Э., Казакмурзаев М.А., Дубаев А.А.

Махачкала

ООО «Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова»

Актуальность: За последние годы высокотехнологичная медицинская помощь активно внедряется не только в государственных лечебных учреждениях, но в частных. Это связано не только с большим ростом пациентов с ишемической болезнью сердца, но и появлению в нашей стране крупных многопрофильных клиник, оснащенных современной медицинской техникой и подготовленных кардиохирургических бригад.

Цель исследования: Оценить 10-летний опыт хирургического лечения ИБС в медицинском центре им. Р.П.Аскерханова с анализом ближайших результатов аортокоронарного шунтирования.

Материалы и методы: С 2013 г. в Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова выполнено 157 высокотехнологичные операции по реваскуляризации миокарда при ишемической болезни сердца: аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения с использованием фармакохолодовой кардиоплегии – 112 пациентов; аорто-коронарное шунтирование осложненных форм ИБС (геометрическая реконструкция левого желудочка по Дору и Жатане с тромбэктомией) – 3 пациентов; аортокоронарное шунтирование в сочетании с пластикой митрального и трикуспидального клапанов – 5 пациентов; аорто-коронарное шунтирование в сочетании с протезированием митрального клапана – 6 пациентов; аортокоронарное шунтирование в сочетании каротидной эндартерэктомией-15 пациентов; аортокоронарное шунтирование в сочетании с протезированием восходящей части аорты– 2 пациентов; аортокоронарное шунтирование в сочетании с коронарной эндартерэктомией – 3 пациентов; аортокоронарное шунтирование на работающем сердце – 11 пациентов. Мужчин было 113 (72,0%). Возраст больных составил 68,4?8,3 лет. 22 пациентов (14,0%) переведены из других стационаров Махачкалы. Нестабильная стенокардия у 78 пациентов (49,7%), инфаркт миокарда без подъема ST у 2, с подъемом – 3. Средний риск по шкале EuroScoreII – 17,3?6,6. Оценка тяжести коронарного поражения по шкале SYNTAXScorey всех пациентов составила более 32 баллов. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 132 (84,0%), хроническая обструктивная болезнь легких у 59 (37.6%) (из них 7 пациентов принимали бронходилятаторы), сахарный диабет у 89 (56.7%, из них 6 на инсулине). 4 пациентов (18,2%) с выраженным атеросклеротическим поражением восходящего отдела аорты, у 35 (22,3%) больных выявили поражение брахиоцефальных артерий

и у 58 (36,9%) – поражение артерий нижних конечностей.

Результаты: Среднее время операции составило 215,4?64,1 мин, время ИК и пережатия аорты – 95,2±33,2 и 44,2±24,3 соответственно. Индекс реваскуляризации миокарда составил 3,32?0,78. Среднее время нахождения в отделении реанимации – 3,14?1,2 суток. Во всех 16 случаях (72,7%) во время операции использовали аппарат возврата крови, интраоперационное переливание свежезамороженной плазмы и тромбоцитарной массы. Госпитальная летальность составила 1,3% (2 пациента).

Выводы: Определена оптимальная тактика хирургического лечения больных с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий. Произведена оценка возможности выполнения эндоваскулярных и открытых операций, разработаны и внедрены в клиническую практику тактика лечения у больных ишемической болезнью сердца с мультифокальным атеросклерозом, одним из компонентов которых является этапный подход. Проведен сравнительный анализ этапных открытых каротидных эндартерэктомий и аортокоронарного шунтирования и этапного стентирования сонных артерий и аортокоронарного шунтирования.

Рекомендации: Сравнительный анализ результатов лечения ишемической болезни сердца в государственных специализированных отделениях и частных многопрофильных лечебных центрах показал отсутствие существенной разницы в подходах, осложнениях, летальности и времени реабилитации этого тяжелого контингента больных.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца аорто-коронарное шунтирование

---

663. Динамика нейтрофильно-лимфоцитарного индекса у больных с острой артериальной ишемией конечностей

Хорев Н.Г. (1,2), Чичваров А.А (1,2), Буренкин А.А. (1), Мартиросян С.С (1), Беллер А.В. (1,2).

Барнаул

1 ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Барнаул,2 ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина г. Барнаула» г. Барнаул.

Цель исследования оценить динамику нейтрофильно-лимфоцитарного индекса у больных с острой ишемией конечностей. В исследование включено 367 больных с острой артериальной ишемией конечностей на фоне артериальной эмболии (32,4%) или артериального тромбоза (67,6%). Критерием исключения были больные с травматическими повреждениями артерий, первичной ампутацией конечности, а так же, лица с синей флегмазией и расслоением аорты. В зависимости от исхода лечения выделено две группы больных. Первая – 330 больных выписанные с сохраненной конечностью, вторая – 37 больных выписанные с ампутированной конечностью после проведенного лечения. Верификация диагноза проводилась с учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных (дуплексное сканирование рентгеноконтрастная или МСКТ-ангиография). Полученный во время операции материал подвергался гистологическому исследованию. Исследован нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ) в обеих группах больных. Расчет индекса проводился путем деления количества нейтрофилов на количество лимфоцитов в периферической крови. Указанный показатель оценивался при поступлении и выписке больного. Статистический анализ проводился с использованием средних и медианных значений и оценкой критериев Манна-Уитни, t-критерия Стьюдента. У 73,3% больных выполнялась открытая реваскуляризация (тромбэмболэктомия, реконструктивное вмешательство), остальные больные (26,7%) получали консервативное лечение. Эндоваскулярное лечение и тромболитическая терапия не проводились. Из числа госпитализированных – 51,2% мужчины. Средний возраст больных составил 70,9+12,3 года. До момента поступления медиана длительности заболевания составила 24 часа [Q1 – 5 часов; Q3 – 72]. Больные с 1-й степенью ишемии составили 52,3%, 2-й степенью 45,2% и 3-й степенью 2,5%. В большинстве случаев этиологией острой ишемии являлся острый тромбоз (68%).

Результаты Медиана длительности заболевания в группе ампутации в 3 раза больше, чем в группе без ампутации и составляет 72 часа [13;120] (p=0,004). В обеих группах НЛИ статистически значимо снижался с 4,81 до 3,50 при выписке (p <0,001). У больных с сохраненной конечностью НЛИ при поступлении составил 3,53, что на 76% (4,65) меньше чем у больных перенесших ампутацию (p=0,02). Следовательно, ликвидация острой ишемии путем реваскуляризации или на фоне потери конечности приводит к снижению НЛИ. Значит этот показатель может быть признаком прогноза лечения. Полученные нами данные значимого увеличения НЛИ у больных с потерей конечности можно трактовать как прогностический показатель исхода лечения острой ишемии.

Выводы Простой, доступный лабораторный метод оценки нейтрофильно-лимфоцитарного отношения может быть прогностическим критерием исхода лечения больных с острой артериальной ишемией.

Ключевые слова: Острая артериальная ишемия конечности, ампутация, нейтрофильно-лимфоцитарный индекс.

---

664. Исследование синдрома вторичной системной капиллярной утечки при сепсисе

Глущенко И.А., Петрушин М.А., Воробьев С.А.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. Инфузионная терапия является основой интенсивной терапии у пациентов с септическим шоком. Избыточная агрессивная инфузия повышает микрососудистое гидростатическое давление и может способствовать накоплению интерстициальной жидкости. Перегрузка жидкостью независимо связана с нарушением функции органов и ухудшением исхода. При повышенной проницаемости капилляров происходит транскапиллярный выход альбумина и компонентов плазмы в интерстиций. Существует значимая корреляция между уровнем сывороточного альбумина и риском летального исхода. Остается открытым вопрос использования альбумина в составе базовой инфузионной терапии сепсиса.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное исследование. Проведен анализ 50 медицинских карт пациентов, госпитализированных в отделение анестезиологии и реанимации Тверской областной клинической больницы с 2016 по 2023 год с абдоминальным сепсисом. В выборку были включены пациенты старше 18 лет, с диагностированной абдоминальной инфекцией, наличием органной дисфункции, определенной по шкале SOFA 5 баллов и более, находившиеся в отделении реанимации и интенсивной терапии более 3 суток. Из выборки исключались пациенты, если их возраст был до 18 лет и старше 80 лет, имелись терминальные состояния. Полученные данные были обобщены в электронную базу данных. Особое внимание уделялось числу койко-дней, проведенных о ОРИТ, критерию 28-дневной летальности, лабораторным показателям, расчету индекса капиллярной утечки, суточному балансу жидкости, органной недостаточности с оценкой по шкале SOFA в 1-е, 3 и 7 сутки пребывание в ОРИТ. Индекс капиллярной утечки рассчитывался как отношение С-реактивного белка (СРБ) (мг/дл) к альбумину (г/л), умноженное на 100. Диагностика и терапия проводилась в соответствии с принятыми рекомендациями, согласно концепции СЕПСИС-3.

Результаты. Мужчин насчитывалось 23 (46%), женщин 27 (54%). Средний возраст в выборке составил 52,4 + 16,2 лет. Группу выживших составили 15 (30%) пациентов, а группу умерших 35 (70%) пациентов, из которых у 29 наблюдалась 28-дневная летальность (82,86% от общего числа пациентов в группе умерших и 58% от общего числа пациентов в выборке). Исследованием было установлено, что развитие септического шока, ОПП и ОРДС не коррелировало с летальным исходом (p=0,736; p=0,174; p=0,849 соответственно). Между группами выживших и умерших на 1 сутки пребывания в ОРИТ не было обнаружено существенных различий. Однако, у выживших пациентов наблюдалось значительно большее число лейкоцитов (p<0,05). Индекс капиллярной утечки в каждый день оценки был выше в группе умерших с достигнутым максимумом на 7 день, что было достоверно выше, чем в группе выживших (p<0,001). Нарастание индекса капиллярной утечки в группе умерших от 3 к 7 дню имело статистическую достоверность (p=0,02). Однако, уменьшение индекса капиллярной утечки в группе выжившие не достигало статистической значимости (p=0,063).

Обсуждения. В качестве показателя микроциркуляторной дисфункции при сепсисе был использован индекс капиллярной утечки. Это исследование показало, что первые 3 суток не являются показателям для прогнозирования летальности. Пациенты, имеющие спустя 3 суток пребывания в ОРИТ нарастающую капиллярную утечку и нарастающий суточный баланс жидкости, ассоциировались с летальным исходом.

Выводы и рекомендации. Развитие синдрома капиллярной утечки у пациентов с абдоминальным сепсисом связано с высоким риском смертности. Нарастание индекса капиллярной утечки к 7 суткам пребывания в ОРИТ был независимым предиктором летального исхода (p<0,02). Изменение динамики индекса капиллярной утечки может быть использовано для прогнозирования исхода терапии. Ориентируясь на данные этого исследования, можно говорить о необходимости ограничения жидкости у пациентов с абдоминальным сепсисом. Применение альбумина в составе базовой инфузионной терапии необходимо для уменьшения капиллярной утечки.

Ключевые слова: Сепсис; микроциркуляторная дисфункция; перегрузка жидкостью; синдром капиллярной утечки; полиорганная недостаточность.

---

665. Практическое применение коэффициента вариации тромбоцитов при тяжелом остром панкреатите

Шляхова М.А., Марийко В.А., Марийко А.В.

Тула

Тульский государственный университет

В настоящее время сохраняет свою актуальность ранее определение тяжести и прогноза течения острого панкреатита (ОП). Данная необходимость продиктована необходимостью использования в процессе лечения дорогостоящих методик экстракорпоральной детоксикации. Основными факторами, сдерживающими поголовное применение данных процедур является длительность процедуры, высокая стоимость расходных материалов и непрерывное присутствие обученного

врачебного персонала. В этой связи тщательный отбор и стратификация больных по прогнозу течения заболевания является остро необходимой. В качестве инструмента для выделения группы больных, нуждающихся в проведении данных методик, был предложен способ прогнозирования течения острого деструктивного панкреатита (патент на изобретение RU №2759073) помощью определения коэффициента вариации тромбоцитов (КВТ). Суть методики основана на связи морфофункциональных характеристик тромбоцитов и тяжестью ОП. ОП в настоящее время ассоциируется с системной воспалительной реакцией. Локальные тромбозы мелких сосудов и развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови ухудшают течение и прогноз при ОП. Доказано, что данные события находят отражение в изменении морфофункциональных характеристик тромбоцитов. С целью коррекции данных изменений были предложены следующие меры: применение гемофильтрации длительностью около 24 часов с использованием высокопроницаемых фильтров (точка отсечки – 30 кДа). Нами была исследована летальность в I фазе заболевания(ранней), то есть в сроки до 14 суток от начала заболевания. В исследовании участвовало 34 пациента с тяжелым ОП, находившиеся на лечении в 1 хирургическом отделении БСМП им. ДЯ Ваныкина в период с 2019 по 2022 год. Отбор в данную группу осуществлялся на основании вычисления КВТ в динамике: при поступлении и на 3 сутки пребывания в стационаре, после чего при увеличении КВТ и плохом прогнозе течения заболевания пациентов относили к группе тяжелого ОП, к лечению добавляли гемофильтрацию длительностью не менее 24 часов(средняя продолжительность процедуры 28,3 ч). Для сравнения выбрано 36 пациентов с тяжелым ОП, находившиеся на лечении в 1 хирургическом отделении БСМП им ДЯ Ваныкина в период с 2015 по 2018 год. Критерии включения пациентов в группу тяжелого ОП были основаны на клинических рекомендациях РОХ (персистирующая органная недостаточность более 48 часов). Таким образом, тяжесть состояния оценивалась ретроспективно на 3-4 сутки. Лечение данной группы больных осуществлялось так же на основании клинических рекомендаций с применением гемофильтрации (средняя продолжительность процедуры 23,8 ч). При сравнении групп выявлено: срок начала проведения процедуры гемофильтрации в среднем в первой группе 76,8 часов от момента поступления в стационар, во второй группе 83,4 часа. Летальность в первой группе в ранней фазе заболевания составила 23,5% (8 больных), в группе сравнения 38,9% (14 больных) Ретроспективно оценена общая летальность в группах: в опытной группе 32,3% (11 больных), в группе сравнения 52,7% (19 больных) Таким образом, применение способа прогнозирования тяжести ОП на основе вычисления КВТ позволяет точнее стратифицировать больных по тяжести состояния и в более ранние сроки определить показания к эфферентным методикам, таким образом снизить смертность в группе больных с тяжелым ОП.

Ключевые слова: острый панкреатит, тромбоциты, прогноз тяжести, гемофильтрация

---

666. Особенности течения пилонидальных кист области пупка

Ахкубеков Р.А., Дзагалов М.М., Замаева Л.Р., Беказиева Д.Х.

Нальчик

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова»

Пилонидальный синус (или волосяная киста) —является воспалительным заболеванием дермы и гиподермы с образованием малого хода, в просвете которого может находится один или несколько волосков. Чаще всего располагается в межягодичной складке, но встречается и в других областях части тела. Очень часто такую патологию расценивают как неспецифический омфалит и лечат при принципам лечения омфалита.

Цель: Рассмотреть особенности течения пилонидальных кист в области пупка.

Материалы и методы: Всего рассмотрено 120 больных с признаками омфалита за 2020-2022 г.: поступившие с жалобами на боли, уплотнение, покраснение в области пупка, с выделением гноя с неприятным запахом. Как правило длительность болезни более нескольких месяцев. Среди трех из них отмечалось упорное и рецидивное течение воспалительного процесса. Все трое были оперированы после предварительного дообследования и исключения другой патологии пупочной зоны. Операционной находкой являлось небольшая полость (обычно до 3 см в диаметре), содержащая волосы. Было выполнено полное удаление волос, выскабливание ложкой Фолькмана стенок полости, и обработка ее антисептиками. Полость велась открыто, до полного ее закрытия (обычного 2-3 недели). В послеоперационном периоде назначены антибиотики, анальгетики, перевязки. Дальнейшее наблюдение за пациентами показало положительную динамику в лечении, в связи с чем были выписаны домой. При осмотре спустя 1 мес, 6 мес, 1 года признаков рецидивирования не обнаружено.

Обсуждение: При пупочном кисте успех оперативного лечения зависит от эффективного удаления волос и соблюдения пациентом личной гигиены.

Выводы: У пациентов, которые имеют клинические про-

явления омфалита, нельзя забывать о такой его причине, как пилонидальная киста пупка. При этом заболевания не имеет патогномоничных симптомов. При его лечении возможно использование как консервативного, так и хирургического лечения.

Ключевые слова: пилонидальный синус, пилонидальная киста, пупочная киста, омфалит

---

667. Лечебно-диагностическая тактика при цистном эхинококкозе с первичным массивным поражением нескольких органов

Ахмедов И.Г.

Махачкала

ГБОУ ВО “Дагестанский государственный медицинский университет” Минздрава России

Актуальность. В Республике Дагестан при уровне заболеваемости цистным эхинококкозом (Echinococcus granulosus) 4,6-8,5 на 100000 населения за последние несколько десятков лет, ежегодно наблюдаются единичные случаи первичного массивного поражения органов. В подобных случаях использование лечебно-диагностической тактики, оптимальной для иных форм множественного и сочетанного эхинококкоза, оказывается неприемлемой из-за небольших по размеру кист, а также из-за массивности поражения органов.

Материал. За последние 13 лет под нашим наблюдением находились 11 случаев первичного эхинококкоза, при котором имелось массивное поражение однотипными мелкими эхинококковыми кистами CL и CE1-типа (по классификации ВОЗ) печени и обоих легких в сочетании с аналогичным поражением одного или нескольких других органов. У всех этих пациентов при обследовании не были обнаружены кисты других типов, что могло бы говорить о вторичном обсеменении организма. Как правило, клинический анамнез был коротким, а возраст пациентов на момент выявления поражения от 6 до 42 лет. Все пациенты были лицами женского пола.

Результаты. Анализ клинической практики у этих пациентов показывает, что во всех этих случаях клиницисты испытывали сложность в выборе оптимальной клинической практики. В двух случаях пациенты изначально были ошибочно прооперированы: интраоперационно стало очевидно, что удаление части кист легкого в обоих случаях не решало проблему лечения всех кист легких и органов брюшной полости. Остальным пациентам изначально была принята тактика только медикаментозного лечения Альбендзолом по 10-13 мг/кг/сут. Во всех случаях проведения медикаментозного лечения имело место положительная динамика, заключающаяся в уменьшении размеров большинства кист. Многие кисты печени с течением длительного времени перестали выглядеть как кисты и на УЗИ имели картину гиперэхогенного мелкого образования в печени неправильной формы с мелкими кальцинатами. Отдельные кисты легких часто на фоне лечения откашливались. Ускорению санации легких в этих случаях способствовали повторные санационные бронхоскопии. У части кист печени и селезенки динамика размеров и эхоструктуры была незначительной или сомнительной. В этих случаях необходимость длительного наблюдения и принятия решения о возобновлении или не возобновлении медикаментозного лечения являлась психотравмирующим фактором для пациентов. В отдельных случаях у этих пациентов предпринималась попытка пункционного лечения под контролем УЗИ, либо оперативного лечения.

Заключение. Оптимальной оказалась тактика предварительного медикаментозного лечения с последующим решением вопроса о необходимости хирургического или малоинвазивного чрескожного вмешательства в отношении отдельных кист со слабой динамикой. Повторный иммуноферментный анализ на динамику титров антител к цистному эхинококкозу до и после курса медикаментозного лечения служит весомым фактором верификации диагноза. Ультразвуковое исследование сердца должно предшествовать началу медикаментозного лечения в силу опасности прорыва кист миокарда в полости сердца. Такая тактика в лечебном плане оказывается оптимальной, но сопряжена с психологическим дискомфортом пациентов из-за необходимости длительного контроля за динамикой ультразвуковой картины кист и повторным возобновлением курсов медикаментозного лечения и (или) чрескожных пункционных методик лечения. Очевидно, что подобные формы поражения необходимо выделить из общей классификации эхинококкоза, поскольку тактика лечения таких случаев не укладывается в привычные подходы лечения множественного и сочетанного эхинококкоза. На наш взгляд, такие случаи могут быть обозначены термином “первичный генерализованный эхинококкоз”.

Ключевые слова: Цистный эхинококкоз, медикаментозное лечение, Альбендазол, генерализованное поражение, множественный эхинококкоз, сочетанный эхинококкоз

---

668. Прогностические возможности дооперационной диагностики радиойодрезистентного высокодифференцированного рака щитовидной железы

Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Симонова М.С., Криволапов Д.С., Легенькая Е.Д.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Выбор оптимального варианта лечения у больных радиойодрезистентными формами высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВДРЩЖ) остается одной из сложных и до конца нерешенных проблем онкологии и эндокринной хирургии. В связи с этим необходимо применение дополнительных диагностических технологий, позволяющих на дооперационном этапе получить дополнительную информацию о биологических свойствах опухоли, прогнозе эффективности хирургического лечения и радиойодтерапии (РЙТ), а также риске рецидивирования онкологического процесса.

Цель исследования – изучить прогностические возможности дооперационной диагностики ВДРЩЖ в выявлении его резистентности к терапии радиоактивным йодом.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты обследования и хирургического лечения 103 больных ВДРЩЖ. Общепринятый комплекс предоперационного обследования был дополнен молекулярно-генетическими исследования пункционного материала образований ЩЖ с выявлением мутации V600E гена BRAF методом полимеразной цепной реакции и определением мембранной экспрессии натрий-йодидного симпортера (NIS) методом проточной флуороцитометрии. С целью оценки эффективности проведенного лечения и прогнозирования резистентности к РЙТ все пациенты были разделены на три группы: в первую (n=44), контрольную, вошли больные, которые перенесли только оперативное вмешательство с отсутствием показаний к РЙТ; во вторую (n=43) – тиреоидэктомию с последующей РЙТ и отсутствием по данным контрольной сцинтиграфии всего тела патологического накопления радиофармпрепарата (РФП), а также определяемого уровня тиреоглобулина (ТГ) крови и антител к нему (АТ-ТГ); в третью (n=16) – тиреоидэктомию с последующей РЙТ без патологического накопления РФП, подтвержденного контрольной сцинтиграфией всего тела, но со стойким сохранением уровня ТГ. Полученные результаты. В первой группе больных (n=44) уровень мембранной экспрессии NIS варьировал от 0,4% до 10,9% и в среднем составил 4,4±0,9%. Среди пациентов второй группы (n=43) с возможным риском прогрессирования ВДРЩЖ, радикальное оперативное вмешательство которых было дополнено послеоперационной РЙТ, средний уровень экспрессии NIS статистически не отличался и составил 3,7±1,3% ($p<0,05$). Такие показатели данного маркера позволили успешно провести РЙТ, что было подтверждено отсутствием накопления РФП при контрольной сцинтиграфии всего тела с 123I и постепенным снижением уровня ТГ и АТ-ТГ ниже пороговых значений. Только у 1 пациента была отмечена относительно низкая экспрессия NIS – 1,2%, которая не оказала влияния на результат РЙТ. Самое низкое среднее значение экспрессии данного белка – 1,8±0,7% отмечено у пациентов третей группы (n=16), у которых выявлена резистентность к РЙТ, подтвержденная стойким сохранением определяемого уровня ТГ и АТ-ТГ крови. Полученные данные потребовали выполнения повторных (завершающих) операций с последующими курсами высоких доз РЙТ. Проведенный анализ выявления мутации BRAF V600E показал, что среди 16 пациентов с радиойодрезистентным ВДРЩЖ данная мутация выявлена у 10 (62,5%) больных папиллярной карциномой ЩЖ, что подтверждает имеющиеся литературные данные о ее влиянии на экспрессию NIS и, как следствие, йод-транспортную функцию ЩЖ. При этом BRAF-мутация исключена у всех пациентов первой группы (n=44), а также у всех больных фолликулярным РЩЖ (n=5).

Выводы. Изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных ВДРЩЖ позволило установить пороговый уровень экспрессии NIS для развития радиойодрезистентности на уровне 1,8%, значения ниже которого возможно указывают на неэффективность послеоперационной РЙТ, что позволяет сформулировать показания для выполнения радикальной тиреоидэктомии ввиду повышенного риска рецидива даже после комбинированного лечения. Подтверждена возможность использования BRAF-мутации в качестве дополнительного прогностического маркера чувствительности опухоли к РЙТ. Такой комплексный лечебно-диагностический подход у больных радиойодрезистентными формами ВДРЩЖ позволяет снизить риск рецидива заболевания и избежать повторных хирургических вмешательств.

Ключевые слова: высокодифференцированный рак щитовидной железы, радиойодтерапия, радиойодрезистентность, натрий-йодидный симпортер, мутация BRAF V600E.

669. Коагулопатия у кардиохирургических пациентов при аортокоронарном шунтировании в условиях искусственного кровообращения

Герасимова Ю.В., Лищук А.Н., Староконь П.М.

Красногорск

ФГБУ «Научно-медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Минобороны России

Введение Выполнение кардиохирургических вмешательств в условиях искусственного кровообращения получили широкое распространение. Возникающие при таких операциях нарушения системы гемостаза являются причиной послеоперационных осложнений. Кровотечение является одним из самых частых осложнений кардиохирургии. Разработка и внедрение алгоритмов лечения является обязательными для своевременной коррекции геморрагических осложнений.

Цель: изучить особенности нарушения гемостаза в периоперационном периоде у кардиохирургических пациентов, и влияние этих изменений на объем кровопотери в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 170 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, госпитализированных в плановом порядке в кардиохирургический центр ФГБУ «НМИЦ ВМТ имени А.А. Вишневского» Минобороны России. Пациентам проведена операция аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. Средний возраст пациентов 65±7,3 лет (от 45 до 80 лет). Критериями включения послужили первичное коронарное шунтирование, отмена приема пероральных антикоагулянтов, дезагрегантов за 5 дней до хирургического лечения Критериями исключения были повторные и экстренные операции. Исследование проводилось до начала операции, после введения протамина сульфата и через сутки после операции. Для выявления факторов риска развития послеоперационного кровотечения произведена оценка клинических и лабораторных (тромбоэластография, коагулограмма) данных. Объем кровотечения оценивался с помощью измерения количества отделяемой по дренажным трубкам крови. В связи с выявленными различиями показателей гемостаза пациенты были разделены на две группы: группа 1 (n=75) – пациенты с высоким риском кровотечения; группа 2 (n=45) – пациенты с низким уровнем кровотечения. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica. Статистическая значимость была определена как p ?0,05.

Результаты исследования и обсуждение. При анализе клинических данных длительность оперативного вмешательства, искусственного кровообращения и время пережатия аорты в группе 1 оказались достоверно выше по сравнению со 2 группой. Анализ коагулограммы и тромбоэластографии на дооперационном этапе показал отсутствие различий между показателями в обеих группах. В раннем послеоперационном периоде по данным тромбоэластографии гипокоагуляция, тромбоцитопения оказались более выражены в первой группе, по сравнению со второй (p?0,05). Сравнительный анализ послеоперационной кровопотери у двух исследуемых групп показал более высокие показатели в первой группе по сравнению со второй (889 ±114мл против 617±75мл). Количество гемотрансфузий в первой группе значительно выше, чем во второй (1015,9±105,4 мл против 460,2±122,9 мл). В послеоперационном периоде частота развития осложнений у пациентов первой группы выше, чем у второй со стороны сердечно-сосудистой системы (23% против 9%), количество рестернотомий (15% против 6%). Средняя продолжительность койко-дня в отделении интенсивной терапии у первой группы составила 2±0,75 дня, у второй группы – 1±0,35 дней. Летальность в обеих группах не зарегистрирована.

Выводы: На сдвиги в системе гемостаза при кардиохирургическом вмешательстве влияет метод анестезии, время перфузии, длительность искусственного кровообращения, величина кровопотери, адекватность нейтрализации гепарина сульфатом протамина. Применение тромбоэластографии у кардиохирургических пациентов в периоперационном периоде позволяет своевременно провести коррекцию антикоагулянтной терапии, целесообразно назначить гемотрансфузии донорских компонентов крови, тем самым снизить риск развития послеоперационных кровотечений и тромботических осложнений, улучшить результаты лечения хирургических пациентов.

Ключевые слова: система гемостаза, аортокоронарное шунтирование, искусственное кровообращение, тромбоэластография

---

670. Роль озонотерапии в лечебном процессе пациентов с флегмоной верхней конечности

Красенков Ю.В., Татьянченко В.К., Давыденко А.В., Богданов В.Л.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ

Цель исследования. Определить степень влияния озонотерапии на динамику сроков регенерации раневых поверхностей у пациентов с флегмоной верхней конечности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии ГБУ «Городская больница

скорой медицинской помощи». В исследование вошло 134 пациента с флегмонами плеча и предплечья. Пациенты сопоставимы по генреду, возрасту, течению патологического процесса, этиологии. Разделены на две клинические группы исследования: I – 62 человека, диагностика и лечение которых осуществлялась по известным технологиям, II – 72 человека (основная группа), диагностика и лечение данного контингента было дополнено оригинальными способами закрепленными патентами РФ на изобретения (патент РФ на изобретение №2699964, №2755169). Указанные изобретения являются интеллектуальной собственностью авторского коллектива. Дополнительно ко всему, в основной группе лечения был использован метод озонирования ран. Для санации была использована дистиллированная вода с концентрацией озона до 25 мкг/мл, а также внутривенные инфузии 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия с помощью медицинского озонатора «Медозон». У контингента I группы (контрольной) озон не использовался. Для измерения динамики раневой поверхности использовали метод В.С. Песчанского.

Результаты исследований статистически обрабатывали с помощью пакета программы Statistica 10.0 for Windows. Для сравнения показателей до и после лечения использовали W критерий Уилкоксона. Результаты. После проведения 2 сеансов озонотерапии у рассматриваемого контингента было зафиксировано улучшение общего состояния, положительная тенденция в снижении болевого синдрома, нормализация температуры тела. Ключевая динамика локальных изменений в контрольной группе была замечена к 8-10 суткам, а в основной группе – к 5-6, что соответствовало проведению 2-3 сеансов озонотерапии. Озонотерапия способствовала купированию коллатерального отека, снижению отечности и болевого синдрома в области послеоперационной раны. У больных II группы исследования площадь раневой поверхности на 4, 7, 10 и 14 сутки после операции сократилась на 17,9%, 34,8%, 48,3% и 71,36 соответственно. У больных группы сравнения на 7, 10, 15 и 20 дни этот показатель составлял 6,4%, 8,5%, 29,7% и 52,7% соответственно. Сравнительные показатели скорости уменьшения раневой поверхности в обеих группах, позволило выявить значительные различия. При этом во II группе повышение этого показателя было в 1,3 раза выше, чем в I группе ($p<0,05$).

Ключевые слова: флегмона, абсцесс, компартмент-синдром, гнойный процесс.

---

671. К вопросу о лечении сочетанных огнестрельных проникающих ранений груди и живота

Ивченко Д.Р. (1), Федорченко В.Е. (2), Емельянов И.Н. (2)

1) Москва,
2) Балашиха

1) Департамент медицинского обеспечения Росгвардии,
2) ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»

Актуальность. Сочетанные огнестрельные ранения груди и живота относятся к наиболее тяжелым повреждениям, сопровождающиеся высокой летальностью. Большинство проникающих огнестрельных ранений груди и живота сопровождается острой массивной кровопотерей и шоком. Летальность обусловлена повреждением жизненно важных органов, развитием нарушений гемодинамики, дыхания и достигает 35%.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 119 пациентов с огнестрельными проникающими сочетанными ранениями груди и живота. Все пациенты были военнослужащими войск национальной гвардии, получившими ранения в период проведения спецоперации на территории Северного Кавказа в период с 2000 по 2019 гг. Большое значение для исхода ранения имела быстрая эвакуации раненых в МОСН и близлежащие лечебные учреждения гражданского здравоохранения. В течение первого часа после ранения удалось доставить 56% раненых, а в течение 2 часов 82%. У 61 раненых общее состояние расценено как тяжелое и у 11 – крайне тяжелое. Средний объем кровопотери составлял 1,9 литра.

Результаты. Во всех случаях лечение сочетанных проникающих ранений груди и живота начинали с дренирования плевральной полости. Исключением составляло подозрение на ранение сердца и продолжающее внутриплевральное кровотечение. У 81 раненых выполнен торакоцентез и дренирование плевральной полости, у 27 раненых – неотложная торакотомия, у 11 – ушивание открытого пневмоторакса. При торакотомии выполняли атипичную резекцию легких, ушивание ран легких, сердца, остановку кровотечения из сосудов средостения и грудной стенки. При ранениях живота и переломах костей использовали тактику Damage control. При лапаротомии выполнялось ушивание печени, спленэктомия, ушивание ран желудка, кишечника, а также применяли временную герметизацию концов тонкой кишки и временную тампонаду печени. В 68 случаях выполнена первичная хирургическая обработка ран на различных локализациях с остановкой наружного кровотечения, 8 операций по стабилизации огнестрельных переломов

конечностей стержневыми аппаратами. После стабилизации состояния проводилась дальнейшая эвакуация раненых в ГВКГ войск национальной гвардии.

Заключение. Сочетанные огнестрельные ранения груди и живота относятся к наиболее тяжелым боевым повреждениям, сопровождающиеся острой массивной кровопотерей и шоком. Использование тактики Damage control, а также снижение объема оперативного пособия раненым, существенно снижает послеоперационную летальность.

Ключевые слова: ранения груди, ранения живота

---

672. Результаты лечения инфицированного панкреонекроза в зависимости от клиничекских вариантов парапанкреатита

Александров Д.А., Мельситов В.А., Окаев А.О., Аликберов А.А., Гусев Г.А.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского»

Актуальность. Патологические изменения в забрюшинной клетчатке (ЗБК) все чаще рассматриваются как весьма значимый фактор, влияющий на исходы лечения панкреонекроза (ПН). Остается много спорных вопросов в отношении выбора хирургических методов лечения распространенных форм гнойно-некротического парапанкреатита (ГНПП), так как при этой патологии летальность по-прежнему остается высокой.

Материал и методы. С 1918 года по 2022 год в ГУЗ Областная клиническая больница города Саратова находились на лечении 1125 больных с гнойными осложнениями ПН. Тяжелый ПН диагностирован у 462 из них. Диагностические и лечебные мероприятия выполнялись в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Выбор хирургической тактики определяли с учетом сроков от начала заболевания, функциональных резервов больного, размеров и анатомической локализации зон гнойно-некротических очагов, их доступности для пункционных и малоинвазивных вмешательств. Именно таким методам отдавали предпочтение. Открытые оперативные вмешательства выполняли при анатомической недоступности малоинвазивных методов или их недостаточной эффективности. При оценке распространенности патологического процесса использовали модели панкреонекроза. по Шабунину А.В. Полученные результаты. Среди представленных больных варианты ПН распределились следующим образом. Модель 1 выявлена у 382 пациентов, тяжелый ПН диагностирован у 95 из них, умерли 53 (13,87%). Модель 2 – у 282 больных ПН, из них с тяжелой формой – 94, умерли 48 пациентов (17,02%). Модель 3 – 219 наблюдений, тяжелый ПН – у 111 из них, скончались 39 (17,8%). Модель 4 – 242 человека, среди них тяжелый ПН выявлен у 162, умерли – 77 (31,81%)

Обсуждение. Среди представленных больных доля тяжелых форм ПН и летальность прогрессивно нарастали по мере расширения зоны деструкции ЗБК. В случаях распространенного ГНПП именно этот процесс во многом определял тяжесть состояния больных и исход заболевания. Несмотря на дифференцированный подход к выбору хирургической тактики и выполнение современных технических приемов, при двухсторонних формах ГНПП летальность остается высокой.

Выводы. Наиболее тяжело протекает ПН при развитии двухсторонних форм парапанкреатита. У таких пациентов необходим индивидуальный подход к выбору оптимальной хирургической тактики.

Ключевые слова: Инфицированный панкреонекроз гнойно-некротический парапанкреатит, хирургическая тактика

---

673. Опыт применения нового способа пластики послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты.

Шубров Э.Н., Барышев А.Г., Триандафилов К.В.

Краснодар

НИИ-ККБ№№1

Актуальность. Частота встречаемости пилонидальной кисты крестцово-копчиковой области среди хирургической патологии в России равняется 1-2%, при этом заболеваемость составляет 26 случаев на 100000 человек. При огромном многообразие способов оперативного лечения пилонидальной кисты от иссечения с ушиванием по Донатти до сложных пластических методов с перемещением лоскутов, идеальный способ не разработан до сих пор.

Цель исследования. сравнение результатов лечения пациентов с пилонидальной кистой после иссечения и ушивания различными способами.

Материалы и методы исследования. Проведено экспериментальное рандомизированное исследование среди 100 пациентов, проходивших хирургическое лечение пилонидальной кисты с января 2021 года по январь 2023 года в отделении гнойной хирурги НИИ-ККБ№1. Сформированы случайным методом «конвертов» две группы,

контрольная и основная, по 50 пациентов в каждой группе. По критерию Колмогорова-Смирнова установлено, что распределение значений возраста и ИМТ в обеих группах не соответствовало нормальному закону распределения, поэтому показатели представляли в виде Me (медианы), а также в виде Q1 (первая квартиль) и Q3 (третья квартиль). Группы были однородные по полу, возрасту, ИМТ (p>0,05). В основной группе выполнялось иссечение пилонидальной кисты с пластическим закрытием раневого дефекта крестцово-копчиковой области согласно патенту RU №2751821от 19.07.21г., а в контрольной группе иссечение пилонидальной кисты с ушиванием по Bascom II.

Результаты. При анализе результатов лечения сравнивали следующие показатели в группах пациентов, время операции, время лечения, частоту осложнений и рецидивов. По критерию Колмогорова-Смирнова установлено, что распределение числовых значений времени операции и времени лечения в стационаре, для обеих групп не соответствовало нормальному закону распределения, поэтому показатели представляли в виде медианы и первой и третьей квартилей. Время операции в контрольной группе составило 30,0 (30,0; 35,0), а в основной группе 35,0 (35,0; 40,0) минут (p<0,001). Разница во времени длительности операции в сравниваемых группах была статистически значима. Время лечения в стационаре составило в контрольной группе 7 (6; 8) дней, в основной группе было снижено. Значение медианы и квартилей было7(6,0; 7,0) (p=0,034). Разница во времени длительности лечения в сравниваемых группах была статистически значима. Это связано с меньшей частотой развития послеоперационных осложнений, ранней активизацией больных за счет прочной фиксации краев фасции, что снижала нагрузку на кожно-подкожно-жировые швы. Частота послеоперационных осложнений в группах было различно, несостоятельность швов в контрольной группе было выявлено у 4 пациентов, нагноение раны у 2, некроз кожных лоскутов у 3. Всего в контрольной группе наблюдали 9 осложнений (18%). В основной группе было выявлено только 1 нагноение раны у пациента и одна несостоятельность швов. Всего в основной группе наблюдали 2 осложнения (4%), (p<0,05). Количество рецидивов в контрольной группе составило 5 (10%), в основной группе 1 случай (2%) (p>0,05). Для частоты рецидивов различия показателя в группах статистически не значимы. Срок наблюдения за пациентами составил 2 года.

Обсуждение. При применении нового способа оперативного лечения пилонидальной кисты удалось снизить количество койко-дней в стационаре. Частоту послеоперационных осложнений удалось довести до минимального значения. Рецидивы в основной группе значительно снизились по сравнению с контрольной группой, хотя различие статистически не значимо из-за малого объёма выборки.

Выводы. По литературным данным, у существующих способов лечения высокий процент послеоперационных осложнений и рецидивов. При применении современных способов хирургического лечения удалось снизить количество рецидивов, но количество послеоперационных осложнений остается высоким. При применении нового способа удалось улучшить результаты лечения пациентов с пилонидальной кистой. Частота таких послеоперационных осложнений, как нагноения раны, несостоятельность швов и некроз кожных лоскутов статистически значимо снизилось с 18% до 4% за счет более прочной фиксации краев раны и лучшему дренированию раны. Снижение частоты рецидивов позволило избежать повторных оперативных вмешательств и, как следствие ограничения трудовой активности.

Рекомендации: Совершенствование способов оперативного лечения пилонидальной кисты позволит уменьшить частоту рецидивов и осложнений и, как следствие время стационарного лечения.

Ключевые слова: пилонидальная киста, ушивание раны, пластическое закрытие раны, эпителиальный копчиковый ход

---

674. Идентификация SARS-CoV-2 в перитонеальной жидкости у пациентов с острым аппендицитом на фоне COVID-19

Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Султанова Ф.М.

Санкт-Петербург

СПБ ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия

Актуальность. Присутствие SARS-CoV-2 в перитонеальной жидкости является предметом оживленных дискуссий в мировой литературе, посвященной новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Целью исследования явилось идентификация SARS-COV-2 в перитонеальном выпоте у пациентов с острым аппендицитом на фоне новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. С 16 марта 2020 года по 31 декабря 2022 года в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» было выполнено 193 аппендэктомий по поводу острого аппендицита у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Критерии включения в работу: положительный результат полимеразной цепной реакции на SARS-CoV-2 (ПЦР) и/или характерная картина вирусной пневмонии по результатам компьютерной томографии; воспалительные изменения червеобразного отростка; наличие выпота в брюшной полости

у пациентов

Результаты. Всем пациентам изначально выполнялась диагностическая лапароскопия. В 5 случаях потребовалась конверсия доступа из-за разлитого перитонита, выраженного пареза кишечника. 188 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Во время диагностической лапароскопии у 145 (75,13%) пациентов был выявлен серозный выпот в правой подвздошной ямке и малом тазу, у 48 (24,87%) гнойный выпот (43 местный, у 5 распространенный). Выпот отправлялся на анализ ПЦР с целью выявления SARS-CoV-2 и на бактериологическое исследование. Результат ПЦР оказался положительным в 140 случаях (72,53%). У 109 пациентов по результатам бактериологического исследования роста не выявлено, в 31 случаях выявлена ассоциация (положительный ПЦР на SARS-CoV-2, наличие роста бактерий). Наибольшее количество случаев выявления SARS-CoV-2 в перитонеальной жидкости отмечено у пациентов, которые отмечали жалобы, связанные с COVID-19 первые 5 суток до проведения оперативного вмешательства.

Заключение. Пациенты с острым аппендицитом на фоне новой коронавирусной инфекции могут являться вирусоносителями не только со стороны слизистых дыхательных путей, но и серозных полостей, в частности брюшной.

---

675. Опыт 500 трансплантаций печени в Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Сушков А.И., Рудаков В.С., Колышев И.Ю., Губарев К.К., Сюткин В.Е., Найденов Е.В., Щербин В.В., Забежинский Д.А., Светлакова Д.С., Воеводин А.Л., Попов М.В., Башков А.Н., Ионова Е.А., Муктаржан М., Пашков А.Н., Кордонова О.О.

Москва

ФГБУ ГНЦ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Актуальность. С февраля 1990 года, когда в России были выполнены первые пересадки печени, в стране проведено более 6 тысяч операций. Опытом, превышающим 500 трансплантаций, располагают три центра: НМИЦ ТиО им. ак. В.И. Шумакова, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Материал и методы. В анализ включены данные о 500 трансплантациях печени, выполненных последовательно с 26.05.2010 по 07.04.2023 гг в одном центре.

Результаты. Оперировано 483 пациента в возрасте от 18 до 72 лет (медиана – 45 лет), из них 17 – дважды. Наиболее частыми показаниями к операциям были: цирроз печени (ЦП) вирусной этиологии – 37%, ЦП в исходе холестатических заболеваний – 16%, гепатоцеллюлярный рак – 14%, паразитарное поражение печени – 8%. Медиана MELD-Na на момент операции составляла 16 баллов (от 6 до 43). В 366 (73%) наблюдениях трансплантат (правая доля печени) был получен от родственных доноров (ТРД) в возрасте от 18 до 64 лет (медиана – 32 года), в 134 (27%) случаях – от посмертных доноров (ТПД) со смертью головного мозга в возрасте от 20 до 72 лет (медиана – 49 лет). Печень одного посмертного донора была разделена на правую и левую доли (Full-Left Full-Right Split), которые были пересажены двум пациентам, в остальных наблюдениях использован целый орган. Медиана отношения веса трансплантата к весу реципиента при родственных пересадках составила 1,3% (от 0,8% до 2,3%). Продолжительность операций варьировала от 3 до 18 часов (медиана – 8 часов), беспеченочного периода – от 30 до 204 минут (медиана – 68 минут), тепловой ишемии – от 17 до 75 минут (медиана – 44 минуты), а длительность холодовой ишемии при ТПД – от 2 до 15 часов (медиана – 8,5 часов). Кавальная реконструкция с резекцией позадипеченочного отдела нижней полой вены (НПВ) выполнена при 45 операциях, в том числе при 18 ТРД – в этих наблюдениях НПВ реципиента протезирована PTFE-протезом. Билиарная реконструкция по типу «проток-в-проток» выполнена в 70% случаев, «проток-в-кишку» – в 28%, комбинированный вариант – в 2% наблюдениях. Ранняя дисфункция трансплантата диагностирована при 28% ТПД и при 13% ТРД. Частота первичного отсутствия функции трансплантата составила 4,5% и 0,3% соответственно. В госпитальном периоде после 31 (23%) ТПД и 128 (35%) ТРД развились хирургические осложнения, потребовавшие мини-инвазивных интервенций и/или повторных открытых вмешательств. При ТРД билиарные осложнения встречались с частотой 21,3% (подтекания / скопления желчи – 18,6%, обструкция – 2,7%), кровотечения – 13,9%, тромбоз печеночной артерии (ТПА) – 5,5%. При ТПД ведущим осложнением были кровотечения – 11,9%, билиарные осложнения и ТПА с частотой 3,0%. Основной схемой поддерживающей иммуносупрессии была монотерапия такролимусом, которую при выписке получало 40% пациентов, а спустя 5 лет – 80%. Частота острого отторжения трансплантата в течение первого года после пересадки составила 23%. По состоянию на 01.05.2023 г на разных сроках после операции (от 1 месяца до 12 лет) живы 384 (80%) реципиентов: одно-, трех-, пяти-, семи- и десятилетняя выживаемость составила: 88%, 83%, 80%, 75% и 69%. Летальных исходов среди родственных доноров не было.

Обсуждение. Высокая частота (73%) использования ресурса прижизненного донорства при пересадке печени взрослым пациентам определяет уникальность программы трансплантации ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Тщательный отбор прижизненных доноров, активная диагностическая и хирургическая тактика в послеоперационном периоде позволяют получать удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты, несмотря на повышенный риск билиарных и сосудистых осложнений. Возможность выполнения ТПД имеет принципиальное значение, повышая доступность операции для пациентов, не имеющих родственных доноров, с распространенным паразитарным поражениями печени, при необходимости ретрансплантации.

Выводы. Достигнутые количественные и качественные результаты соответствуют, а по ряду параметров – превосходят, показатели ведущих отечественных и зарубежных центров трансплантации печени.

Ключевые слова: трансплантация печени, цирроз печени, посмертный донор, родственный донор, отдаленные результаты

---

676. Эндоваскулярное лечение травматических артериовенозных свищей различной локализации

Варава А.Б. (1), Цыганков В.Н. (2), Алекян Б.Г. (1)

Москва

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва
2) ФГКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии» Российской Федерации

Актуальность. Повреждения магистральных артерий в результате механического воздействия в настоящее время встречаются нередко и относятся к числу тяжелых травм, часто приводя летальности, тяжелым осложнениям. К таким осложнения относятся травматические артериальные аневризмы и артериовенозные свищи (ТАС). Причинами подобных осложнений могут быть повреждение сосудистой стенки вследствие минно-взрывной травмы, огнестрельного ранения, колото-резанного, рубленного ранения, ятрогенного повреждения. Расположение, размер и длительность существования ТАС, наличие прямого артериально-венозного сброса является основными факторами, приводящими к синдрому хронической венозной недостаточности, который выражается в нарушении функции конечности, болями, увеличением конечности в объеме. При длительно существующих больших объемах сброса развиваются нарушения центральной гемодинамики, приводящие к правожелудочковой сердечной недостаточности. Несмотря на значительное развитие сосудистой хирургии, военно-полевой хирургии, особенно в отношении лечения травматических повреждений сосудов, посттравматические артериовенозные свищи до сих представляют значительную проблему по причине сложности диагностики, неполноценного лечения. В последние годы рентгенэндоваскулярные вмешательства все чаще выходят на первый план в лечении данной патологии ввиду меньшей инвазивности, короткого восстановительного периода, удовлетворительных результатов.

Цель исследования. Проанализировать результаты рентгенэндоваскулярного лечения ТАС различной локализации.

Материал и методы. С 2003 по 2022 год в ФГБУ «НМИЦ Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ и в ФГКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии» у 45 пациентов при ТАС различной локализации были выполнены операции по разобщению артериовенозных соустий. Пациентов мужского пола было 35, женского – 10. Возраст пациентов от 19 до 83 лет (средний 44,7±16,8 года). Локализации ТАС: Задняя ушная артерия (ЗУА) – 1, первый сегмент подключичной артерии (ПкА) – 2, позвоночная артерия (ПзА) – 2, плечевая артерия 1, восходящий отдел аорты – 1, между аортой и левой почечной веной – 2, селезёночная артерия (СА) – 1, левая желудочная артерия – 1, верхняя брыжеечная артерия 1, ветви почечной артерии – 6, ветви собственной печеночной артерии – 1, внутренняя подвздошная артерия (ВПА) – 4, поверхностная бедренная артерия (ПБА) – 7, глубокая артерия бедра (ГАБ) – 5, подколенная артерия 2, артерии голени – 4, глубокая подошвенная дуга 4. Причинами ТАС были: колото-резаные раны у 18 пациентов, ятрогенные повреждения у 14, огнестрельные раны у 6, минно-взрывная травма 4, тупая травма у 2, травма с переломами костей у 1. До 13 дней ТАС существовал у 5 больных, от 1 месяцев до 1 года у 7, от 1 года до 5 лет у 17, от 6 до 10 лет у 5, более 10 лет у 11. У всех пациентов с вовлечением артерий нижних конечностей отмечались нарушения опорной функции, болевой синдром, трофические расстройства, а у пациентов с ТАС артерий верхних конечностей нарушение двигательной функции. При длительно существующих (от 1 года) артериовенозных сбросах развивалась сердечная недостаточность (ХСН) разной степени тяжести у всех пациентов с ТАС проксимальнее артерий голени. ХСН тяжелой степени развивалась быстрее при центральном расположении (аорта, ПкА, ВПА). У 3 больных с ТАС висцеральных артерий была тяжёлая портальная гипертензия. При лечении ТАС нами были применены ушивание травматических дефектов артерии и разные методы эндоваскулярного лечения: эндопротезирование артерий как саморасраскрывающимися, так и баллонорасширяемыми стент-графтами, эмболизация фистулы при помощи окклюдеров и/или эмболизирующих спиралей, так же применялись цилиндрические сферические эмболизирующие частицы (эмболы) и цианакрилатный клей.

Результаты. У 43 (95,6%) пациента удалось полностью разобщить ТАС, у 2 (4,4%) больных с ТАС аорты удалось добиться значительного уменьшения артериовенозного сброса (АВС). Во всех случаях достигнут клинический успех (восстановление или улучшение трофики и опорной функ-

ции конечности, исчезновение болей, регресс сердечной недостаточности). С первого раза удалось достичь оптимального результата в 39 случаях (86,7%), при повторном вмешательстве в 5 (11,1%). Одному пациенту (2,2%) с ТАС ГАБ полностью прекратить АВС удалось после 6 операций. Наложение бокового сосудистого шва на травматические дефект артерии выполнено в одном случае. Окклюдеры (сосудистые и для закрытия дефекта предсердной перегородки) были использованы в 15 случаях. В 2 случаях имплантация окклюдера была дополнена окклюзионными спиралями, в 1 эмболами, в 1 окклюзионными спиралями и эмболами, в 1 цианакрилатным клеем. У 2 пациентов было установлены 2 окклюдера. Окклюзионные спирали были применены у 12 пациентов. В 2 случаях окклюзия окклюзионными спиралями была дополнена эмболами, в 1 случае цианакрилатным клеем. Для имплантации окклюдеров и окклюзионных спиралей артериальный доступ был применен в 23 (85,2%) случаях, венозный 3 (11,1%). Имлантация окклюдеров через артериальный и венозный доступы был применен в 1 (3,7%) слуае. Эндопротезирование баллонорасширяемыми стент-графтами применялось в 10 случаях. Самораскрывающиеся стент-графты были применены у 6 пациентов, при ТАС артерий нижних конечностей. В одном случае после эндопротезирования ПБА недостаточно плотное прилегание самораскрывающегося стент-графта к стенке сосуда с сохранением артериовенозного сброса, что потребовало дополнительной имплантации в эндопротез самораскрывающегося стента большего диаметра. Изолировано цианакрилатный клей был применен 1 раз при окклюзии ТАС ЗУА. Во время выполнения вмешательств и в ближайшем послеоперационном периоде были следующие осложнения. При разобщении ТАС ГАБ была миграция окклюзирующей спирали через артериовенозную фистулу в правую легочную артерию, откуда она была извлечена с помощью корзинки Дормиа. В раннем послеоперационном периоде в 2 случаях (до двух недель) отмечался тромбоз самораскрывающихся эндопротезов, установленных в ПБА и в ПББА, что, однако, не привело к ухудшению состояния пациентов и не потребовало дополнительного лечения. После окклюзии ТАС между аортой и левой почечной веной в одном из случаев случился тромбоз нижней полой вены, что потребовало установки кавафильтра и тромбэктомии.

Выводы. ТАС вне зависимости от их размера, локализации и времени существования должны быть разобщены в максимально ранние сроки. Длительное существование артериовенозного сброса приводит к тяжелой сердечной недостаточности. Существующие рентгенэндоваскулярные методы лечения позволяют выполнить надёжное разобщение ТАС разной локализации и преодолеть интраоперационные осложнения.

Ключевые слова: травматические артеривенозные свищи, эндоваскулярное лечение, хроническая венозная недостаточность, стент-графт, окклюдер.

---

677. Торакоскопические симультанные и комбинированные операции

Боранов Э.В., Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Казарян Г.А., Поволоцкая О.Б., Кавочкин А.А., Кабаков Д.Г., Иванищева Ю.А.

Москва

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского»

Актуальность. В настоящее время растет число пациентов, имеющих несколько конкурирующих заболеваний, которые требуют активной хирургической тактики. С учетом развития торакоскопических технологий в последние десятилетия, одним из перспективных направлений является внедрение в практику отделений торакальной хирургии видеоассистированных симультанных и комбинированных операций.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 18 пациентов, находившихся на лечении в торакальном отделении РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского с 2015 по 2023г, которым были выполнены торакоскопические симультанные и комбинированные операции. Пациенты разделены на 2 группы. В первой группе выполнены симультанные операции (14 случаев). В качестве основных заболеваний являлись: рак легкого – 3 случая, тимома – 2 случая, гамартома – 2 случая, киста средостения – 1, миксома предсердия – 1, карнифицирующая пневмония – 1, пневмоцирроз – 1, стеноз трахеи – 1, карциноид бронха – 1, релаксация диафрагмы – 1. Конкурирующими заболеваниями были: мерцательная аритмия, вентральная грыжа, диффузно-узловой зоб, буллезная эмфизема легких, тимома, киста перикарда, врожденный порок сердца, стеноз сонных артерий. Во второй группе выполнены торакоскопические комбинированные операции (4 случая): медиастинальная лимфома с врастанием в перикард, тимома с врастанием в дифрагмальный нерв, тимома с врастанием в перикард и легкое, рак легкого с врастанием в диафрагму.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 212±145 мин. Средняя кровопотеря составила 190±50 мл. Осложнения возникли у 3 больных (16%): внутриплевральное кровотечение, потребовавшее выполнение реторакоскопии; наружный трахеальный свищ, пневмония. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре варьировала от 5 до 27 дней, в среднем 11,2 дней. Общая отдаленная выживаемость составила 100%.

Выводы. Возможности торакоскопических симультанных и комбинированных операций практически не уступают таковым при открытых операциях. Результаты исследования демонстрируют высокую эффективность, безопасность, малую травматичность и хороший косметический эффект торакоскопических хирургических вмешательств. Это позволяет рассматривать торакоскопический доступ

в качестве метода выбора у пациентов с конкурирующей патологией либо мультиорганным поражением при опухолях легких и средостения.

Ключевые слова: торакоскопические, ВАТС, симультанные, комбинированные

---

678. Опыт робот-ассистированных вмешательств при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы II-III ст.

Авзалетдинов А.М., Вильданов Т.Д., Мусакаева К.Р., Гимазова А.И., Нургудин А.А., Латыпов Ф.Р., Ионис Е.Ю., Ахтямова Ф.А., Давлетшина Э.М., Гизатуллина Э.И.

Уфа

Клиника Башкирского Государственного Медицинского Университета

Актуальность. Лечение скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) представляет непростую задачу. Консервативное лечение, целью которой является уменьшение воспалительных изменений, снижение кислотности желудочного сока, рефлюкса желудочного содержимого в пищевод, само по себе не устраняет ГПОД. На сегодняшний день золотым стандартом при лечении данного заболевания является лапароскопическая фундопликация. Но в реалиях прогресса современной медицины альтернативным методом явилась робот-ассистированная хирургия, преимущества которой дают возможность снизить время оперативного вмешательства, уменьшить риск интра- и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В период с февраля 2022 по май 2023 года в торакальном хирургическом отделении Клиники БГМУ выполнено 150 робот-ассистированных лапароскопических фундопликаций по Ниссену с круророфией по поводу скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 ст. Из общего числа пациентов женщины составили 118, мужчины 32 человек. Возраст прооперированных пациентов варьировал от 34 до 72 лет. Все оперативные вмешательства были выполнены с использованием роботической системы Da Vinci Si.

Результаты. Основные этапы операции при робот-ассистированном вмешательстве схожи с этапами стандартного лапароскопического варианта. В ходе оперативного лечения интраоперационно было проведено 2 конверсии. В первом случае конверсия проведена из-за развития кровотечения из левой желудочной артерии. Во втором случае конверсия проведена из-за невозможности выполнения лапароскопического доступа, так как у пациента внутригрудное расположение желудка, что соответствует СГПОД 3 степени, а также пациент имеет ИМТ = 35. Для ретроспективного анализа опрошено 40% пациентов оперированных более года назад (60 пациентов). Среди них 3 пациента отмечают дисфагию I-II ст, двум из них было выполнено ФГДС с целью ликвидации дисфагии, в результате с положительным эффектом. У 1 пациента отмечается формирование желудочно-плеврального свища, ему также выполнен ФГДС с целью закрытия свища. У 6 пациентов, при отсутствии жалоб, имело место смещения манжеты кверху, которые были выявлены при R-скопии пищевода.

Заключение. При сравнении лапароскопической и робот-ассистированных вмешательствах мы не отмечаем преимуществ в возможностях хирурга. Отличиями являются 3D-визуализация, уменьшение нагрузки на ассистента и возможности оперирующего хирурга контролировать анатомические структуры и их расположение для выполнения операции, особенно при манипуляциях в заднем средостении.

Ключевые слова: Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, робот-ассистированная фундопликация по Ниссену, хирургическое лечение

---

679. Спектр хирургических осложнений со стороны органов брюшной полости у пациентов с ВИЧ

Намазов Б.Б. (1,2), Летина Ю.В. (1,2)

Санкт-Петербург

1 – ФГБОУВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова. 191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41;2 – Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, 191167, Россия, г. Санкт-Петербур

Актуальность: Диагностика и лечение острой хирургической патологии органов брюшной полости у больных с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями остается сложной и до конца нерешенной проблемой. Количество пациентов с ВИЧ-инфекцией неуклонно растет. По данным ВОЗ, в России уже около полутора миллиона инфицированных граждан. Наиболее пораженными ВИЧ инфекцией является Кемеровская область 2210,7 на 100 тысяч населения. Для ВИЧ-инфекции характерно многолетнее течение, с прогрессирующим снижением иммунитета, приводящим к развитию тяжёлых форм оппортунистических заболеваний.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ

пациентов прооперированных в КИБ им. С.П. Боткина за 2018 – 2022 гг., с хирургическими осложнениями со стороны органов брюшной полости у пациентов с ВИЧ положительным статусом.

Результаты и их обсуждение: Всего за данный период было выполнено 1746 оперативных вмешательств. Из них наиболее часто 463 (26,5%) и 436 (25%) оперативных вмешательств соответственно выполнялись при осложненном течении острых кишечных инфекций и пациентов с ВИЧ. Анализ выявленных хирургических осложнений показал, что наиболее часто осложненное течение у пациентов с ВИЧ было обусловлено перфорациями тонкой кишки различной локализации (51%). Причиной послужило осложненное течение оппортунистических инфекций у данной категории больных (абдоминальный туберкулез, MAC-инфекция, CMV – инфекция) и развитие лимфопролиферативного заболевания (ЛПЗ). Второй по частоте встречаемости причиной оперативного лечения у пациентов с ВИЧ был специфический перитонит развившейся на фоне туберкулеза желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) -13%. Нагноительные заболевания забрюшинной локализации осложняли течение ВИЧ в 11% случаях. Острая кишечная непроходимость потребовала хирургического лечения в 10% наблюдений. Причиной развившейся ОКН, чаще всего была забрюшинная лимфаденопатия с локализацией в корне брыжейки, что чаще было отмечено у пациентов с ВИЧ и MAC-инфекцией. Образование конгломератов лимфатических узлов приводило к развитию высокой ОКН за счет сдавления нижней горизонтальной части 12 п.к. и тонкой кишки в области связки Трейца. Другой наиболее частой причиной ОКН было изолированное поражение брюшины с развитием первичного перитонита, спаечно-рубцовым процессом, что чаще всего имело место у пациентов с ВИЧ и туберкулезным поражением органов ЖКТ. Равное количество среди причин потребовавших активной хирургической тактики пришлось на желудочно-кишечные кровотечения, абсцедирование с распадом внутрибрюшных лимфатических узлов, и разрывы селезенки (5%). Последнее осложнение чаще всего было обусловлено изолированным поражением селезенки при туберкулезе с дальнейшим распадом казеозных очагов. По распространенности перитонит был преимущественно разлитой – в 80%; по характеру экссудата: чаще встречался каловый перитонит – 63%, серозно-фибринозный – в 26%, фибринозно-гнойный – в 11% и гнойный в 10% случаях. Летальность среди хирургических осложнений ожидаемо была выше всего у пациентов с перфорациями тонкой кишки 31%.

Выводы: таким образом проведенный анализ выявил следующие особенности. Чаще всего хирургические осложнения у пациентов с ВИЧ обусловлены перфорациями полых органов. При этом перфорационное отверстие в большинстве своем локализуется в дистальных отделах тонкой кишки и носит множественный характер. Перитонит, развивающийся на этом фоне по распространенности, носит разлитой характер, а по характеру экссудата более часто, относительно других, встречается каловый перитонит. Трудности в диагностике связаны с клиническими проявлениями инфекционных заболеваний, нередко маскирующими симптомы острого хирургического заболевания, болевой синдром меньшей интенсивности (употребление в анамнезе психоактивных веществ и как следствие снижение болевого порога, меньший диаметр перфоративного отверстия, чаще встречается прикрытая перфорация). Длительно протекающая специфическая (Tb, CMV, MAC) инфекция приводит к язвенным изменениям в слизистой оболочке и как следствие реакции брюшины, в виде «слипчивого» процесса (первичный перитонит). Боли при наличии существующего серозного выпота в брюшной полости в момент перфорации характеризуются меньшей интенсивностью, чем при перфорации без инфекционного заболевания. Причиной является частое наличие асцита, который играет роль буфера, ограничивающего, раздражающее действие кишечного содержимого на рецепторы брюшины. Так же не менее важное значение, имеет тот факт, что перитонит протекает уже на фоне значимых функциональных нарушений, общей интоксикации и метаболической иммунодепрессии. Хирургические осложнения, протекающие на фоне ВИЧ и оппортунистических инфекций, отличаются большим полиморфизмом клинических проявлений, более тяжелым течением вследствие развития синдрома взаимоотягощения и стертыми лабораторно-инструментальными признаками из-за наличия конкурирующего проявления инфекции. Все выше перечисленное приводит к запоздалой диагностике и развитию распространенного перитонита, абдоминального сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности с частыми неблагоприятными исходами.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, перфорация, перитонит

680. Билиарные осложнения после резекций печени в эндемичном очаге описторхоза

Кислицин Д.П.1,2, Колмачевский Н.А.1, Чернов А.А.1,2, Букирь В.В1, Шакиров И.Г.1,2.

Ханты-Мансийск

1. БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», 628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина 40, Российская Федерация.
2. БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира 40, Российская

Актуальность. Желчеистечение у пациентов после резекций печени является серьезной проблемой современной хирургической гепатологии. Частота вышеуказанного осложнения по данным современной литературы составляет от 4,8 до 15,6%. При развитии данного хирургического осложнения увеличивается частота других послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность. Обь-Иртышский регион является эндемичной зоной по заболеваемости описторхозом (Opisthorchis felineus). Такие факторы патогенеза данного заболевания, как значительное увеличение количества продуцируемой желчи, вторичный склерозирующий холангит, эпизоды билиарной гипертензии на фоне механической закупорки протоков, увеличивают риски развития билиарных осложнений.

Цель исследования. Выявить частоту развития желчеистечений после резекций печени у пациентов с паразитарной инвазией Opisthorchis felineus, и без нее, изучить эффективность применения дренирования желчных протоков в качестве профилактики указанных осложнений.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 241 пациентов, проходивших хирургическое лечение в объеме резекций печени на базе окружного Центра хирургии печени и поджелудочной железы за 10-летний период. Учитывая критерии включения, для исследования отобраны 134 клинических случая. Пациенты разделены на две группы: с описторхозной инвазией (37 пациентов), без выявленной описторхозной инвазии (97 пациентов). Наружное дренирование желчных протоков, как вариант временной билиарной декомпрессии после резекции печени, применялось у пациентов с признаками паразитарного холангита.

Результаты. Желчеистечение отмечено у 22.4% (30) прооперированных пациентов. В группе пациентов с наличием описторхоза осложнение встретилось у 27%, у пациентов без паразитарной инвазии – в 16,4% случаев. Выявлено статистически достоверное повышение риска данного осложнения у пациентов с описторхозной инвазией 43.2 vs 14,4% (?2 = 11.19, odds ratio [OR], 4.517; 95% confidence interval [CI], 1.91 to 10.7; P?<?0.001 (0.000822). В группе дренированных пациентов частота билиарных осложнений была выше, чем в группе недренированных пациентов почти вдвое 36,7 vs 18,7% (?2 = 3.54, odds ratio [OR], 2.59; 95% confidence interval [CI], 1.06 to 6.33; P?=0.0599). Исследование зависимости между желчеистечением и дренированием желчных путей в группе с описторхозом (p=0.841) и в группе без описторхоза (p=0.999) показывает, что отсутствует корреляция этих двух явлений.

Выводы. 1.Обнаружена четкая корреляционная зависимость и резкое увеличение риска билиарных осложнений у пациентов после резекций печени при наличии описторхоза. 2.Использование наружного дренирования желчных путей не дало статистически достоверного снижения желчеистечения, однако, следует учитывать, что дренирование применялось у пациентов с заведомо более высоким риском желчеистечений, что требует более расширенных исследований по данной тематике.

Ключевые слова: резекция печени, желчеистечение, описторхоз, наружное дренирование.

---

681. Симультанные операции у больных релаксацией диафрагмы

Базаров Д.В., Казарян Г.А., Григорчук А.Ю., Боранов Э.В., Поволоцкая О.Б., Кабаков Д.Г., Кавочкин А.А., Иванищева Ю.А.

Москва

ГНЦ ФГБНУ РНЦХ им. Акад. Б.В.Петровского

Актуальность проблемы: в последнее время, проблема применения симультанных операций у больных релаксацией диафрагмы приобретает исключительную актуальность. Зачастую, конкурирующая патология, включающая в себя релаксацию диафрагмы (РД) и другое заболевание требующего неотложного хирургического лечения, связывают руки хирургам в связи с тяжестью состояния больного и высокими рисками пролонгированной ИВЛ.

Материалы и методы: В клинике торакальной хирургии и онкологии ГНЦ ФГБНУ РНЦХ им. Акад. Б.В.Петровского с 2017 по 2023 выполнено 5 симультанных операцией у больных релаксацией диафрагмы. Мужчин было 3, женщин 2. По объему вмешательств было проведено: торакоскопическая пластика правого купола диафрагмы и сублобарная резекция верхней доли правого легкого – 1, торакоскопическая пластика правого купола диафрагмы и циркулярная резекция трахеи – 1, торакоскопическая пластика левого купола диафрагмы и микрохирургическая декомпрессия корешков спинного мозга, удаление синовиальной кисты на уровне L3-4 позвонков справа.- 1, торакоскопическая пластика правого купола диафрагмы и тимомэктомия – 1, торакоскопическая пластика пра-

вого купола диафрагмы и РЧА левого предсердия, резекция ушка левого предсердия – 1.

Результаты: послеоперационной летальности не было. Осложнений послеоперационного периода не отмечалось. Средний койко-день составил 6 дней. Во всех случаях, удалось достичь снижение степени одышки до 0-1 балла по шкале mMRC, улучшение показателей вентиляционной функции легких по данным спирометрии. По данным контрольных КТ исследований у всех пациентов отмечается нормальное положение оперированного купола диафрагмы.

Выводы: Мы полагаем что симультанная торакоскопическая пластика диафрагмы является безопасным и эффективным методом лечения больных с сочетанием релаксации диафрагмы и конкурирующей патологии, требующей хирургического лечения. Выполнение данных операцией рекомендуется проводить в клиниках, обладающих достаточными опытом для обеспечения периоперационной безопасности пациентов и имеющих в своем составе экспертную хирургическую службу всех профилей.

Ключевые слова: релаксация диафрагмы, симультанные операции, торакоскопия, пластика диафрагмы.

---

682. ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ ОКАЗАНИЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Паршутина А.А., Пархисенко Ю.А., Булынин В.В.

1) Москва,
2)Воронеж,

1) Городская поликлиника №66 ДЗМ, г. Москва,
2) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
3) ВГМУ им Н.Н. Бурденко

Цель. Исследовать, как пациенты реагируют на ранние признаки проблем со стопой и факторы, которые приводят к задержке в оказании помощи пациентам с синдромом диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы. Было проведено полуструктурированное интервью, анкетирование пациентов с СДС на амбулаторном приеме врача-хирурга. Данные были проанализированы и систематизированы.Мы опросили 30 пациентов мужского пола. Средний возраст составил 59 лет, 30% (9 чел) имели среднее профессиональное образование, 7% (2 чел) имели среднее школьное образование, остальные имели одно или несколько высших образований. Факторы со стороны пациента, связанные с задержкой оказания помощи, включали: 1) незнание того, что «что-то не так», 2) неверное толкование симптомов, 3) ”неожиданное» прогрессирование болезни и 4) приоритетные обстоятельства, мешающие обратиться за медицинской помощью. Были выделены и другие факторы: 5) выбор пациентом тактики наблюдения, отказ от предложенной врачом помощи, 6) трудности с получением медицинской помощи, когда это необходимо, и 7) расстояние до медицинской организации и другие транспортные проблемы.

Результаты.В анкетировании с выборкой пациентов мужского пола с синдромом диабетической стопы на приеме врача-хирурга, было выявлено, что задержка в оказании помощи были обычным явлением. Пациенты не замечали симптомов травмы, не идентифицировали симптомы как признак формирования СДС, а также существовали препятствия для своевременного обращения за медицинской помощью. Многие пациенты считали, что рана возникала внезапно, возможно, отчасти потому, что ранние признаки не были очевидны пациенту. Задержка в оказании помощи также происходила после того, как пациент обращался за медицинской помощью, но выбирал выжидательную тактику вместо предложенного лечения, а также потому что не мог добраться до лечебного учреждения из-за нахождения за городом, в отъезде. Многие пациенты, по–видимому, не понимали признаков формирования язвы диабетической стопы, а также тяжести своих симптомов. Анкетирование показало, что пациенты имели ограниченное представление о связи между диабетом, контролем гликемии и таким осложнением диабета, как синдром диабетической стопы, или о том, как быстро проблемы могут прогрессировать. Некоторые пациенты ссылались на более приоритетные задачи, которые заставляли их игнорировать ранние признаки проблем со стопой и откладывать обращение за помощью. У некоторых были другие проблемы со здоровьем, такие как сердечно-сосудистые события, которые казались более серьезными, чем стопы. Убеждения, что симптомы исчезнут с помощью самостоятельного лечения также повлияли на задержку в оказании квалифицированной помощи. Альтернативные издержки – время / усилия, которые потребовались бы, чтобы добраться до медицинской организации, – по-видимому, также задерживали оказание помощи.

Выводы. Сочетание факторов со стороны пациента (например, нерегулярный или недостаточно тщательный осмотр стоп и / или отсутствие действий, когда они впервые заметили изменения) и других факторов (например, отсутствие возможности получения своевременной квалифицированной помощи) задержало оказание медицинской помощи. Определение факторов со стороны пациента и со стороны системы оказания медицинской помощи и их устранение может помочь сократить или устранить задержку в оказании своевременной помощи.

Ключевые слова: сахарный диабет, поликлиническое лечение, диабетическая стопа, опрос пациентов, анализ

---

683. Эффективность адъювантной терапии к эндоскопическому стентированию при циррозе печени, осложненном портальным кровотечением

Анисимов А.Ю., Ибрагимов Р.А., Андреев А.И., Эркинова Д.Э.

Казань

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Актуальность. Образование портосистемных коллатералей, наиболее важные из которых развиваются через коронарные или короткие желудочные вены, формируя гастроэзофагеальные варикозные вены, является распространенным клиническим проявлением портальной гипертензии. Кровотечение из варикозных вен часто приводит к катастрофическому положению больного, выступая в качестве смертельного осложнения цирроза. Такое кровотечение на начальном этапе требует сочетания в лечебной программе интервенционных процедур в виде эндоскопического лигирования или стентирования и медикаментозной терапии вазоактивными препаратами. Выбор препаратов для адъювантной терапии остается дискутабельным.

Цель: сравнительный клинический анализ эффективности терлипрессина по сравнению с октреотидом в качестве адъювантной терапии к эндоскопическому гемостазу нитиноловым стентом у пациентов с циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозных вен пищевода.

Материал и методы. В ретроспективное исследование был включен 31 пациент с циррозом печени, в комплексной лечебной программе которых на начальном этапе в качестве жизнеспасающего мероприятия первой линии был выполнен гемостаз саморасширяющимся нитиноловым стентом. В качестве адъювантов к эндоскопии у 20 пациентов использовали терлипрессин в дозе 1,0 мг сначала в/в болюсно, а затем в последующие 5 дней в/в капельно с интервалом 6 ч, а у 11 – октреотид в дозе 200 мкг в/в капельно со скоростью 25 мкг/ч в течение 5 дней. Мужчин было 14 (45,2%), женщин – 17 (54,8%) человек. В возрасте от 15 до 39 лет было 7 (22,6%), от 40 до 59 лет – 16 (51,6%), от 60 и выше – 8 (25,8%) пациентов. Среди этиологических факторов цирроза печени у 2 (6,5%) больных был выявлен вирусный гепатит «В», у 13 (41,9%) – вирусный гепатит «С», у 1 (3,2%) – микст гепатитов «В» и «С», у 3 (9,7%) – аутоиммунный гепатит. У 12 (38,7%) больного цирроз печени имел алкогольную этиологию. По критериям Child – Pugh в класс А вошли 4 (12,9%), в класс В – 17 (54,8), в класс С – 10 (32,6%) пациентов. У 15 (48,4%) пациентов была диагностирована неактивная, у 12 (38,7%) – низкоактивная, у 4 (12,9%) – высокоактивная фаза цирроза печени.

Результаты. Госпитальная летальность в целом по группе составила 19,4%. Умерло 6 из 31 пациента. В том числе по классам цирроза печени госпитальная летальность составила: в классе А – 0%, в классе В – 16,7% (1 больной), в классе С – 83,3% (5 больных). Продолжительность койко-дня у больных циррозом печени класса А составила 9,3 ± 1,5 суток (p = 0,007), класса В – 13,2 ± 2,0 суток (p = 0,013), класса С – 9,7 ± 2,1 суток (p = 0,001). В общей сложности 25 (80,6%) пациентов, перенесших гемостаз саморасширяющимся нитиноловым стентом, были выписаны. Однако 6 (3 из 11 и 3 из 20) пациентов умерли во время пребывания в больнице. Продолжительность стационарного лечения в группе терлипрессина была меньше, чем в группе октреотида (10,3 дней против 13,1 дней), но этот результат не был статистически значимым (p = 0,142). Летальность пациентов, получавших терлипрессин составила 15% (n = 3 из 20), а октреотид = 27,3% (n = 3 из 11) (p = 0,007)..

Выводы. Терлипрессин и октреотид оказывали сходное влияние на продолжительность стационарного лечения при использовании их в качестве вспомогательных средств эндоскопического стентирования у цирротических пациентов с острым кровотечением из варикозных вен пищевода (p = 0,142). В то же время в группе пациентов, получавших Терлипрессин, показатель госпитальной летальности был значительно ниже по сравнению с группой октреотида, показывая статистически значимые различия между исходами в двух группах лечения (p = 0,007).

Ключевые слова: Цирроз печени; портальная гипертензия; кровотечение из варикозных вен; адъювантная терапия

---

684. Возможности биопсии при опухоли Клацкина катетером направленной атерэктомии «Turbo-Hawk»

Варава А.Б., Цыганков В.Н., Титов Н.С., Алекян Б.Г.

Москва

Варава А.Б. (1), Титов Н.С. (1), Цыганков В.Н. (2), Алекян Б.Г. (1)

1) НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского
2) Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации

Актуальность. Около 3% злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта составляет холангиокарцинома. Хотя в последние годы её выявляемость существенно выросла за счет совершенствования лучевых методов обследования пациентов, окончательный диагноз может

быть поставлен лишь по результатам патоморфологического исследования. В 50% случаев холангиокарцинома представлена опухолью Клацкина, то есть, расположена в области ворот печени. Перихилярная локализация или зона билиодигестивного анастомоза является анатомически труднодоступной для эндоскопических методов браш- и тонкоигольной биопсии, в связи с чем исследование материала полученного такими способами часто приводит к ложно- отрицательным результатам. Эндоскопическая диагностика холангиокарциномы, в целом, сопряжена с высоким риском развития холангита и панкреатита, а в более редких ситуациях может приводить к контаминации здоровых тканей опухолевыми клетками и кровотечениям. Применение off-label устройства для катетер-направленной атерэктомии «TurboHawk» при перкутанной холангиографии и билиарном дренировании помогает получить достаточно биоптата вне зависимости от локализации опухоли и сводит к минимуму риск вышеназванных осложнений.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2023 годы выполнено и проанализировано 35 случаев биопсии из билиарного древа на различных уровнях с использованием девайса TurboHawk у пациентов с подозрением на холангиокарциному.

Результаты. От 34 пациентов (97.1% случаев) было получено достаточное количество биоптата для постановки диагноза. Холангиокарцинома была диагностирована у 19 пациентов (54.3% случаев). В послеоперационном периоде у 3 пациентов (8.5% случаев) развился острый холангит, у 2 пациентов (5.7% случаев) – острый панкреатит, у 1 пациента (2.8%) наблюдалась гемобилия. В последующем, в случае выполнения у пациентов радикальной операции или выполнения биопсии иным образом, результаты патоморфологического исследования совпадали с ранее полученными данными в 100% случаев.

Выводы. Перкутанная биопсия с off-label применением устройства TurboHawk под контролем холангиографии является эффективным альтернативным методом с минимизированным риском осложнений по сравнению с эндоскопическими методами.

Ключевые слова: опухоль Клацкина, чрескожная биопсия, катетер, TurboHawk, холангиография

---

685. Лечение больных с опухолевой желтухой по данным больницы скорой помощи

Федоровский В.В. (1,2)

Новосибирск

1) ГБУЗ НСО ГКБ №34,
2) ВГБОУ ВО НГМУ Минздрава России

Актуальность. Количество больных с механической желтухой как доброкачественной этиологии, так и злокачественной, поступающих в хирургический стационар, в последние несколько лет увеличивается. Нередко давность желтухи установить не удается, при этом часто уже при поступлении у больных имеются признаки органной недостаточности. В связи с этим сроки до операции имеют важное значение.

Материал и методы. В нашем отделении за 8 лет с 2015 по 2022 год оперировано 169 больных с механической желтухой опухолевой природы. Среди причин желтухи были: рак головки поджелудочной железы – 138, рак БСДК – 9, рак общего печеночного и общего желчного протоков (холангиокарцинома) – 13, рак желчного пузыря – 4, метастатическое поражение ворот печени – 4, прорастание опухоли желудка – 1. Из них женщин было 101, мужчин – 68. Средний возраст пациентов – 69,66 ± 8,5 лет. В дооперационную диагностику входили – УЗИ и МСКТ. В связи отсутствием технических возможностей, МРТ, ЭРХПГ и малоинвазивные методы лечения не применялись. Были сделаны следующие операции: холецистоеюностомия с межкишечным анастомозом – 115, гепатикоеюностомия на у-образно выключенной петле – 11, гепатикохолецистостомия -10, наружное дренирование общего желчного или общего печеночного протоков -18, холецистостомия – 8, пробная лапаротомия – 10, холедоходуоденостомия – 1.

Результаты. Общая послеоперационная летальность составила 21,9%. После холецистоеюностомии с межкишечным анастомозом – 18,3%, после гепатикоеюностомии на у-образно выключенной петле – 18,2%, после наружного дренирования протоков – 16,7%, после холецитостомии – 70%, после гепатикохолецистостомии летальных исходов не было. Гепатикохолецистостомия выполнялась больным с ранее наложенным холецистоеюноанастомозом при рецидиве желтухи вследствие прорастания пузырного протока опухолью. Гепатикоеюноанастомоз на у-образно выключенной петле накладывался пациентом с удаленным ранее желчным пузырем или при нарушении проходимости пузырного протока за счет прорастания его опухолью или при метастатическом поражении пузыря. Холецистостомия проводилась наиболее тяжелым больным с наличием выраженной органной недостаточности. В период 2015-2018 годов операции холецистоеюностомии и гепатикоеюностомии делались позднее 2 суток после поступления, в 2019-2022 годах – старались оперировать в первые двое суток.

Этому способствовала появившаяся возможность в более короткие сроки проводить МСКТ. В первый период из 50 оперированных умерло 13 человек (26%), во второй из 75 – 10 (13,2%). Пациенты с проксимальным блоком переводились по договоренности в другое лечебное учреждение в связи с отсутствием возможности проведения ЧЧХС.

Выводы: 1. Проведение операций, направленные на декомпрессию желчных протоков в первые двое суток позволяет снизить послеоперационную летальность. 2. МСКТ является важным методом исследования для уточнения характера механической желтухи и выбора метода операции.

Ключевые слова: Механическая желтуха, опухолевая этиология, декомпрессия желчных протоков, сроки операции, летальность.

---

686. Организация оказания хирургической помощи в период пандемии COVID – 19 в Республике Татарстан

Анисимов А.Ю.

Казань

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Актуальность. В марте 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила о глобальной пандемии, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. Сегодня крайне важно извлечь уроки из пандемии и применять их в будущем.

Цель: анализ основных показателей хирургической помощи населению Республики Татарстан в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. Использована база данных статистической отчетности хирургической службы Российской Федерации и Республики Татарстан за 2020-2022 годы.

Результаты. В 2020 году в Татарстане с числом населения 3 млн. 894 тыс. человек хирургическая помощь взрослому населению, в том числе неотложная, оказывалась в 72 медицинских организациях, реализующих Программу государственных гарантий, на 1294 круглосуточных койках, в 2021 году – в 67, на 1471, в 2022 – в 69, на 1898 соответственно. В 2020 году в стационарах республики работало 422 общих хирурга, в 2021 – 423, в 2022 – 461. Таким образом, обеспеченность врачами хирургами в 2020 году составила 1,39, в 2021 – 1,39, в 2022 – 1,59 на 10 000 постоянного взрослого населения. В 2020 году на койки общего хирургического профиля было госпитализировано 66996 человек, в том числе по экстренным показаниям – 47532 (70,9%), в 2021 – 69774 и 47893 (68,6%), в 2022 – 82098 и 52 076 (63,0%) соответственно. Общая (госпитальная) летальность составила 2,4%, 2,67% и 2,3% соответственно. В 2020 году показатель хирургической активности составил 58,9%, а в 2021 – 59,7%, в 2022 – 59,2%. Всего было прооперировано 39504, 41657 и 48 951 пациентов соответственно. При этом послеоперационная летальность составила 2,3%, 2,7% и 2,0% соответственно. В рейтинге хирургических служб субъектов России Татарстан стабильно занимает лидирующие позиции и по итогам 2021 года переместился с 18 на 12 место.

Выводы. На пике заболеваемости COVID-19 в республике при организации хирургической помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией удалось соблюсти балланс между уменьшением объема хирургической помощи до уровня неотложной с одной стороны и риском заражения медицинского персонала с другой. Большинство качественных и количественных показателей, характеризующих хирургическую помощь, за два года пандемии снизились. За 2022 год ситуацию удалось несколько стабилизировать, однако к показателям доковидного периода они пока не вернулись. Пандемия привела к сокращению кадровых ресурсов, но не только из-за перевода хирургов и анестезиологов в инфекционные отделения, но и за счет высокой заболеваемости и вынужденного карантина среди медицинского персонала. Наблюдавшийся рост позднего обращения населения за хирургической помощью в последние годы, в период пандемии, продолжился. Все эти факторы в совокупности и привели к снижению качества хирургической помощи. Сегодня целесообразно особое внимание уделить внедрению современных хирургических технологий и улучшению кадровой ситуации с хирургами и анестезиологами-реаниматологами в медицинских организациях первого и второго уровня.

Ключевые слова: пандемия COVID – 19; организация хирургической помощи

---

687. Альтернативный вариант лечения травм печени с продолжающимся кровотечением методом тугой тампонады и моделированным пакетированием в эксперименте и клинике

Воронцов А.К. (1), Пархисенко Ю.А. (2), Булынин В.В. (2).

1) Брянск,
2) Воронеж.

1) ГАУЗ «Брянская ГБ №1»,
2) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Актуальность. Несмотря на развитие малоинвазивных методов лечения травм печени, таких как видеолапароскопические вмешательства, предусматривающие ревизию травм, местный гемостаз, возможное ушивание небольших разрывов, эвакуацию крови из брюшной полости, санацию и дренирование брюшной полости, они эффективны при травмах легкой степени с состоявшимся кровотечением. Применение рентгенэндоваскулярных методов для остановки кровотечения расширяет возможность гемостаза при травмах печени. Применяются они уже у более тяжелых пациентов, но, как правило, не у больных с неустойчивой гемодинамикой. Кроме того, эта методика не позволяет эвакуировать кровь из брюшной полости, а также довольно часто сопровождается ишемическими и некротическими изменениями фрагментов печени. При травмах печени средней и тяжелой степени с неустойчивой гемодинамикой у большинства хирургов нет выбора, кроме экстренной операции. Основным методом гемостаза в этом случае является ушивание разрывов печени, как правило, с тампонадой сальником. В случае ишемизированных сегментов проводится их резекция. Вмешательство осуществляется как правило на фоне геморрагического шока и сопровождается высокой летальностью (по нашим наблюдениям в тяжелой группе 62,02%). В связи с этим нами предложена методика хирургического лечения тяжелых травм печени с неустойчивой гемодинамикой, которая заключается в том, что после лапаротомии и эвакуации крови из брюшной полости место разрыва туго тампонируется рассасывающимся материалом, после чего проводится модифицированное пакетирование печени для сдавления тампонированного материала и улучшения гемостаза ран полосками полипропиленовой сетки.

Материал. Проведенное в эксперименте изучение гемостатической активности рассасывающихся материалов, таких как гемостатическая губка «тахокомб», салфетки из оксицеллюлозы «сургитамп», убедительно показали преимущество салфеток «сургитамп». При исследовании гемостатического эффекта гелевого сорбента «молселект» оказалось, что в крови он набухает на 30% от своего объема. Таким образом, его применение при тугой тампонаде ран печени рассасывающимся материалом способствует набуханию материала и в условиях пакетированной печени создает дополнительное давление изнутри, увеличивая гемостатический эффект. Эксперименты на животных производились с целью отработать методику операции и морфологически исследовать регенерацию печени в зоне травм в контрольных и опытных группах. Исследование проведено на 160 беспородных крысах (по 80 в контрольной и опытной группах), на 60 кроликах (по 30 в контрольной и опытной группах), на 42 свиньях (по 20 в контрольной и опытной группах, а также 2 свиньи без травм для исследований анализов крови). Проанализированы 1650 пациентов с закрытой и открытой травмой брюшной полости, которым проводилось лечение на базе хирургического отделения ГАУЗ Брянской городской больницы, БСМП г. Смоленска и медицинских учреждений г. Воронежа и Воронежской области. Из них мужчин -1089, женщин-561, средний возраст составил 44,5 лет. Для отработки и демонстрации методики было произведено вмешательство на трупе с наглядной фотофиксацией. По предложенной методике произведена одна операция у пациента с травмой правой доли печени. Методика операции. При поступлении пациента с закрытой или открытой травмой брюшной полости и подозрении на повреждение печени (наличие внутрибрюшного кровотечения) проводим оценку степени их тяжести по предложенной нами схеме (патент №2645937 РФ от 01.12.2016). При продолжающемся кровотечении больной транспортируется в операционную, где ему начинают производить реанимационно-анестезиологическое пособие. После проведения верхнесрединной лапаротомии (при необходимости с расширением вправо по типу Рио-Бранко) проводится эвакуация крови из брюшной полости для аутогемотрансфузии. Одновременно печень сдавливается между рук оператора для уменьшения кровотечения, ревизии травмы печени и ее оценки. Проводится ревизия брюшной полости для исключения повреждения других органов. При обнаружении травмы печени (чаще правой доли) и уменьшения кровотечения, проводим тугую тампонаду раны/ран печени рассасывающимся материалом. При отсутствии под руками последнего, можно затампонировать рану/раны сальником. После тампонады ассистент продолжает сдавливать печень между ладонями. Оператор готовит не менее шести полос полипропиленовой сетки размерами 2,5-3 см шириной и 30-35 см длиной. Полосы подшивают изначально по правому контуру печени к брюшине и диафрагме, как можно ближе к печени, в необходимом количестве в зависимости от травмы (3-4). Затем их натягивают таким образом, чтобы они хорошо сдавливали тампонированную печень, и не наблюдалось кровотечение. Ассистент сдавливает печень и полосы, а оператор по одной подшивает полосы по левому контуру печени к брюшине, ближе к нижней полой вене. После мобилизации желудочно-печеночной связки подшивание должно обеспечить достаточное давление печени и тампонированного материала, чтобы отсутствовало кровотечение. Для фиксации поперечных полос необходимо их зафиксировать продольными

полосами (1-2), которые подшиваются сверху в зоне основания серповидной связки и диафрагмы, а внизу- к брюшине нижнего края правой доли печени и печеночно-двенадцатиперстной связке. Горизонтальные и вертикальные полосы в местах контакта прошиваются 1-2 узлами. Это обеспечивает их фиксацию и предупреждает смещение. В тех случаях, когда наблюдается кровотечение из тампонированной раны, можно наложить дополнительные швы через полоски сетки и печень в местах кровотечения, которые при завязывании не прорезываются и дополнительно стягивают места кровотечения до их остановки (патент №2674874 РФ от 13.12.2018). Полученные результаты. Произведенные экспериментальные исследования на животных позволили оценить возможность предложенной методики для остановки кровотечения из моделированных травм печени путем тугой тампонады гемостатическим рассасывающимся материалом с фиксацией его полипропиленовой сеткой. Проведенные морфологические исследования (гистологические, морфологические, гистохимические) подтвердили более выраженную регенерацию ткани печени в зоне контакта раны и рассасывающегося материала, чем в контрольных группах. Произведенная операция на трупе правильно выполнена и наглядна для обучения. В клинике операция по предложенной методике производилась на 1.5 сутки после первой срочной операции (пациенту 27 лет), которая выполнялась на фоне сочетанной травмы (множественный перелом ребер справа, травматический разрыв печени 5,6,7 сегментов правой доли печени), плевропульмонального и геморрагического шока, клинической смерти с восстановлением сердечной деятельности. Дежурные хирурги остановили кровотечение из травмированной печени путем тугой тампонады печени нерассасывающимся операционным материалом, расположив его под диафрагмой, вдоль правой доли справа под печенью и вдоль серповидной связки. На повторной операции после наложения турникета на гепатодуоденальную связку, материал был удален, разрыв печени тампонирован рассасывающимся материалом с прикрытием сальником. Турникет снят через 13 минут. Наложены две повязки полипропиленовой полосы в поперечном направлении и одна вертикально. Достигнут гемостаз. Дренирование брюшной полости, ушивание раны. Операция проводилась при стабильной гемодинамике (Hb-115мг/л), но пациент находился в коме (постреанимационная болезнь). Через 3,5 дня наступила смерть на фоне смерти мозга. За время наблюдения после второй операции данных за кровотечение из травм печени не было. На вскрытии также констатировано отсутствие кровотечения из ран печени.

Обсуждение результатов. Таким образом, предложенная альтернативному ушиванию методика лечения травм печени средней и тяжелой степени тяжести методом тугой тампонады раны рассасывающимся материалом с последующим модифицированным пакетированием печени полосками полипропиленовой сетки позволяет быстро сориентироваться во время операции, остановить кровотечение из ран печени с большей гарантией отсутствия возникновения рецидива кровотечения и необходимости повторных операций.

Выводы. Предложенная методика лечения травм печени средней и тяжелой степени тяжести обоснована и исследована в эксперименте, отработана на трупе, применена в клинике, и показала надежную остановку кровотечения из ран печени при операциях.

Рекомендации. В результате проведенных исследований в эксперименте, на трупе, в клинике предложенная методика лечения травм печени может быть рекомендована к широкому применению в практике лечения средних и тяжелых травм печени с устойчивой гемодинамикой.

Ключевые слова: печень, травма, метод лечения

---

688. Интраоперационный маневр для экспозиции вен забрюшинного пространства при операции спленоренального анастомоза

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

Казань

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Спленоренальный анастомоз – это хирургическая операция, соединения дистального участка селезеночной вены (часть портальной венозной системы) с левой почечной веной (часть кавальной венозной системы). С одной стороны, СРА является эффективным методом профилактики развития первичных и уменьшения частоты рецидивирующих кровотечений при портальной гипертензии. С другой стороны, серьезным недостатком СРА считают технические трудности выполнения мобилизации вен селезеночно-воротного и левого почечного бассейнов, связанные с вариантной топографической анатомией.

Цель: совершенствование интраоперационного маневра, обеспечивающего удобную экспозицию селезеночной и левой почечной вен при операции спленоренального анастомоза.

Материал и методы. За основу предлагаемого маневра взята хирургическая техника медиальной мобилизации левых и центральных внутренних органов брюшной полости: селезенки, хвоста и тела поджелудочной железы, левой почки для исследования глубоких сосудистых структур I (центральной) и II (левой боковой) зон забрюшинного пространства при травмах живота. Этот прием известен как маневр Маттокса или левосторонняя медиальная висцеральная ротация.

Результаты. После срединной лапаротомии и аппаратной коррекции хирургического доступа ретракторами ранорасширителя РСК – 10 Сигала – Кабанова (Россия) или универсальной системы ранорасширителей «Sattler Medizintechnik» (Германия) выполняем мобилизацию нижнего отдела нисходящей ободочной кишки по переходной складке брюшины, как при левосторонней гемиколэктомии. Потягиваем нисходящую ободочную кишку в медиальном направлении, к средней линии тела. Определяем линию разреза париетальной брюшины в левом боковом канале по белой линии Тольдта. Выполняем разрез электроножом париетальной брюшины. Рассекаем ее по белой линии Тольдта кверху, в сторону селезеночного угла ободочной кишки. Мобилизируем селезеночный угол ободочной кишки, пересекая левую половину желудочно-ободочной связки. С передней стенкой поперечной ободочной кишки желудочно-ободочная связка связана рыхло. Это позволяет бескровно отделять большую кривизну желудка вместе с большим сальником от поперечной ободочной кишки. В результате открывается безсосудистая плоскость рассечения в забрюшинном пространстве между позадиободочной фасцией Тольдта и передним листком почечной фасции Героты. Именно в этой плоскости далее проводим рассечение и последовательную полную мобилизацию брыжейки нисходящей ободочной кишки с ее основными сосудами, отводя ее медиально. Показатели обьемно- пространственных отношений в операционной ране, достигаемые в результате этого маневра, составили: угол операционного действия по длине 85-90о ± 1,4, угол операционного действия по ширине 85-90о± 1,8, угол наклона оси операционного действия 88-90о± 1,6, проекционное отклонение – 0 ± 0,2 см.

Вывод. Маневр позволяет быстро и технически просто обеспечить широкую экспозицию передней поверхности поджелудочной железы, селезенки, селезеночной вены с ее притоками, включая верхнюю брыжеечную вену, нижнюю брыжеечную вену, а после вскрытия переднего листка почечной фасции Героты – левой почки с ее воротами, левой почечной вены и большинства ее ветвей, включая левую надпочечниковую вену, яичковую или яичниковую вены. Это обеспечивает удобные условия для формирования практически любого варианта спленоренального анастомоза даже при неблагоприятных вариантах сосудистой архитектоники и антропометрических показателей пациента.

Ключевые слова: Портальная гипертензия; хирургическое лечение; спленоренальный анастомоз; интраоперационный маневр

---

689. Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических резекций печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б, Соловьева О.Н., Королева А.А, Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е, Тараканов П.В., Цвиркун В.В.

Москва

МКНЦ им. А.С. Логинова

Введение: Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является наиболее распространенной первичной опухолью печени и третьей ведущей причиной смерти от рака во всем мире. Резекция печени является основным методом лечения пациентов ГЦК с сохраненной функцией печени. Лапароскопическая резекция широко применяется в хирургическом лечении пациентов ГЦК и становится методом выбора в специализированных центрах хирургической гепатологии.

Цель: оценить отдаленные и непосредственные результаты лапароскопических резекций печени у пациентов ГЦК, в том числе с циррозом печени. Методы: Были проанализированы демографические характеристики, периоперационные данные, непосредственные хирургические результаты резекций печени в группах лапароскопического и открытого доступа с января 2015 года по февраль 2023 года. Послеоперационные осложнения оценивались на основании шкалы Claven-Dindo. Прослежена 90-дневная летальность.

Результаты: Резекции выполнены у 118 пациентов, включая 73(62%) лапароскопическую резекцию (ЛРП) и 45 (38%) открытые резекции (ОРП). Из них: на фоне цирроза оперировано 75 (63%) пациентов. В группе с циррозом ЛРП выполнены 46(63%), ОРП 29 (64%). Средний объем кровопотери при ЛРП и ОРП составил 429 и 1199 мл, соответственно (p= 0,02); средняя продолжительность операции составила 317 и 382 мин (p=0,70), соответственно. Послеоперационные осложнения диагностированы у 27% и 75% пациентов после ЛРП и ОРП, соответственно (p=0,01). В группе ОРП тяжелые послеоперационные осложнения возникли у 24% больных, 90-дневная летальность составила при ОРП 8,8% и 2,7% ЛРП, соответственно. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 8 и 12 дней после ЛРП и ОРП, соответственно (p=0,01). При сравнении ближайших результатов ЛРП и ОРП у пациентов ГЦК с циррозом показано, объем кровопотери (p=0,03), частота осложнений(p=0,05), послеоперационный к/д (p=0,04) были достоверно ниже в группе ЛРП. В структуре осложнений, частота печеночной недостаточности и асцита была достоверно ниже в группе ЛРП (p=0,01). Показатели 5-ти летней общей и безрецидивной выживаемости в сравниваемых группах были достоверно выше у пациентов оперированных лапароскопическим доступом и составили 40% vs 56%, 34% vs 39%, соответственно. Показатели 5-ти летней общей и безрецидивной

выживаемости у пациентов с циррозом в зависимости от доступа, были достоверно выше в группе ЛРП и составили 28%vs54%, 45%vs81%соответственно, что вероятно обусловлено фактором селекции пациентов для минимально инвазивного доступа.

Заключение. Лапароскопическая резекция печени улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения у пациентов с ГЦК (при условии выполнения операции в специализированном онкологическом центре). Лапароскопический доступ является методом выбора резекции печени, в том числе у пациентов с циррозом.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярная карцинома, отдаленные и ближайшие результаты, цирроз печени

---

690. Вопросы организации лечения гнойных осложнений кардиохирургических операций в Московской области

Кузьмичев В.С., Машичев А.П., Чегуров В.И., Рамазанов М.М., Адильгиреев А.З., Куприянов А.С., Лазарева А.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф.Владимирского

Актуальность: Несмотря на развитие технологий количество гнойных осложнений после кардиохирургических операций выполненных из стернотомного доступа остаётся примерно одинаковым. В связи с увеличением общего количества кардиохирургических операций и особенно у соматических отягощенных пациентов, риск возрастания общего количества данных осложнений не имеет тенденции к снижению. Вместе с тем маршрутизация пациентов с данной патологией не отработана и нет единой системы их лечения.

Материалы и методы: Проведен анализ обращений за консультативной помощью в консультативное торакальное отделение и отдел экстренной консультативной помощи ГБУЗ МО МОНИКИ и произведена общая оценка потенциального количества гнойных осложнений исходя из общего количества кардиохирургических операций проводимых пациентам Московской области. Полученные результаты: Ежегодно в отделение торакальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ обращается 10-12 пациентов с гнойными осложнениями стернотомии (стерномедиастинит), при этом в большинстве случаев первым стационаром, в котором пациентам оказывается лечебная помощь являются отделения общей и реже гнойной хирургии в муниципальных стационарах 1-го и 2-го уровня. Пациентам оказывается певал помощь – как правило просто частичное раскрытие раны и минимальная санация. После перевода отделение торакальной хирургии осуществляется окончательное лечение (удаление проволочных швов, санация, удаление некротический участков, закрытие раны на дренажах или наложение вакуумного-аспирационной повязки). Общий койкодень в данной категории пациентов 45-50, при благоприятном течении. Вместе с тем, общее количество пациентов Московской области по данным кованого отдела министерства здравоохранения составляет почти 4000. Те даже по оптимистичным расчётам ежегодно стерномедиастинит развивается не менее чем у 40 пациентов, что очевидно требует на менее 2000 койкодней или не менее 8 постоянно действующих коек в стационаре 3 уровня, располагающего квалифицированными кадрами и необходимым материально техническим оснащением.

Обсуждение: Ранняя выписка кардиохирургических пациентов (4-5 дней после операции) приводит к тому, что глубокая стерильная инфекция (стерномедиастинит) распознаётся лишь после выписки, а отсутствие чёткой маршрутизации приводит к ухудшению результатов лечения. Вместе с тем высокая стоимость лечения данной патологии не позволяет своевременно оказывать квалифицированную помощь. Как нам представляется рациональным должны стать модель, при которой каждое учреждение проводящее кардиохирургическую операцию должно быть закреплено за учреждением способным проводить лечение осложнения. К сожалению принцип лечения осложнения в стационаре проведшим основную операцию принципиально не распространяется на данную категорию пациентов. Всем пациентам оперированным в федеральных учреждениях было отказано в госпитализации, рекомендовано лечение по месту жительства. Такой подход истощает финансовые резервы муниципальных учреждений и создает резкий дисбаланс финансирования.

Выводы: (1) Основной сложностью лечения стерномедиастинита в настоящее время является отсутствие организационной структура оказания помощи данной категории пациентов. (2) Принцип федерального финансирования по квотам кардиохирургических пациентов на фоне муниципального финансирования лечения осложнений по тарифам ОМС приводит к конечному снижению результатов лечения.

Ключевые слова: Стерномедиастинит, гнойные осложнения стернотомии, глубокая стернальная инфекция, маршрутизация при стерномедиастините

---

691. Хирургическое лечение больных, оперированных по поводу рака молочной железы с одномоментной реконструкцией имплантатами при вирусном заболевании в отдаленном сроке

Иванов Д.Л., Горбунов А.С., Шао Минчэнь, Львова Н.С., Аносова Е.Ю., Парамонова Н.Б., Лернер Ю.В.

Москва

ПМГМУ им. И.М.Сеченова, (Сеченовский Университет)

Актуальность: В настоящее время одномоментная реконструкция у больных раком молочной железы является приоритетной в сравнении с отсроченными в рамках социальной реабилитации больных. В отдаленные сроки после операции на фоне эпидемиологической обстановки, связанной с SARS-CoV-2, отмечены случаи воспалительных изменений в зоне реконструкции. Такое, независящее от самой операции, осложнение требует экстренного хирургического лечения. В литературе описаны преимущественно случаи бактериального поражения, повлекшие за собой повторную операцию с ревизией, санацией полости и удалением имплантата. Разработка хирургического подхода при воспалительных процессах вирусной этиологии в настоящее время становится актуальной.

Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии им. Н.Н.Бурденко Сеченовского Университета в начале 2023 года на лечении находились 3 больных, оперированные ранее по поводу рака молочной железы. Им выполнена кожесохранная мастэктомия по Мадден с одномоментной реконструкцией имплантатом более 4-6 месяцев назад с проведением адьювантного лечения. На фоне перенесённой острой вирусной инфекции, у больных отмечены воспалительные изменения в области реконструкции. По результатам лабораторных исследований крови выявлены признаки острого воспаления. Неэффективность консервативной терапии потребовала выполнения хирургического вмешательства. Полученные результаты: У всех пациенток в период от 3 до 7 дней до госпитализации анамнестически выявлена связь с ОРВИ. При осмотре отмечено локальное покраснение и отёчность кожных покровов, значительное увеличение области реконструкции, повышение температуры тела, катаральные явления. В области послеоперационного рубца отмечалось значительное истончение кожи по толщине на площади от 1,5 до 3 см в диаметре с риском разрыва. При УЗИ отмечено скопление жидкости перипротезно. Клиническая симптоматика и лабораторные исследования не исключали вирусную этиологию воспаления. Все пациентки были экстренно оперированы: имплантат удален с фиброзной капсулой, выполнена биопсия тканей для морфологического исследования. Перипротезный выпот не имел макроскопически признаков бактериального характера поражения, без фибринозных наложений. Во время операции был взят посев перипротезного выпота на рост микрофлоры и участки тканей на гистологическое и ИГХ исследование. После операции всем пациенткам проводили антибактериальную и противовирусную терапию. По результатам полученных посевов ни в одном из образцов не было выявлено роста микрофлоры.

Результаты ИГХ анализа исследованных тканей позволяли предположить наличие в клетках белков вируса SARS-CoV-2 (COVID-19). Исследование было выполнено с антителами к S-белку и нуклеокапсидному белку коронавируса. Нормализация лабораторных показателей (СРБ, фибриногена, СОЭ, уровня лимфоцитов), отсутствие местной воспалительной реакции и общей симптоматики вирусного заболевания отмечены на 5-7 сутки после операции. С учетом этого, больным выполнены повторные операции на 10-12 сутки по установке имплантата. Течение послеоперационного периода – без особенностей. Осложнений, связанных с выполненными операциями, не было.

Обсуждение: Выбор тактики хирургического лечения воспаления области реконструкции с подозрением на вирусную этиологию требует выполнения экстренной операции с проведением послеоперационого исследования тканей и перипротезной жидкости. Повторная установка имплантата возможна при отсутствии признаков воспаления и нормализации лабораторных показателей.

Выводы и рекомендации: Выполнение экстренной операции при воспалительном процессе области реконструкции в отдаленные сроки и повторная установка имплантата позволяет избежать дополнительной операции на молочной железе. Протокол обследования и лечения таких больных разрабатывается. Проведение мультицентрового исследования вирусных поражений области реконструкции является перспективным, в связи с немногочисленными исследованиями в этой области.

Ключевые слова: рак молочной железы, мастэктомия, реконструкция, имплантат, вирусная инфекция, SARS-CoV-2, COVID-19

692. Качество жизни больных паховыми грыжами после выполнения герниопластики с применением бесшовных технологий имплантации

Харитонов С.В. (1), Харитонов С.С. (1), Петросян Г.А. (2)

Москва

1) ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
2) ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы»

Целью исследования явилось изучение особенностей качества жизни больных паховыми грыжами (ПГ) после выполнения им различных видов бесшовной герниопластики. В сравнительный анализ включены результаты лечения 134 пациентов ПГ, которые были разделены на 2 группы: открытая герниопластика (LHR) и герниопластика с применением эндовидеохирургических технологий (TAPP). Каждая из сформированных групп состояла из контрольной (шовная или степлерная фиксация имплантата Ultrapro) и основной подгрупп (применение бесшовных технологий имплантации: LHR ? Parietene ProGrip, TAPP ? 3DMax Light). Пациенты контрольной и основной подгрупп были сопоставимы по полу, возрасту, типу ПГ и сопутствующей патологии. Качество жизни оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после пластики с использованием опросника «SF-36 Health Status Survey».

Результаты исследования показали, что наиболее низкие показатели физического и психологического компонентов здоровья, а также более продолжи-тельные сроки восстановления профиля качества жизни были зарегистрированы у пациентов с ПГ после выполнения LHR с шовной фиксацией сетки. Их физическое состояние через 3 месяца наблюдения имело наиболее высокую степень ограничений в выполнении физических нагрузок и сопровождалось более интенсивной болью, оказывавшей выраженное влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. Эти особенности восстановления физического компонента здоровья на данном интервале закономерно находили свое отражение в реакции большинства показателей психического здоровья, указывая на наличие у больных элементов социальной дисадаптации. Отказ от шовной фиксации сетки у больных ПГ при выполнении LHR через 3 месяца после операции сопровождался достоверно более высоким по сравнению с контрольной подгруппой больных уровнем восстановления их физического компонента здоровья за счет прироста показателей физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. В последующие сроки динамического наблюдения показатели качества жизни пациентов обеих подгрупп LHR имели тенденцию к росту и достоверно не отличались между собой. Исключение составлял уровень социального функционирования, достоверный рост которого имелся к 12-у месяцу наблюдения у больных без шовной фиксации сетки. Ранние сроки (через 3 месяца) и наиболее высокий уровень восстановления большинства показателей физического компонента здоровья были также зарегистрированы у больных после TAPP с фиксацией имплантата. Имевшееся состояние пациентов сопровождалось быстрым купированием боли в «зоне операции», которое определяло низкий уровень в ограничении физических нагрузок и активно отражалось на их повседневной жизнедеятельности. Эти изменения закономерно оказывали влияние на уровень общего состояния здоровья больных, сопровождаясь позитивным вектором их перспектив от проведенного лечения. Изменения показателей психологического компонента здоровья после выполнения TAPP с фиксацией имплантата также характеризовались ранним (3 месяца) достоверным восстановлением показателей социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоя-нием пациентов, величины которых на этом интервале времени определяли достоверный рост психологического компонента здоровья. Результаты исследования также позволили выявить, что использование бесшовных технологий имплантации при выполнении TAPP ни на одном из интервалов наблюдения не сопровождалось изменением какого-либо из показателей физического и психологического здоровья по сравнению с контрольной подгруппой больных (TAPP с фиксацией сетки). Таким образом, применение бесшовной имплантации у больных ПГ при проведении LHR сопровождается более ранними сроками и достоверным эффектом нормализации большинства показателей физического компонента здоровья, определяя более высокую степень их социальной активности. Применение не требующих фиксации имплантатов при выполнении TAPP не оказывает существенного влияния на уровень качества жизни оперированных пациентов.

Ключевые слова: паховая грыжа, LHR, TAPP, SF-36, качество жизни, физическое здоровье, психологическое здоровье

693. Диагностика и лечение ретродуоденальных перфораций после ретроградных вмешательств

Войновский А.Е. (1), Семененко И.А. (2), Гращенко С.А. (3), Барбадо П. (4), Нальгиев И.А. (5)

Москва

ГКБ им. С.С. Юдина

Актуальность: одним из осложнений после эндоскопических ретроградных вмешательств, являются ретродуоденальные перфорации. РДП отмечается не более чем в 1% ретроградных вмешательств, а летальность достигает 25%. РДП выявляют во время вмешательства не более чем в 27% случаев. В настоящий момент не существует общепризнанных алгоритмов лечебной тактики при ретродуоденальной перфорации (РДП) после ретроградных вмешательств. В большинстве случаев проводятся различные виды минимально инвазивного лечения, включая эндоскопическое и чрескожные вмешательства. Хирургическое лечение требуется не более чем 20% пациентов с РДП. Размеры дефекта не являются определяющим фактором в выборе метода лечения у данной группы пациентов, описан ряд случаев успешного консервативного лечения у пациентов с обширным ретропневмоперитонеумом и пневмотораксом. Тактика лечения зависит от локализации перфорации: двенадцатиперстная кишка, периампулярная область, желчный или панкреатический проток. Эндоскопическое лечение РДП предъявляет высокие требования к техническому оснащению, включающему наличие покрытых саморасширяющихся стентов и наличие tts- и/или ots-клипс для закрытия дефектов.

Цель: Оценка эффективности миниинвазивных хирургических и эндоскопических методов лечения ретродуоденальных перфораций после ретроградных вмешательств.

Материалы и методы: в период с 2019 по 2023 гг. на базе ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ было проведено лечение 3096 больным с различными видами и причинами билиарной обструкции, которым выполнялись эндоскопические ретроградные вмешательства. После выполнения ЭРХПГ осложнения развились в 1,8% случаев: постманипуляционный панкреатит – 42, кровотечение – 4, перфорация ДПК – 10. Ретродуоденальные перфорации после ретроградных вмешательств отмечены в 0,3% случаев, при этом в 2-х случаях РДП произошли при типичной и 8 случаях при нетипичной билиарной сфинктеротомии. Не отмечено РДП после баллонной дилятации как нативной, так и предрассеченной папиллы. Интраоперационно была выявлена РДП у одного пациента, в остальных случаях диагноз осложнения был установлен по результатам инструментальных исследований в послеоперационном периоде. При ретродуоденальной перфорации в 2 случаях из 10 проводилось хирургическое вмешательство: лапаротомия, ушивание дефекта ДПК, дренирование забрюшинного пространства, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха. В остальных случаях применялась консервативное ведение РДП, включающая эндоскопические методики. Билиодуоденальное протезирование покрытым саморасширяющимся стентом было проведено 6 пациентам, эндоскопическое клипирование дефекта tts-клипсами 2-м пациентам. Эндоскопическое ушивание дефекта сопровождалось назобилиарным дренированием. Дренирование забрюшинного пространства под УЗ-наведением потребовалось в 7 случаях. В одном случае перфорации ДПК не было проведено ни эндоскопических ни каких-либо других интервенций: при наблюдении и динамических сонографии и СКТ, уменьшалось количество воздуха в забрюшинном пространстве, не отмечено появления жидкостных скоплений. Летальные исходы – 1 (из 10 случаев перфорации ДПК) в послеоперационном периоде после хирургического лечения.

Выводы: РДП чаще встречаются в клинически и анатомически сложных ситуациях, когда вынужденно применяются нестандартные методы ЭПСТ. Консервативное лечение РДП может быть эффективным у большинства пациентов, что особенно актуально для пациентов старших возрастных групп, при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Требуется дальнейшая систематизация методов лечения этого осложнения чреспапиллярных вмешательств с целью формирования общепринятой парадигмы ведения пациентов с РДП.

Ключевые слова: ЭРХПГ, ретродуоденальная перфорация

---

694. РАДИКАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ САНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Левчук А.Л.1, Абдуллаев А.Э.2

Москва, Владимир

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва2 ГКБ СМП, Владимир

ЦЕЛЬ. Оценить возможность выполнения, сроки и объем радикальных хирургических вмешательств после миниинвазивного лечения гнойно-септических осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК). МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнен проспективный анализ в период с 2018-2022г. лечение 71 больного (исследуемая группа) с выполнением плановых отсроченных радикальных оперативных вмешательств по поводу ДБТК после

ранее проведенных миниинвазивных дренирующих операций под УЗИ и РТВ наведением по поводу параколлярных и тазовых абсцессов, возникших в результате перфорации дивертикулов толстой кишки. Параколлярный абсцесс при ДБТК диагностирован у 39 (32,2%), абсцесс малого таза у 20 (16,5%), межкишечный абсцесс у 7 (5,7%), забрюшинный у 5 (4,1%) пациентов. В 52 (73,2%) случаях выполнено трансабдоминальное дренирование, в 12 (16,9%)-трансректально, в 7 (9,8%) трансвагинально. Выполнен ретроспективный анализ больным контрольной группы (n-50) за 2014-2018г. которым были выполнены одноэтапные оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию источника перитонита с выведением колостомы по типу операции Гартмана. Суммарно по обоим группам мужчин было 79 (65,2%), женщин 42 (34,7%). Возраст пациентов составил в среднем 52±1,3 года. РЕЗУЛЬТАТЫ. Обструктивная резекция сигмовидной кишки выполнена в 5 (7%) случаев. Резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза в 22 (30,9%) наблюдениях. У 2 (2,8%) пациентов произошла несостоятельность толстокишечного анастомоза, что потребовало релапаротомии, разобщения анастомоза с выведением одноствольной колостомы. Группа больных, которым была выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением превентивной петлевой колостомы составила 6 (8,4%) человек. В 1 (1,4%) случае произошла ретракция колостомы. Левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ) с наложением первичного толстокишечного анастомоза выполнена в 30 (42,2%) наблюдениях. В послеоперационном периоде, в этой группе больных осложнений выявлено не было. ЛГКЭ с наложением превентивной петлевой илеостомы по Торнболлу произведена 8 (11,2%) пациентам. У 2 (2,8%) больных, данной категории, мы наблюдали клиническую картину острой динамической тонкокишечной непроходимости, которая купирована консервативным лечением. В контрольной группе в 1 (2%) наблюдении, у больного оперированного на фоне распространенного гнойного перитонита, вследствие перфорации дивертикула сигмовидной кишки в раннем послеоперационном периоде возникла эвентрация внутренних органов, что потребовало релапаротомии, санации брюшной полости, ушивания эвентрации. Ретракция колостомы развилась в 4 (8%) случаях. В 2 (4%) наблюдения ретракция колостомы осложнилась присоединением парастомальных абсцессов, которые санированы чрескожным дренированием под УЗИ-контролем. В 2 (4%) случаях потребовалась релапаротомия транспозиция колостомы. Некроз колостомы, в виду нарушения микроциркуляции в стенке кишки, развивался у 4 (8%) больных. У 2 (4%) пациентов процесс носил частичный характер и было достаточно сегментарного иссечения нежизнеспособных тканей сигмовидной кишки, в 1 (2%) наблюдении некроз стомы потребовал релапаротомии с реколостомией. Перфорация дивертикула нисходящей толстой кишки произошла в 3 (6%) наблюдениях. Была выполнена релапаротомия, перезекция толстой кишки с выведением колостомы. Послеоперационная вентральная грыжа наблюдалась у 4 (8%) больных. Несостоятельность заглушенной культи прямой кишки возникла в 3 (6%) наблюдениях. Лечение осуществлялось прекультевым дренированием и консервативными мероприятиями. В контрольной группе реконструктивно-восстановительные операции выполнялись не ранее чем через 7-9 месяцев после первичного вмешательства. У больных исследуемой группы радикальное хирургическое вмешательство было успешно выполнено в промежутке от 2,5 до 3 месяцев с хорошим клиническим эффектом. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По нашему мнению, любой параколлярный абсцесс, развившийся в следствии перфорации дивертикула при ДБТК, является показанием к его миниинвазивному дренированию, с последующим проведением противовоспалительной и антибактериальной терапии. Во всех случаях методика мининвазивного дренирования внутрибрюшного и забрюшинного абсцесса нами рассматривалась как «тактический мост» к выполнению радикальной одномоментной плановой реконструктивно-восстановительной операции при ДБТК, с возможностью избежать обструктивной резекции с выведением одноствольной колостомы, обрекая пациентов на повторные реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике. Количество осложнение в I группе-8,4%, во II группе-98%. Рецидив заболевания у пациентов I группы отмечены в 28 (56%), случаев, во II группе у 5 (7%) пациентов. Летальных исходов в нашем исследовании не наблюдалось. Качество жизни пациентов исследуемой группы было намного выше чем у пациентов контрольной группы

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, параколлярный абсцесс, миниинвазивное дренирование, радикальное хирургическое лечение

---

695. Ультразвуковая навигация как часть интервенционных вмешательств

Сизова А.Н., Пашинцева К.С.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. В работу многопрофильного стационара активно вошли мини-инвазивные вмешательства выполняемые под ультразвуковым контролем. Они используются у пациентов различного профиля, возраста и тяжести состояния. Их используют как с диагностикой так и с лечебной целью. Спектр успешного использования интервенционного ультразвука в хирургии, помимо выполнения биопсий, весьма широк: это дренирование органов и полостей, мини-инвазивное лечение осложнений заболеваний, разрушение очаговых образований, маркировка новообразований и др. Вмешательства выполняемые под контролем ультразвукового сканиро-

вания позволяют с наименьшей инвазивностью разрешать различные послеоперационные осложнения.

Материалы и методы. В период с января по май 2023 г. в ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России Клиническом медицинском центре под УЗ-навигацией выполнено 61 вмешательство стационарным пациентам. Показания к проведению и определение вида и назначения манипуляции определялся специалистом определенного профиля. В качестве УЗ-сканера применялся портативный аппарат PHILLIPS CX 50 с использованием стандартного аппаратного программного обеспечения. Алгоритм выполнения манипуляций следующий. После предварительного позиционирования и выбора безопасной трассы к «мишени» проводилась обработка кожных покровов раствором антисептика. В зависимости от вида манипуляции проводилась анестезия. Для контакта с телом пациента использовался гель. Далее врачом хирургом проводилось позиционирование иглы или аппликатора методом «свободной руки» под УЗ – контролем (виртуальное отслеживание) в В-режиме (при необходимости с применением режимов цветового допплеровского или энергетического картирования) в режиме реального времени. Миниинвазивные вмешательства под контролем УЗ не выполнялись, при условии сложности визуализации «мишени» (анатомические особенности, конституциональные особенности, вынужденное положение, метеоризм), наличия на трассе петель кишечника и/или крупных сосудов, большая глубина расположения. Контроль выполнения манипуляции выполнялся через 10 мин после выполнения.

Результаты.За указанный период в клинике было выполнено: плевральная пункция (торакоцентез)– 11 (18%), дренирование плевральной полости– 3 (5%), лечебно-диагностическая пункция жидкостных образований мягких тканей – 3 (5%), лечебно-диагностическая пункция выпота брюшной полости (лапароцентез)- 4 (6%), пункция и дренирование отграниченных жидкостных скоплений, кист брюшной полости – 5 (8%), биопсия образований печени – 11 (18%), биопсия образований поджелудочной железы – 1(2%), абляция образований печени – 10 (17%), маркировка образований молочной железы – 2 (3%), биопсия образования молочной железы – 1 (2%), нефростомия – 2 (3%), цистостомия – 2 (3%), установка центрального катетера -3 (5%), склерозирование сосудистых мальформаций – 3 (5%). Из 13 (21% от общего количества манипуляций) выполненных биопсий в 12 (96%) случаях был получен адекватный гистологический материал. Из 21 (34%) выполненных пункций был получен адекватный цитологический материал во всех случаях. Из 33 (54% от общего количества) выполненной лечебно-диагностической манипуляции терапевтический эффект был достигнут у 30(90%) пациентов. Из 10 (17%) абляций положительный эффект достигнут в 9 (90%), 1 (10%) была выполнена повторная абляция. Осложнений при данных манипуляциях зафиксировано не было.

Выводы. Успешный опыт выполнения интервенционных вмешательств под контролем УЗ показал высокую лечебно-диагностическую ценность методики, которая в сочетании с минимальным количеством осложнений, малой инвазивностью и хорошей переносимостью подтверждает дальнейшую перспективность его использования у пациентов с различной патологией и тяжестью состояния.

Ключевые слова: УЗ навигация, Интервенционные вмешательства

---

696. Платиновые минуты и золотые часы: мифы и реалии в военной хирургии

Чуприна А.П., Кудрявцева О.А. (1), Малунов А.С. (2), Кузин М.С. (1)

Москва

1 – Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова в г. Москве2 – Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко

Прогрессирующее расширение блока НАТО на восток, приближение его инфраструктуры к российским границам являются вызовом российскому государственному строю, жизненным устоям Российской Федерации. Опыт медицинского обеспечения специальной военной операции показал как высокую степень надежности российской военной медицины, так и существующие проблемы в организации хирургической помощи. Однозначно не оправдались надежды на возможности хирургической помощи в локальном конфликте. Опыт применения сил и средств медицинской службы на Северном Кавказе, в отличии от опыта Великой Отечественной войны, не стал базисом для формирования новой конфигурации системы оказания хирургической помощи. Теоретические концепции оказания помощи, родившиеся на базе гражданской медицины и рафинированных условий ведения боевых действий включая правила «золотого часа» и «15 платиновых минут» не создали ничего нового для военной хирургии. Правило «золотого часа» в течении нескольких десятилетий очаровывает военно-полевых хирургов. Реализация этой идеи так же как и концепции «платиновых» 15 минут оказалась возможной только в одной маленькой стране – республике Израиль, где боевые потери происходят в транспортной доступности, а уровень цивилизации позволяет в кратчайшие сроки оказать специализированную хирургическую помощь. Более того, опыт последних десятилетий и вооруженных конфликтов на Северном Кавказе, в Закавказье, Сирии показал, что в условиях острого военного конфликта

правила «золотых часов» неприменимы. Вопросы технологии ранней помощи, обучения специалистов, прогнозирования санитарных потерь показали полную несостоятельность предлагаемых концепций хирургической помощи. Логистика эвакуации, возможности жизнеспасающих действий на поле боя, успешные и безуспешные истории спасения конкретных раненых свидетельствуют о нежизнеспособности рекламируемых концепций оказания медицинской помощи. Родившаяся концепция тактической медицины показала свою ограниченность в отношении санитарных потерь действующих армий в полномасштабных армейских и фронтовых операциях. Применение концепций «золотого часа» оказалось невозможным в опыте вооруженных сил армий НАТО в конфликтах на территории Афганистана, Ирака, Сирии. Необходимость применения вооруженных сил на территории иностранного государства поставила медицинскую службу армии перед необходимостью возврата к системе эшелонированной помощи и эвакуации по назначению. Линия фронта, протяженностью более двух тысяч километров, отсутствие собственной инфраструктуры для оказания помощи раненым наглядно продемонстрировали настоятельную необходимость изменения системы этапного лечения. Это поставило вопрос о необходимости возврата к классификации хирургической помощи «врачебная, квалифицированная, специализированная». Крайне необходимыми оказались передовые медицинские группы усиления отдельных медицинских батальонов, где хирургическая помощь ранее была крайне лимитирована.

Ключевые слова: Специальная военная операция, раненый,

---

697. Основные принципы лечения больных с постожоговыми рубцовыми стенозами пищевода

Пушкин С.Ю. (1,2), Белоконев В.И. (2), О.И. Пиковский (1), Вольгов Л.А. (1,2)

Самара

1) Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина
2) Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Рубцовые сужения пищевода являются тяжелым осложнением химического ожога. В настоящее время предложено много методов как профилактики, так и лечения стенозов пищевода, однако частота рецидивов стриктур остается высокой, а радикальные вмешательства сопровождаются высоким риском осложнений. Таким образом, несмотря на достигнутые успехи лечение протяженных ожоговых стриктур пищевода остается до конца не решенной проблемой.

Целью исследования стала оценка результатов различных методов лечения пациентов с рубцовыми послеожоговыми стриктурами пищевода.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 302 пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода с 2012 по 2023 гг. Женщин было 104 (34,4%), мужчин – 198 (65,6%), возраст которых составил от 21 до 81 года. Пациенты находились на лечении с ожогами от 3-х недельной давности до 23 лет. Распределение пациентов по группам проводили согласно классификации рубцовых стенозов пищевода Г.Л. Ратнера и В.И. Белоконева (1972). При лечении больных использовали следующие методы: бужирование, дилатацию, стентирование пищевода и реконструктивно-восстановительные операции.

Результаты. У 201 пациента со стенозами пищевода проводили ортоградное и ретроградное бужирование в ранние сроки после ожога. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты после бужирования пищевода получены у 87% пациентов. У 81 больных при стриктурах протяженностью менее 3-4 см выполнена баллонная дилатация под рентгенологическим контролем. У 78% пациентов получены хорошие непосредственные результаты. Бужирование стриктур пищевода или балонную дилятацию в зависимости от проявлений дисфагии проводили каждые 3-6 недель на протяжении до 2-х лет до полного купирования дисфагии или проведения реконструктивно-восстановительных операций. Перфорация пищевода в результате нарушения техники выполнения бужирования возникла у 2 (0,7%), при баллонной дилатации стриктуры – у 3 (1%). У 6 пациентов с сегментарной стриктурой нижней трети пищевода был установлен стент. Пластику пищевода выполняли при стриктурах протяженностью более 2/3 длины пищевода, при неэффективности дилатационных способов при длительности заболевания более 12 месяцев. Абдоминоцервикальная резекция пищевода с пластикой желудочным стеблем выполнена 29 пациентам, пластика различными отделами толстой кишки – у 12, тонкой кишкой – у 3, операция типа Льюиса – у 9. После пластики пищевода осложнения отмечены у 6 пациентов. Из общего числа больных от осложнений умерло 3 (1%) больных.

Выводы. Выбор способа лечения рубцовых стриктур пищевода зависит от уровня стриктуры, ее протяженности и срока после химического ожога. Основным методом лечения стриктур остается бужирование пищевода. Показания к баллонной дилатации возникают при протяженности стриктуры не более 4 см. Показания к реконструктивно-восстановительным операциям возникают при протяженных стриктурах у больных с 4 и 5 степенями сужениями пищевода.

Ключевые слова: химический ожог, стеноз пищевода, лечение

---

698. Современная концепция прогнозирования и ранней диагностики синдрома интраабдоминальной гипертензии в хирургии грыж

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Паршаков А.А., Пушкарев Б.С., Кузнецова М.П.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, Минздрава России, кафедра общей хирургии №1

Цель работы – улучшить результаты лечения пациентов с вентральными и послеопе-рационными грыжами при помощи прогнозирования и профилактики копарт-мент-синдрома в периоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 603 пациента, опе-рированных в 2020-2022 гг. в хирургическом отделении Городской клинической больницы №4 г. Перми по поводу вентральных и после-операционных грыж. Медиана возраста пациентов 71,50 (65,00-81,25) лет. Размер грыж оценивался на основа-нии классификаций Европейского герниологического сообщества (EHS). Грыжи средних и больших размеров выявлены у 260(43,09%) пациентов. Шкалы MHGS и ASA использованы для оценки состояния пациентов перед операцией. Пациенты разделены на три группы риска развития синдрома интраабдоми-нальной гипертензии (СИАГ). Низкий риск – при малых грыжах (W1) или при средних гры-жах (W2) без сопутствующих заболеваний. Умеренный риск – при средних грыжах (W2) при наличии сопутствующих заболеваний легких и сердечно-сосуди-стой системы, а также у паци-ентов с большими грыжами (W3) без осложнений. Высокий риск – у пациентов с боль-шими грыжами (W3) в сочетании с потерей домена более 15%, ущемлением или спаечной кишечной непроходи-мостью. Ранее нашим коллективом авторов проводи-лось предоперационное обсле-дование групп пациентов с умеренным и высоким риском развития компартмент синдрома оригинальной методикой (рацпредложение № 2510 от 06.05.10 г.) для индивидуального опре-деления способа герниопластики. В наблюдаемой группе пациентам с умеренным и высоким риском проводился компьютерный мониторинг внутрибрюшного давления в периопераци-он-ном периоде при помощи оригиналь-ного программно-аппаратного комплекса (патенты: на программу для ЭВМ № 2021611514 от 29 января 2021 г.; № 2791696 от 06 декабря 2021). Также пациентам с потерей домена более 15% перед операцией выполняли КТ-орга-нов брюшной по-лости с 3D-моделированием грыжевого дефекта и брюшной стенки, на основании которой оце-нивали состояние передней брюшной стенки. Метод гер-ниопластики определялся ориги-нальным алгоритмом (программа для ЭВМ №201961699 от 19 июля 2019 года). Пациентам с патологией нескольких органов брюшной полости выполнялись симультанные операции. По-сле проведения сепарационной герниопластики, дрениро-валось ретромускулярное простран-ство и подкожной клетчатки, а кожный шов герметизировался препаратом «Дезитол В». Реаби-литация проводилась согласно про-токолам ERAS.

Результаты. В экстренном порядке оперировано 133 (22%) пациентов, время от по-ступления в стационар до оперативного вмешательства составило 30,00 (12,00-102,00) часов. Операции по технологии sublay проведены у 408(67,66%), IPOM – у 83(13,76%) пациентов, TAR– у 112(18,57%) пациентов. Симультанные вмешательства – у 109(18,08%) пациентов, сре-ди них у 14(12,84%) паци-ентов с сопутствующим морбидным ожирением выпол-нена лапаро-скопическая sleeve-резекция желудка, у 51(46,79%) пациентов с ЖКБ – лапароскопическая хо-лецистэктомия, у 18(16,51%) пациентов – дополнительно герниопластика TAPP, у 23 (21,10%) – поперечная абдоми-нопластика при морбидном ожирении и абдоминоптозе 3-4 степени, у 3 (2,75%) – открытая продольная резекция желудка. В предоперационном периоде зафиксирова-но вннутрибрюшное давление 19,00 (16,50-21,00) мм.рт. ст. В послеоперационном периоде – 13,00 (11,00-17,50) мм.рт.ст. Осложнения отмечены у 33 (9,62%) пациен-тов: из них после sublay – у 9 (27,27%); после TAR – у 17 (51,52%), после IPOM – у 8 (24,24%).

Выводы. Применение разработанного способа компью-терного мониторинга внутри-брюшного давления, алго-ритма выбора способа герниопластики, компьютерного 3D-моделирования передней брюшной стенки позво-лило снизить риск развития СИАГ в после-операционном периоде.

Ключевые слова: грыжи, хирургия грыж, герниология, синдром интраабдоминаальной гипертензии

---

699. Анализ больших данных результатов лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Кузнецова М.П., Пушкарев Б.С., Паршаков А.А., Вахтомина Е.Ю.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, Минздрава России, кафедра общей хирургии №1

Актуальность. Интенсивное развитие современной гер-ниологии требует постоянной оценки эффективности хирургического лечения, мониторинг послеоперацион-ных осложнений и рецидивов. Для этого в мире созда-ются герниологические регистры. Швеция стала лидером в развитии регистрации грыж в 1992 году, в 2017 году регистр грыж заработал в Китае. В России создан регистр AWRORA, однако пользоваться им повседневно сложно

из-за разницы в оформлении медицинской документации и разнородности медицинских информационных систем (МИС) и требует значительного времени.

Цель работы. На основе больших данных из МИС проанализировать результаты лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки с целью адаптации данных для современного герниологического регистра.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 1593 пациентов хирургического отделения ГАУЗ ПК ГКБ№4 за период 2019-2021 гг. Осмотры, выписки и протоколы операции выбраны из МИС ГАУЗ ПК ГКБ№4. Пациенты группировались по возрасту, полу, локализации грыж, классификации грыж по утвержденным Национальным клиническим рекомендациям и рекомендациям Европейского герниологического сообщества, виду анестезии, способу герниопластики, послеоперационным осложнениям, сопутствующим заболеваниям, количеству рецидивов.

Результаты. Из МИС Городской клинической больницы №4, г. Пермь, получены результаты лечения пациентов с грыжами, сформирована электронная таблица. Конечной задачей считалось формирование таблицы по принципам «tidy data». Была проведена попытка простого поиска классификационных критериев в текстовых полях полученной электронной таблицы. Однако попытка не увенчалась успехом из-за отсутствия применения врачами-хирурга единых классификаций, индивидуальных особенностей грамматики разных врачей. Поэтому для дальнейшего анализа был применен язык регулярных выражений Regex и поиск значений по шаблонам. Среди проанализированных случаев преобладали 1004 (63,0%) мужчины, и 589 (37,0%) женщин. Средний возраст пациентов составил 54,87±15,55 года. По поводу паховых грыж оперировано 651 (40,9%) пациент, из них прямые паховые грыжи составили 259 (39,78%) человек, косые паховые грыжи – 356 (54,68%). По поводу вентральных грыж оперировано 942 (59,1%) пациента. По поводу пупочных грыжи – 325 (20,40%), грыж белой линии живота – 83 (5,21%), параколостомических грыж – 4 (0,25%) пациентов. У 1167 (73,25%) больных грыжи были средних и больших размеров (2-3 по EHS). Послеоперационные грыжи были выявлены у 209 (13,11%) пациентов. Ущемленные грыжи выявлены у 360 человек (22,59%). У 49 (3,08%) пациентов при поступлении выявлена странгуляционная кишечная непроходимость. Перитонит – у 84 (5,27%) пациентов. Операции проводились под спинальной анестезией 869 (65,39%), под эндотрахеальным наркозом – 351 (26,41%), местная анестезия у 100 пациентов (7,52%), с седацией – у 9 (0,68%). Среди сопутствующих заболеваний преобладали болезни сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь у 244 (15,31%) больных, ИБС у 192 (12,05%) пациентов. Хронические анемии выявлены у 36 (2,1%) больных, оперированных по экстренным показаниям. Хроническая обструктивная болезнь легких выявлена у 72 (4,52%) пациентов. Цереброваскулярная болезнь – у 108 (6,78%), эпилепсия – 9 (0,56%). Сахарный диабет – у 61 (3,83%) пациента, ожирение – у 243 (15,25%). Летальный исход возник у 22 (1,38%) пациентов, в связи с поздним обращением, выраженной сопутствующей патологией и возрастом.

Вывод. Применяемый подход с использованием языка регулярных выражений Regex позволил провести анализ больших данных пациентов, выгруженных из МИС лечебного учреждения. Полученные результаты в виде базы данных по принципам «tidy data» могут быть использованы для усовершенствования функционала существующих герниологических регистров и единых информационных систем в здравоохранении Пермского края.

Ключевые слова: герниология, герниологический регистр, большие данные, медицинская информационная система

---

700. Органосохраняющее лечение запущенных стадий ахалазии кардии

Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2), Бурмистров А.И. (3), Юркулиев Н.А. (3)

Москва

1) МНОЦ МГУ,
2) ПМГМУ,
3) НМИЦХ
4) ГКБ №50

Актуальность. Ахалазия кардии – это заболевание, связанное с нарушением моторики пищевода, проявляющееся нарушением перистальтики и недостаточным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера в ответ на акт глотания. Золотым стандартом лечения остается выполнение кардиомиотомии по Геллеру с последующей фундопликацией. Согласно принятым международным клиническим рекомендациям, терминальная стадия ахалазии, характеризующаяся развитием мегаэзофагуса или сигмовидной деформацией пищевода, является показанием к эзофагэктомии.

Результаты лечения данной группы пациентов нельзя назвать удовлетворительными. Так, по данным Aiolfi и соавт. эзофагэктомия была достоверно ассоциирована с высокой частотой послеоперационных респираторных осложнений, включая пневмонию (10%; [95% ДИ: 4%-18%]). При этом для успешного выполнения традиционного оперативного вмешательства требуется тщательный отбор пациентов. Всё это обусловливает необходимость совершенствования оперативной техники и выполнения органосохраняющих вмешательств, в том числе с использованием мини-инвазивных технологий.

Материалы и методы. В исследуемую группу было включено 48 пациентов с диагнозом ахалазия кардии 3-4 стадии, находившихся на лечении с 2020 по 2023 год в ГБУЗ ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ и в МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова. Всем пациентам была проведена лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, с фундопликацией по Дору, дополненной неполной парциальной полуманжеткой и крурорафией (патент №2757527). У 18 (37,5%) пациентов перед этапом кардиомиотомии было выполнена гидропрепаровка подслизистого слоя пищевода (патент № 2794632). Стадия заболевания определялась на основании рентгенографии пищевода с контрастированием и эзофагогастроскопии. При оценке клинической выраженности симптомов ахалазии кардии в дооперационном и послеоперационном периоде использовали шкалу Eckardt Score. Послеоперационные проявления ГЭРБ были оценены по шкале GERD-Q. Средний балл по шкале Eckardt до операции составил 9,7.

Результаты. Среднее время операции составило 124,7мин., средняя кровопотеря составила 20,8мл., послеоперационный койко-день составил 4 к/д. Интраоперационные осложнения были выявлены у 7(14,6%) пациентов в виде ранении слизистой пищевода и у 2 (4,2%) в виде вскрытия плевры, формирования карбокситоракса. Дефект слизистой ушивался интраоперационно. Ранение медиастинальной плевры было ушито, газ из плевральной полости эвакуирован. Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo>IIIb отсутствовали. При контрольном осмотре признаков дисфагии в послеоперационном периоде не было выявлено. Средний балл по Eckardt после выписки составил 0,85, при опросе через 3 месяца – 0,41. Учитывая данные анкетирования GERD-Q и GERD-HQRL в послеоперационном периоде, средний балл после операции 0,96 и 4,40 балла соответственно.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о возможности успешного применения лапароскопической кардиомиотомии по Геллеру с модифицированной фундопликацией по Дору у пациентов с III-IV стадией ахалазии кардии. Выполнение описанного оперативного вмешательства демонстрируют ее эффективность и безопасность даже у самой сложной группы пациентов с терминальной стадией заболевания.

Ключевые слова: ахалазия кардии, сигмовидный тип пищевода, кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору, экстирпация пищевода

---

701. Хирургия в красной зоне: оперативные вмешательства у пациентов с новой коронавирусной инфекцией

Малунов А.С., Чуприна А.П., Васюкевич А.Г., Кудрявцева О.А., Фокин А.В., Кузин М.А.

Москва

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко

2020 год ознаменовался новыми вызовами для мирового здравоохранения в варианте пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ). Хирургическая служба в мировом масштабе столкнулась с проблемами оказания хирургической помощи этой категории пациентов. Требования к уровню помощи были предъявлены эпидемиологической ситуацией, хирургическая общественность была поставлена перед фактом необходимости выполнения оперативных вмешательств в условиях строгого противоэпидемического режима. Хирурги различных поколений и возрастов столкнулись с необходимостью оказания помощи в принципиально новых для себя условиях. Более того, значительная часть хирургов вынуждены были освоить новую для себя специальность – врач – инфекционист. Российская военная медицина оказалась на передовом крае борьбы с НКИ, оказав помощь многим странам мира. Под нашим наблюдением в Главном госпитале Вооруженных сил находилось 2698 пациентов с новой коронавирусной инфекцией в период с 12.02.2020г. по 09.01.2023г. Умерло – 134 пациента. Летальность – 0,0497%. У пациентов с НКИ выполнено 149 оперативных вмешательств в «красной зоне». При этом 32 оперативных вмешательств выполнены этим пациентам с осложнениями вне красной зоны.

Целью настоящего исследования явилось констатация роли общего и торакального хирурга в лечении осложнений НКИ. Таким образом, пациенты с НКИ являются объектом внимания общего хирурга как в красной зоне (перитониты и т. д.), так и за ее пределами (пациенты с осложнениями НКИ и с декомпенсированными хроническими заболеваниями). Участие хирурга в сопровождении лечебного процесса в красной зоне заключается не только в выполнении неотложных оперативных вмешательств, но и в динамическом наблюдении в «постковидном» периоде при выявлении общехирургической патологии

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция

---

702. Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, или провальная первичная фундопликация

Ерин С.А. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2), Гадлевский Г.С. (2), Галлямов Э.А. (2)

Москва

МНОЦ МГУ (1),
ПМГМУ (2)

Введение. По данным зарубежной литературы, общепринятая частота рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) составляет от 4% до 17,7%. При этом некоторые авторы приводят такой термин как «failure fundoplication», т.е. провальная фундопликация, частота которых варьирует от 2% до 23%. Технически неверные фундопликации классифицируются согласно распределению по S. Horgan(1999), где выделено три основных типа провала: миграция кардиоэзофагеального перехода и фундопликационной манжеты; формирование параэзофагеальной грыжи; исход неправильно формированой манжеты.

Цель. Оценить два клинических случая пациентов с клиническим рецидивом ГПОД, выявить причину рецидива. Клинический случай №1. Пациент Б, 34 года, поступил в клинику с жалобами: боль за грудинной, боль при приёме пищи. В 2017 году пациент оперировался в одной из московских клиник по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 1-го типа. Жалобы – изжога до и после приёма пищи. По данным выписного эпикриза, пациенту выполнена лапароскопическая фундопликация по Toupet, задняя и передняя крурорафия. Однако после первой операции жалобы на изжогу сохранились. В 2019 году пациент обратился в другую клинику, где была выполнена лапароскопическая фиксация угла Гиса лентой из ксеноперикарда. Несмотря на то, что у пациента прекратилась изжога, его начала мучать боль в эпигастрии, которая усиливалась при приёме пищи. С учётом продолжительности заболевания, пациент похудел на 10 кг., а также стал депрессивным. По данным рентгенографии после последней операции, у пациента диагностирован рецидив ГПОД 3-го типа по Suppiah. Интраоперационно при разборе старых конструкций в объёме снятия ленты из ксеноперекарда, разбора фундопликационной манжеты по Toupet и выделения абдоминальной позиции пищевода было выявлено, что изначально фундопликационная манжета была наложена ниже дна желудка, тем самым спровоцировав недостаточность кардии и развитие параэзофагеальной грыжи. В ходе оперативного вмешательства выполнен разбор старой конструкции, наложена новая фундопликационная манжета по short-floppy Nissen с задней крурорафией. На момент выписки у пациента прекратилась боль в покое, при правильном соблюдении рекомендаций по коррекции питания – была минимальной при приёме пищи. Спустя 12 месяцев боль при приёме пищи прошла. Клинический случай №2. Пациентка А, 62 года, поступила в клинику с жалобами: сильные боли после приёма пищи, тошнота, рвота съеденной пищей, похудание на 8 кг в течении 6 месяцев. Известно, что в конце 2021 года пациентка была прооперирована по поводу ГПОД 2-го типа. Основная жалоба – анемия средней степени тяжести. По данным выписного эпикриза, пациентке выполнена лапаротомная фундопликация по Nissen, задняя и передняя крурорафия. Сразу после операции пациентку начали беспокоить вышеописанные жалобы. По данным рентгенографии после последней операции, у пациентки отсутствовали данные за рецидив ГПОД, диагностирован gas-bloat синдром и выраженной дисфагией. Интраоперационно при разборе старой манжеты было выявлено, что изначально фундопликационная манжета была наложена намного ниже дна желудка, тем самым спровоцировав развитие gas-bloat синдрома и выраженной дисфагии. Также был визуализирован оставшийся грыжевой мешок в ранее наложенной фундопликационной манжете. В ходе оперативного вмешательства был выполнен разбор старой конструкции, наложение новой фундопликационной манжеты по Dor с неполной парциальной полуманжетой с задней крурорафией. На момент выписки у пациентки прекратилась боль после приёма пищи, спустя 2 месяца пациентка не испытывала никаких жалоб по поводу питания.

Вывод. На взгляд авторов, выявление всех технических ошибок при раннее выполненных антирефлюксных оперативных вмешательствах, устранение их и создание адекватного антирефлюксного механизма приведут пациента к выздоровлению. В связи с этим, стоит выделять основные технические особенности выполнения фундопликаций, которые будут актуальны как для первичных, так и для повторных операций.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая рефундопликация, провальная фундопликация

---

703. Академик Иустин Ивлианович Джанелидзе – основоположник современной тактики лечения острого аппендицита(к 140-летию со дня рождения)

Вологдин А.А.

Москва

Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Актуальность темы. Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. В настоящее время в структуре

экстренной абдоминальной патологии острый аппендицит составляет – 50-70%. История изучения аппендицита исчисляется тысячелетиями, но лишь последние 200 лет можно назвать научным периодом этой истории. Огромный вклад в лечение ОА внес академик И.И. Джанелидзе, русский (советский) хирург, ученый, общественный деятель, Герой Социалистического Труда (1945), лауреат Сталинской премии 1 степени (1950), академик АМН СССР (1944), заслуженный деятель науки РСФСР (1936), главный редактор научного медицинского журнала «Вестник хирургии имени И.И. Грекова» (1938-1941), председатель правления Всесоюзного общества хирургов (1946-1950), генерал-лейтенант медицинской службы (1943), участник Первой мировой войны, участник Великой Отечественной войны, которому 20 июля 2023 года исполняется 140 лет.

Материал и методы. История и эволюция учения об ОА – это нелёгкий, полный противоречий путь, преодолевший многие препятствия. В учении об остром аппендиците можно выделить пять этапов исторического развития: I этап – зарождение диагностики и лечения ОА (от древнейших времён до 80-х годов XIX столетия). II этап – зарождение оперативного лечения ОА (от 80-х годов XIX столетия до начала XX века). III этап – становление оперативного лечения ОА (первая четверть XX века). IV этап – активное широкое внедрение оперативного лечения ОА в клиническую практику (вторая четверть XX века до 80-годов XX столетия). V этап – современный: внедрение лапароскопических технологий в хирургию, возникновение и внедрение эндовидеохирургического лечения ОА (с 80-годов XX столетия по настоящее время). В 1934г. благодаря И.И. Джанелидзе принято основополагающее решение, послужившее основой современной тактики лечения ОА. По инициативе Института скорой помощи (Ленинград), который возглавлял И.И. Джанелидзе, в 1934 году была созвана Ленинградская городская и областная конференция, на которой активно выступал академик И.И. Джанелидзе и многие другие крупные ученые страны. Благодаря авторитету И.И. Джанелидзе были сделаны важнейшие решения, являющиеся руководством для всех хирургов Советского Союза: больных ОА необходимо как можно раньше госпитализировать в хирургические учреждения и срочно оперировать во все сроки от начала заболевания, и при всех формах ОА, кроме хорошо отграниченного плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования. Закрывая конференцию, И.И. Джанелидзе отметил, что летальность от ОА в Советском Союзе ниже, чем в других странах, почти в 3 раза. Данная тактика лечения ОА принесла свои плоды: в среднем летальность по стране снизилась с 5 до 0,2%, т.е. в 25 раз, а это – тысячи спасенных жизней. Полученные результаты. Принципиальные установки лечения ОА, выработанные почти 90 лет тому назад по инициативе академика И.И. Джанелидзе, сохранились в основных чертах до настоящего времени.

Обсуждение. Исторический анализ учения об ОА показал, что история лечения ОА прошла долгий и тернистый путь, в котором можно выделить пять исторических этапов, от вскрытия гнойников в правой подвздошной ямке без удаления аппендикулярного отростка до выполнения экстренной аппендэктомии в максимально ранние сроки с момента установки диагноза, независимо от формы и от начала заболевания с использованием эндовидеохирургической техники. Решения Ленинградской городской и областной конференции (1934), благодаря инициативе академика И.И. Джанелидзе, явились революционными в лечении ОА, что позволило в последующем снизить летальность при этом заболевании в 25 раз.

Выводы. Академик И.И. Джанелидзе внес основополагающий научный вклад в развитие учения об остром аппендиците.

Рекомендации. Закрепить приоритет основоположника современной научной тактики лечения ОА за академиком И.И. Джанелидзе.

Ключевые слова: Академик Иустин Ивлианович Джанелидзе. Острый аппендицит. История и эволюция учения об остром аппендиците. Исторические этапы в учении об остром аппендиците.

---

704. Наставничество: взгляд молодых специалистов

Шкарин В.В. (1), Каплунов К.О. (1), Мяконький Р.В. (1,2), Быков А.В. (1)

Волгоград

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

Актуальность. Наставничество относится к направлениям деятельности, которые в настоящее время активно развиваются различными профессиональными сообществами. О роли наставника в адаптации новых сотрудников, повышении их квалификации, о значении наставничества для организации ведутся дискуссии на различных форумах, конференциях, семинарах. Сама необходимость сопровождения начинающего специалиста наставником в начале профессионального пути не вызывает споров. Нужно отметить, что de-facto и de-jure наставничество как программа уже существует в российском правовом поле. Подтверждением тому является, например, типовое Положение «О наставничестве в медицинской организации, подведомственной комитету здравоохранения Волгоградской области», утвержденное приказом комитета здравоохранения Волгоградской области №4624 от

31.12.2015 г. Подобные Положения существуют в Московской и Ульяновской областях. В их основу была положена концепция проекта «Наставничество в медицинской среде» как форма общественно-государственного взаимодействия, предложенная в 2015 г. Ассоциацией заслуженных врачей России. Кроме того, администрация Президента РФ и Правительство РФ также ведут работу по реставрации и организации наставничества как профессионального социального института, встроенного в Стратегию развития здравоохранения РФ на период до 2025 г. (утв. Указом Президента РФ от 06.06.2019 г. №254). Последняя преследует цель повышение профессионального и нравственного уровня отечественного врачебного сообщества. В 2020 г. Минздравом РФ выпущены методические рекомендации по организации наставничества в учреждениях здравоохранения. Однако созданная при участии профильного министерства и профессиональных объединений достаточно мощная методическая база пока остается далека от полноценной практической реализации. В сфере отечественного здравоохранения уже накоплен некоторый опыт практического применения процедур наставничества, но эти вопросы еще далеки от полноценного решения. Нам показалось интересным изучить мнение начинающих докторов относительно характеристик ментора, необходимых для эффективной передачи знаний и умений со стороны наставника к обучающимся.

Цель исследования – выявить позитивные и негативные характеристики наставников для оптимизации процесса дополнительного профессионального образования по хирургическим специальностям.

Материал и методы. В работе использованы конкретно-социологические методы – добровольное анонимное анкетирование и метод простого интервью с целью уточнения некоторых позиций. В задачи исследования входило проведение анкетирования 45 русскоговорящих ординаторов первого и второго годов обучения по специальностям «Хирургия» в период с января по февраль 2022 г. С учетом принятых в социологии требований к анкетированию, первая часть вопросов носила нейтральный характер, затем предлагались более сложные и, наконец, вопросы социально-демографического блока завершали анкету. Отсутствовали пункты, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы и вопросы с двойным отрицанием, было минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более пяти. Была составлена и использована оригинальная анкета, которая включала 10 вопросов. Опрос проводился в течение одного учебного дня, чтобы исключить повторное включение респондентов в опрос. Некоторые ординаторы были интервьюированы на следующий день с целью уточнения неясностей.

Обсуждение. Анализ паспортной части анкеты показал, что среди респондентов преобладали девушки в возрастной когорте 20-25 лет, учащиеся на хорошо и отлично, не имеющие детей, совмещающие обучение в ординатуре с практической деятельностью по базовому университетскому образованию. Полученные результаты. При анкетировании респондентов оказалось, что большинство ординаторов ничего не знают о наставничестве: 57,8% впервые слышат о данном понятии, 24,4% что-то знают, но не могут дать четкого определения и лишь 14,8% ответили, что имеют внятные дефиниции о наставничестве. При ответе на уточняющий вопрос «Как бы Вы могли охарактеризовать наставничество?» большинство респондентов (66,7%) указали на позитивность данного метода, 22,2% респондентов считают, что это не приведет к значимым изменениям в качестве образования в ординатуре; 8,9% ответили негативно и 2,2% не смогли определиться с ответом. При выборочном интервьюировании выяснилось, что ординаторы, показавшие свое негативное, либо неопределенное отношение к институту наставничества, не имеют должного представления о сути менторства в медицине. В ходе беседы при разъяснении цели и возможных механизмов осуществления наставничества опытных специалистов над обучающимися в ординатуре значимая часть респондентов поменяли свое отношение к описываемому явлению на позитивное. Отвечая на вопрос о преимуществах наставничества в медицине, респонденты наиболее часто отмечали следующие факторы (сумма баллов превышает 100%, т.к. имелась возможность множественного выбора): возможность оперативных консультаций с опытным специалистом (93,3%), совершенствование знаний и умений по профессии непосредственно в клинических условиях (88,9%), а также повышение коммуникативных навыков по отношению к коллегам и пациентам (55,6%). При ответе на аналогичный вопрос о негативных аспектах наставничества, абсолютное большинство опрошенных (73,3%) ответили, что ничего плохого в применении данного метода образования не видят. Значительно меньшая часть обучающихся (17,8%) не смогла указать на конкретные минусы наставничества и 8,9% не определились с ответом. При выборочном интервьюировании нейтрально-негативных респондентов сложилось впечатление, что образ наставника может иметь личностный негативный оттенок, что отталкивает молодых врачей. Также часть ординаторов указала, что опасаются за избыточный контроль со стороны наставника за учебным процессом в условиях клинической базы обучения. Относительно качеств наставника, необходимых для качественной передачи знаний, навыков и умений от ментора к обучающемуся, большинство опрошенных отметило наличие большого практического опыта работы (86,7%), наличие ученой степени кандидата/доктора наук (68,9%), отличные коммуникативные компетенции (53,3%). Сумма баллов превышает 100%, т.к. имелась возможность множественного выбора. На вопрос о необходимости мотивации наставника для его качественной образовательной деятельности, большая часть опрошенных ответила утвердительно (73,3%), 15,6% не видят в этом надобности и 11,1% затруднились с ответом. При интервьюировании тех, кто

ответил положительно, многие указывали на целесообразность дополнительной оплаты труда наставника, при этом объем вознаграждения сильно варьировался: от нескольких тысяч рублей до нескольких десятков тысяч рублей за обучение одного подопечного в месяц. Также высказывались варианты социальной поддержки менторов: увеличение сроков отпуска, дотации на оплату коммунального обслуживания и т.п. Что касается перспектив использования наставничества в медицине, большинство обучающихся с оптимизмом воспринимают возможное внедрение менторства в образовательный процесс в клинических условиях. Так 64,4% респондентов не против в качестве эксперимента пройти обучение по специальности под руководством ментора, 24,4% не желают иметь наставника в процессе постдипломного образования и 11,2% не определились с ответом.

Выводы и рекомендации. Исходя из полученных результатов, можно резюмировать следующее. Большинство ординаторов не имеют должных знаний об институте наставничества в медицине. При этом большая часть обучающихся позитивно относятся к возможному учреждению данной формы дополнительного профессионального образования в здравоохранении и в состоянии дифференцировать личные преимущества менторства. Это определяет необходимость в более подробном теоретическом освещении данного метода постдипломного медицинского образования. Множество опрошенных не нашли существенных отрицательных сторон применения данного метода обучения, в ходе интервьюирования выяснилось, что опасения обучающихся лежат преимущественно в психологической плоскости. Отсюда вытекает целесообразность предусмотреть возможность выбора ментора со стороны обучающегося. Здесь следует разъяснить, что возможность выбрать наставника появляется в случае наличия нескольких тьюторов по специальности в данном медицинском учреждении, что на практике не всегда осуществимо, особенно в условиях сельской медицины. Были определены наиболее значимые с точки зрения обучающегося качества наставника: его практический опыт, должный уровень научной подготовки и коммуникативных навыков. Становится очевидной объективная необходимость в подготовке методически-выверенных документов, регламентирующих критерии назначения тьютором. В них же следует продумать нормы оценки деятельности, как наставника, так и обучающихся, а также вопросы материальной, социальной и иной поддержки менторов в здравоохранении. Наконец, актуальные организационно-педагогические приемы и методики должны соответствовать современному вектору развития мирового здравоохранения. Известно, что во многих странах на законодательном уровне утверждены нормы института наставничества, в т.ч. в сфере медицины. По нашему мнению, перед отечественными организаторами здравоохранения назрела объективная необходимость разработки и внедрения на федеральном уровне законодательных инициатив, охватывающих все аспекты наставничества. Это позволило бы существенно повысить качество дополнительного профессионального образования в медицине: приблизить обучающихся к клинической практике с одной стороны, и поддерживать актуальный уровень теоретических знаний и практических умений ментора с другой.

Ключевые слова: Наставничество, ментор, молодой специалист, подготовка хирургов

---

705. Опыт робот-ассистированной эзофагокардиомиотомии при ахалазии пищевода 2-3 ст.

Авзалетдинов А.М., Вильданов Т.Д, Гимазова А.И., Мусакаева К.Р., Нургудин А.А., Такиев А.А., Ахтямова Ф.А.

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ Клиника БГМУ

Актуальность. Лапароскопическая зофагокардиомиотомия является золотым стандартом при лечении ахалазии пищевода, так как является безопасным и эффективным методом. В современной медицинской практике активно внедряется роботические технологии, что и при ахалазии пищевода не является исключением. В последние годы были опубликованы несколько систематических мета-анализов, сравнивающих лапароскопическую и робот-ассистированную эзофагокардиомиотомию, где приводились данные, что роботические операции являются более безопасными при выполнении непосредственно рассечения мышечного слоя пищевода с минимальным риском повреждения слизистой оболочки. В рамках данного тезиса мы приводим опыт робот-ассистированных эзофагокардиомиотомии выполненных в торакальном хирургическом отделении Клиники Башкирского Государственного Медицинского Университета г. Уфа.

Материалы и методы. В период с 2018-2022 год в отделении торакальной хирургии Клиники БГМУ было пролечено 57 пациентов с клиническим диагнозом ахалазия пищевода 2-3 ст., которые перенесли робот-ассистированную эзофагокардиомиотомию с фундопликацией на роботической системе Da Vinci Si и Xi. Среди всех пациентов долю мужчин составила 21 пациент (36,8%), женщин – 36 (63,2%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 72 лет. Ведущим симптомом у пациентов была постоянная или часто возникающая дисфагия 2-4 ст. Ранее эндоскопические баллонные дилатации были проведены 4 пациентам с кратковременным эффектом, ботулинотерапию – 5 пациентам с продолжительным эффектом от 3 до 6 месяцев. Вариантом фундопликации для рефлюксной защиты были методики по Дору, которая выполнена

45 пациентам, и по Ниссену, выполнена 12 пациентам. Полученные результаты. По результатам выполненных операций среднее время операции составило от 40 до 70 мин. У всех пациентов миотомия была выполнена без повреждений слизистой пищевода. В послеоперационном периоде пациенты находился в стационаре от 5 до 7 дней. Полное пероральное питание было начато ко 2-3 суткам после операции. На данном этапе 2 пациента отмечали признаки дисфагии 1-2 ст, которые были ликвидированы лечебной ФГДС. На 1 сутки после операции 40 пациентам (70%) выполнялась рентгеноскопия пищевода и желудка с йодсодержащим контрастом. У всех пациентов отмечалась своевременное прохождение контраста без стеноза и затека контрастного вещества за пределы слизистой пищевода. Через 12 месяцев после оперативного лечения 37 пациентам была выполнена контрольная рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью, по результатам которой у 1 пациента со сформированной антирефлюксной манжетой по Ниссену был выявлен компенсированный стеноз абдоминального отдела пищевода.

Выводы и рекомендации. Основные этапы роботической эзофагокардиомиопластики схожи с традиционной лапароскопической операцией. Главным достоинством робот-ассистированных операций является прецизионное рассечение мышечного слоя с выделением пищевода до грудного отдела, что дает возможность более безопасно и эффективно ликвидировать сужение. Так же по нашему наблюдению среди пациентов, которым была выполнена фундопликация по Дору ранний и поздний послеоперационные периоды протекали без признаков рефлюкс-эзофагита и дисфагии.

Ключевые слова: Роботическая система Da Vinci, ахалазия пищевода, эзофагокардиомиотомия

---

706. Исторические этапы хирургического лечения рака прямой кишки

Вологдин А.А.

Москва

Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Актуальность темы. Рак прямой кишки (РПК) является одной из актуальных проблем современной онкологии. Рак прямой кишки вместе с раком ободочной кишки занимает третье место в мире по частоте среди всех злокачественных опухолей. В структуре онкологической заболеваемости в России РПК в 2021 году занимает одно из ведущих мест, составляет 5,1% от всех локализаций. В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости РПК, в 2021 году впервые диагностировано и зарегистрировано 29847 случаев по сравнению с 2011 годом – 25731, прирост составил 13,79%. Летальность от РПК в 2021 году составила – 5,7%. История хирургического лечения РПК насчитывает более 200 лет. За это время сменилась не одна научная эпоха, было сделано множество научных открытий в области медицины и естествознания, изменивших жизнь человечества. История и эволюция лечения РПК – это нелёгкий, полный противоречий путь, преодолевший многие препятствия.

Материал и методы. Первое описание клинической картины и симптомов РПК принадлежит английскому хирургу Джону Арденскому в XIII в. Более 500 лет с момента первого описания РПК считался неизлечимым заболеванием. Основные исторические этапы хирургического лечения РПК можно представить следующим образом: I этап – зарождение оперативного лечения РПК (первая половина XVIII в. до первой четверти XIX века). Первая попытка хирургического лечения РПК предпринята J. Faget в 1739г. – операция выполнялась по поводу осложнений заболевания путем вскрытия двусторонних ишиоректальных абсцессов. В XVIII веке начали проводиться первые операции по формированию колостомы с паллиативной целью при кишечной непроходимости, в том числе и опухолевого генеза. Методика данной операции была впервые описана французским хирургом Alexis Littre в 1710г. Колостомия при РПК впервые была выполнена французским хирургом J.Z. Amussat в 1839 г. II этап – становление оперативного лечения РПК (первая четверть XIX в. – начало XX в.). В 1826 г. французский хирург J. Lisfranc выполнил первую в мире операцию с полным удалением опухоли по поводу РПК – операция выполнялась из заднего доступа с наложением промежностной колостомы. Эта операция в различных модификациях оставалась до конца XIX в. основным видом оперативного лечения РПК. В XIX в. сделано три поистине революционных открытия, которые значительно изменили ход развития хирургии, в том числе и хирургии РПК: открытие и внедрение обезболивания (У. Мортон в 1846 г.), разработка и внедрение методов антисептики (Джозеф Листер в 1867г.) и асептики (Эрнст Бергман и Курт Шиммельбуш в 1890 г.), что позволило в значительной степени расширить объём операций на органах брюшной полости, снизить послеоперационные осложнения и летальность в несколько раз. III этап – развитие хирургического лечения РПК: активное широкое внедрение оперативного лечения в клиническую практику (начало XX века до 70-годов XX столетия). В 1908г. английский хирург W.E. Miles описал брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (ПК) с широким иссечением окружающих тканей, чем впервые ввёл в хирургию РПК понятие онкологического радикализма. Уровень рецидивов после этой операции составил 29,5%, что было недостижимо в то время ни при каком другом виде хирургического вмешательства на прямой кишке при РПК. Эта операция стала основной при РПК до конца 70-х годов XX в. В 1921г. французский хирург

H. Hartmann описал вторую по значимости операцию при РПК – резекцию пораженного опухолью сегмента кишки с глухим закрытием дистального и погружением в малый таз, выведением в виде одноствольного ануса проксимального конца на переднюю брюшную стенку, которая и по настоящее время является основной операцией при РПК, осложненного острой кишечной непроходимостью. В 1910 году американские хирурги D.C. Balfour и в 1939 г. C.F. Dixon описали переднюю резекцию ПК с одновременным формированием анастомоза конец в конец. C.F. Dixon впервые внедрил термин «передняя резекция прямой кишки», дал обоснование онкологической адекватности этой операции. По его данным послеоперационная летальность не превышала 2,6%, а 5-летняя выживаемость составила 64%. Следует отметить, что в этот период разрабатываются сфинктеросохраняющие операции на ПК. В 1936г. С.И. Спасокукоцкий в России разработал метод комбинированных брюшно-промежностных операций с низведением ПК в промежность с сохранением сфинктерного аппарата. Наиболее распространенная модификация этой операции с низведением сигмовидной кишки в анальный канал была предложена в 1972г. хирургом A.G. Parks, которая успешно применяется по настоящее время. С 80-х готов XX столетия начали выделять внутрибрюшную резекцию, которая выполняется при локализации опухоли 13-20 см выше ануса, переднюю резекцию, если опухоль расположена на 9-12 см выше ануса, и низкую переднюю резекцию, применяемую при расположении опухоли на 6-8 см выше ануса. IV этап – научно-обоснованный (с 70-х годов XX в. по с 90-е годы XX в.). С 1970 года происходит активное внедрение в хирургическую практику лечения РПК сшивающих аппаратов для наложения анастомозов. Первым таким аппаратом был отечественный сшивающий аппарат СК, разработанный Г.В. Астафьевым. Следует отметить, что первенство в разработке сшивающих аппаратов принадлежит российским ученым. В этот период выработаны показания и противопоказания для выполнения резекции прямой кишки, выработаны показания для операции Гартмана, для операции передней резекции ПК, для брюшно-промежностной операции, брюшно-анальной резекции ПК. Следует отметить фундаментальный труд, заложивший теоретические основы анатомичных операций при РПК: описание фасций малого таза F. Stelzner в 1962г. В 1977г. в России профессор С.А. Холдин предложил фасциально-футлярное иссечение ПК при РПК. В 1979 г. английский хирург R.J. Hald описал технику удаления ПК в пределах слоя её эмбриологической закладки – тотальную мезоректумэктомию, ставшей «золотым стандартом» хирургического лечения РПК в наши дни, позволившая снизить частоту локорегионарных рецидивов. В 1964г.W.T. Murphy и L. Castro впервые опубликовали работу по проведению лучевой терапии при РПК, заложив основы комбинированного лечения РПК. В 70-х годах XX в. в схемы лечения РПК внедрен химиопрепарат 5-фторурацил. Начало разработки схем комбинированного лечения РПК. V этап – научно-технический: современный период (с 90-годов XX в. по настоящее время). Для этого периода характерно внедрение высоких инновационных технологий в медицину, использование лапароскопической техники в абдоминальной хирургии. 90-е годы в хирургии – это начало «лапароскопической революции». В хирургии РПК в этот период характерно возникновение и внедрение эндовидеохирургических и роботизированных операций в лечение РПК. В настоящее время разработаны и внедрены методики трансанального эндоскопического послойного удаления опухоли или эндоскопической подслизистой резекции ПК с прилежащей мезоректальной клетчаткой при раннем РПК 0-I стадии. Разработаны, внедрены и постоянно совершенствуются методики комбинированного и комплексного лечения РПК, лучевая и химиотерапия входят в стандарт лечения РПК. Полученные результаты. Таким образом, история лечения РПК прошла долгий и тернистый путь от вскрытия двусторонних ишиоректальных абсцессов при осложненном РПК без удаления опухоли и наложения колостомы до фасциально-футлярной резекции ПК с адекватной лимфодиссекций с использованием эндовидеохирургической и роботизированной техники, разработкой комбинированных и комплексных методов лечения с использованием химио- и лучевой терапии.

Выводы. В хирургическом лечении РПК определены пять исторических этапов.

Рекомендации. Ввести в научный оборот исторические этапы хирургического лечения РПК.

Ключевые слова: Рак прямой кишки. Исторические этапы хирургического лечения рака прямой кишки.

---

707. Лапароскопическая коррекция рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы после имплантации системы LINX

Галлямов Э.А. (1,2), Ерин С.А. (2), Гадлевский Г.С. (1), Гололобов Г.Ю. (1,2),

Москва

1)ПМГМУ,
2) МНОЦ МГУ

Введение. На протяжении многих лет в качестве «золотого стандарта» лечения ГЭРБ рассматривалась лапароскопическая и робот-ассистированная фундопликация по Ниссену, однако активное развитие данного направления хирургии обеспечило признание ряда альтернативных антирефлюксных операций, включая аугментацию нижнего пищеводного сфинктера (Magnetic Sphincter Augmentation, MSA) с применением имплантационной системы LINX. Представленный клинический случай иллюстрирует первый описанный в отечественной литературе опыт работы с имплан-

тационной системой LINX у пациента с рецидивом ГЭРБ и ГПОД после первичной магнитной аугментации нижнего пищеводного сфинктера. Клинический случай. Пациентка А., 53 года, ИМТ 25,2 кг/м2, госпитализирована в клинику в 2022 г. для планового оперативного лечения. Предъявляла жалобы на затрудненное прохождение пищи и глотание, выраженные боли в эпигастрии, дискомфорт за грудиной, изжогу при физических нагрузках и наклоне туловища, а также на тошноту и общее недомогание. Помимо этого, на момент осмотра пациентка предъявляла выраженное снижение массы тела, поскольку из-за затрудненного проглатывания пищи ее рацион длительное время состоял только из жидкой пищи, что соответствует тяжести дисфагии 3 степени согласно градации G. Wetscher. Оценка предоперационного статуса пациентки с помощью опросников продемонстрировала крайне неудовлетворительные результаты: GSRS 48 балла, GERD-Q 12 баллов. Полученные данные свидетельствовали о крайне низком качестве жизни ввиду наличия стойких симптомов патологического рефлюкса и дисфагии. Из медицинской документации известно, что в 2019 г. пациентка оперирована по поводу ГЭРБ и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 1-го типа по SAGES, выполнена установка магнитного имплантата LINX в области пищеводно-желудочного перехода. Выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопического удаления магнитной системы LINX и фундопликации по Черноусову. Контрольное послеоперационное рентгеноскопическое исследование с пероральным контрастированием продемонстрировало хороший функциональный результат. С учетом гладкого течения послеоперационного периода и отсутствия ранних послеоперационных осложнений пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 4-е сутки после операции. Данные контрольного осмотра спустя 3 месяца после хирургического лечения продемонстрировали выраженное улучшение качества жизни в послеоперационном периоде.

Заключение. На сегодняшний день широкое разнообразие доступных методов хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса может обуславливать тактические ошибки в ведении пациентов данной группы. На основании приведенного клинического случая можно заключить, что одной из основных ошибок является неверное определение показаний к выполнения магнитной аугментации НПС, в частности у пациентов с наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Таким образом, причиной развития стойкой дисфагии в послеоперационном периоде, потребовавшей выполнения ревизионного вмешательства у нашей пациентки, стала именно неправильная выбранная тактика первичного оперативного лечения с учетом наличия ГПОД как основной причины развития патологического рефлюкса.

Ключевые слова: лапароскопическая фундопликация, система LINX, нижний пищеводный сфинктер, магнитная аугментация сфинктера

---

708. Непосредственные результаты трансабдоминальной преперитонеальной пластики в лечении паховых грыж с использованием сетчатых эндопротезов ProGrip и Reperen

Ветшев Ф.П., Овчинникова П.Р., Петухова Н.В.

Москва

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

Миниинвазивные технологии прочно заняли свое место в лечении пациентов с паховыми грыжами, достоверно улучшая результаты лечения этой категории больных. За последние десятилетия появилось немало различных сетчатых эндопротезов и разработаны основные методики их фиксации. В тоже время, частота возникновения хронической боли и рецидива грыж остается значимой проблемой, побуждающей хирургов искать новые способы решения этих задач. Сегодня используется фиксация эндопротеза с помощью герниостеплера, клеевая фиксация, использование самофиксирующихся протезов, а также применяются полностью бесфиксационные методики. Проведенные исследования и наш опыт демонстрируют целесообразность использования самофиксирующихся эндопротезов (ProGrip) и клея вместо степлерной фиксации с точки зрения снижения болевого синдрома и улучшения результатов лечения в целом. В Клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Сеченовского Университета накоплен значительный опыт миниинвазивных операций по поводу паховых грыж, в связи с чем проведен анализ двух групп пациентов: в первую группу включено 22 пациента, которым устанавливали самофиксирующийся сетчатый эндопротез ProGrip; во вторую – 20 больных, которым сетчатый эндопротез Reperen (рег.номер 2021117625) фиксировали цианокрилатным клеем GluBran-2. Было сформировано две статистически однородные группы: мужчины, средний возраст 47,3±13 (от 34 до 67 лет), индекс массы тела от 24,3 до 30,4 (среднее значение 26,9±4). В соответствии с классификацией NYHUS грыжи в обеих группах относились к II-IIIa типу: II тип в первой группе – 13 больных, во второй группе – 11; III тип – 8 в первой группе, 9 во второй. Всем пациентам проводили стандартную лапароскопическую трансабдоминальную преперетонеальную пластику (TAPP). Ход хирургического вмешательства различался только на этапе фиксации эндопротеза: в первой группе для фиксации достаточно было выполнения адекватного позиционирования сетки, которая самостоятельно фиксировалась с помощью специальных микрокрючков. Во второй группе после позиционирования сетки ее фискировали точечно с помощью 0,5 мл клея по всему периметру, при двусторонней грыже использовали 1,0 мл. В послеоперационном периоде на 1-е и 3-е сутки пациенты заполняли индивидуальные опросники для оценки выраженности болевого синдрома. Проводя анализ с помощью визу-

ально-аналоговой шкалы (ВАШ), в 1-й группе пациенты оценили уровень болевого синдрома на 2-4 балла (среднее значение составило 3,6 балла), во 2-й группе показатели достигали в 2-3 балла (среднее значение 2,4 балла). Разница полученных результатов была статистически значима (p<0,05). Пациентов обеих групп выписывали на 2-е сутки после операции. При снятии швов на 7-е сутки и опросе пациенты 2-й группы жалоб не предъявляли, в 1-й группе 1 из 22 пациентов отмечал ощущения инородного тела в области операции, не снижающее его работоспособность. 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. Первые полученные результаты позволяют судить об использовании комбинации сетчатого эндопротеза Reperen с фиксацией клеем GluBran-2 при TAPP, как хорошей альтернативной методике различных фиксационных способов. В раннем послеоперационном периоде данный способ фиксации показал достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома при сравнительном анализе с группой пациентов, в ходе лечения которых применялся самофиксирующийся эндопротез ProGrip. Однако следует проводить дальнейшие сравнительные исследования для поиска оптимальной методики лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная пластика, ProGrip, Reperen

---

709. Наш опыт лечения несостоятельности швов на желудке в бариатрической хирургии

Михайличенко В.Ю. (1,2), Воронков Д.Е. (1,2), Керимов Э.Я (1,2), Пилипчук А.А. (1,2)

Симферополь

1. Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
2. Клинический медицинский многопрофильный центр Святителя Луки

Вступление. Хирургические вмешательства на верхних отделах желудочно-кишечного тракта относятся к операциям высокого риска, что связано с риском развития тяжелых жизнеугрожающих осложнений в виде несостоятельности различных анастомозов или швов, которые приводят к развитию гнойно-септических осложнений. И сопровождается высокой летальностью.

Материалы и методы Под нашим наблюдение находилась пациентка с несостоятельностью степлерных швов после продольной резекции желудка. На 3 сутки у пациентки появилась субфибрильная температура, которая стала увеличиваться и к 5 сутки была 38,5 °С. Выполнено УЗИ на 6 сутки, на котором выявлено скопление жидкости в левом подреберье, ограниченное диафрагмой, селезенкой и большим сальником. Произведено дренирование гнойного очага через эхобезопастное окно. На 7 сутки выполнена трансназальная видеогастроскопия, на которой выявлена несостоятельность в зоне степлерного шва. Размеры зоны несостоятельности около 1,2см, с зоной некроза по нижней части. Исследование проводилось на видеосистеме PENTAX i7010 аппаратом EG16 K10 диаметром 5,4мм с диаметром «рабочего» канала 2мм. Во время гастроскопии приято решение «выйти» аппаратом за пределы желудка в гнойную полость, и произвести максимально возможную санацию последней физ. раствором и мирамистином. Объем вводимой жидкости составил 700 мл Через сутки выполнена санация полости стандартнымь гастроскопом EG29-i10 диаметром 9,8мм с диаметром канала 3,2мм. Санация полости проводилась смесью раствором перекиси водорода и мирамистина в соотношении 1:3, на завершающем этапе полость санировалась бетадином. Нами принято решение проводить последующие санации ТГ в режиме через 24 часа, что продолжалось в течении 10 дней, в последующем санации проводились через 48 часов. Объем санирующих растворов снизился до 200мл. К 20 дню от начала санаций объем экссудата поступающего по дренажу снизился до 20мл и к 21 дню полностью прекратился. К 26 дню санации проводились через 72 часа, а к 30 через 96 часов. На 34 день гнойно-некротическая полость полностью очистилась от детрита и фибрина, и появились «сочные» грануляции. Объем полости уменьшился до 150мл и в последующем санации также проводились через 96 часов. Диаметр отверстия постепенно уменьшался и через 68 дней составил около 5мм. Ввиду невозможности проводить последующие санации ТГ, от них решено отказаться. Выполнена гастрография с применением водорастворимого контраста. Остаточная полость размерами до 2,0х1,5см. На 78 день выполнена ТГ на которой отверстие полностью закрылось грануляционной тканью.

Выводы: 1.Наш опыт применения эндоскопической вакуумной терапии в лечении несостоятельности швов положительно зарекомендовал себя, как простой и экономичный метод. 2. Применения эндоскопической санации с применением стандартного и трансназального гастроскопа значительно ускоряет очищение и заживление гнойно-некротической полости, за счет прямого действия санирующего раствора. 3. Применение трансназального гастроскопа значительно снижает дискомфорт для пациента. 4. Данный способ является приоритетным при лечении несостоятельности швов верхних отделов ЖКТ и достаточно прост в исполнении

Ключевые слова: несостоятельность швов эндоскопическое лечение эндоскопическая санация гнойной полости

---

710. Закрытые и открытые повреждения шеи, осложненные острым гнойным медиастинитом

Столяров С.И.

Чебоксары

1)БУ «Республиканская клиническая больница»,
2)ФГБУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Актуальность. Различные травмы органов шеи редко могут осложниться острым гнойным медиастинитом (ОГМ). Летальность при ОГМ остается высокой и может достигать 50% и более.

Цель исследования. Провести анализ результатов лечения пациентов с ОГМ при травмах шеи.

Материалы и методы. С 1989 по 2022 год в хирургическом торакальном отделении находились на лечении 17 пострадавших с открытыми и закрытыми повреждениями шеи, осложненными ОГМ. Средний возраст пациентов – 38,9±1,2 года. Мужчин -15 женщин – 2. Проникающие ранения шеи отмечены у 11, из них: ножевое ранение шеи – 7; рубленая рана – 1; огнестрельное ранение – 1; укушенная рана – 1; ранение шеи арматурой при падении – 1. В большинстве наблюдалась левосторонняя локализация (n=10). Все травмы бытовые, у семерых получены в состоянии алкогольного опьянения. У 6 ОГМ развился после закрытой травмы шеи. У 5 травма была получена в результате дорожно-транспортного происшествия. У одного в результате драки. Все пострадавшие до поступления в специализированное отделение лечились в других лечебных учреждениях (в ЦРБ – 10, в городских больницах – 7). У 10 ранее была выполнена первичная хирургическая обработка раны с ревизией раневого канала, однако продольная цервикотомия не была проведена ни в одном из случаев ревизии раны. Повреждение трахеи диагностировано у двоих пациентов, в то же время раны пищевода (5) своевременно не были обнаружены. У двоих пострадавших при дорожно-транспортном происшествии диагностирован разрыв гортани. У одного имелся подвывих С6-С7 позвонков. У одного пациента дополнительно был диагностирован двухсторонний гемопневмоторакс, ушиб легких, легочное кровотечение. Сроки поступления в специализированное отделение с момента травмы от 3 до 12 суток, в среднем – 5. Пациенты оперированы после кратковременной предоперационной подготовки. По локализации ОГМ наблюдался: верхний передний и задний – 11, верхний задний – 4, тотальный передний и задний – 1, верхний передний – 1. Пострадавшим проведены следующие виды оперативных вмешательств: чресшейная медиастинотомия – 11; шейный доступ + трахеостомия – 1; чресшейная медиастинотомия + левосторонняя торакотомия + гастростомия – 1; шейный доступ + удаление инородного тела средостения – 1; чресшейная медиастинотомия + вскрытие флегмоны грудной стенки + трахеостомия – 1; чресшейная медиастинотомия + ушивание раны гортаноглотки + трахеостомия – 1; чресшейная медиастинотомия + гастростомия – 1. При бактериологическом исследовании гноя из ран микрофлора высеяна у 15: Staphylococcus aureus (4), Proteus mirabilis (2), Pseudomonas aerogenosa (6), Acinetobacter baumanii (3).В послеоперационном периоде выполнялись хирургические методы санации очагов инфекции, некрэктомии, замена дренажей в средостении и клетчаточных пространствах шеи. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, иммунотропная, дезинтоксикационная терапии, коррекции питательного статуса. У 11 с целью дезинтоксикации применена непрямая электрохимическая детоксикация организма с использованием внутривенного капельного введения 0,06% раствора гипохлорита натрия (в дозировке 1/10 ОЦК на один сеанс, в среднем 2-3 сеанса одному пациенту). АУФОК использовался у 5, ГБО у 4, двоим проведен сеанс плазмафереза.

Результаты. Осложнения наблюдались у 8 пациентов, причем у троих два и более осложнения. Виды осложнений: сепсис – 3; пневмония – 4; эмпиема плевры – 2; кровотечение из стресс-язв желудка и 12-перстной кишки – 1; гнойный перикардит-2, флегмона грудной стенки-1, пищеводно-кожный свищ – 2. Умер 1 больной (летальность 5,9%) от нарастающей полиорганной недостаточности. Пребывание больных в стационаре от 17 до 56 дней (в среднем 31,8±1,3 дня).

Выводы. Колото-резаные ранения шеи подлежат ревизии с широким рассечением раны дополненной продольной цервикотомией для исключения ранения пищевода, трахеи, гортани, магистральных сосудов. Первичный шов ран пищевода и воздухоносных путей предупреждают развитие гнойных осложнений. При развитии ОГМ необходимо устранить источник инфекции, провести радикальную санацию и дренирования гнойных полостей с одновременной рациональной антибактериальной, иммунотропной и дезинтоксикационной терапией в условиях блока интенсивной терапии и реанимации.

Ключевые слова: повреждения шеи, острый гнойный медиастинит

711. Эндоскопическое внутрипросветное лечение коротких доброкачественных стриктур пищевода

Воронков Д.Е. (1,2), Михайличенко В.Ю. (1,2)

г. Симферополь

1. ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ Имени В.И. ВЕРНАДСКОГО»
2. КЛИНИЧЕСИЙ МЕДИЦИНСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ЦЕНТР СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

Вступление. Стриктура пищевода – патологическое сужение просвета пищевода в результате воспаления, фиброзных (рубцовых) или диспластических изменений в области собственного сужения. Стриктуры пищевода можно разделить на доброкачественные, их доля доходит до 75 – 80%, и на злокачественные приходится от 20 – 25%. Матриалы и методы Под нашим наблюдением за период январь – июнь 2021 года в КММЦ Святителя Луки находилось 5 человек с доброкачественными стриктурами пищевода. Возраст колебался от 18 до 75 лет. Мужчин было 1, женщин 4. Из 5 пациентов у всех были короткие стриктуры до 1,5-2,0см. Сужение у 4 было 2й степени и у одного 3ст. Причины стриктур у 4х пациентов было разрастания грануляционно-фиброзной ткани в следствие ГЭРБ, у одной пациентки причиной стриктуры были постожоговые рубцы. Помимо эндоскопического обследования всем пациентам проводилась рентгеноскопия с водорастворимым контрастом. Пациенты с грануляционно-фиброзной стриктурой в следствии ГЭРБ оперированы – произведена фундопликация по Ниссену по поводу недостаточности кардии 3ст и аксиально-хиатальной грыжи. После чего стриктура бужировалась гастроскопом и проводилось этапная дилятация зоны стриктуры баллонным дилятатором. Пациентке с постожоговой стриктурой проводилось этапное рассечение стриктуры хирургическим лазером и дополнительным дилятированием баллонным дилятатором. Во всех случаях получен положительный результат. Исследования и операции проводились на комплексе аппарат PENTAX EPK–i 7010. Для дилятации применялись баллоны EndoStars. Для рассечения стриктуры применялся установка лазерная для хирургии и косметологии УЛХК-03, с длиной волны 2088 нм.

Выводы: 1. Стриктуры пищевода не так часто встречаются в хирургической и эндоскопической практике. 2. К каждому пациенту необходим индивидуальный подход в диагностике и лечению. 3. В лечении хорошо зарекомендовали себя баллонные дилятаторы.

Ключевые слова: доброкачественные короткие стриктура пищевода эндоскопическое лечение

---

712. Возможность этапного лечения внутрибрюшных абсцессов

Демьянова В.Н. (1), Киселева О.В. (1), Чаплыгин Р.А. (1), Бондаренко А.Г. (1), Камерджиев А.В. (2), Васильев Д.Н. (2)

Ставрополь

1) ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ
2) ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя

Цель исследования: выполнить анализ лечения пациентов с внутрибрюшными абсцессами миниинвазивными способами и определить возможность сокращения сроков госпитализации за счет более раннего перевода пациента на амбулаторный этап лечения

Материал и методы: выполнен ретроспективный анализ лечения 127 пациентов с внутрибрюшными абсцессами различной этиологии с 2019 по 2022 годы в хирургическом отделении ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя. Критерии включения в исследование: наличие внутрибрюшного абсцесса, оперативное лечение в объеме дренирования под УЗ-контролем. Критерии исключения из исследования: недостаточная эффективность миниинвазивных методов лечения и возникшая в дальнейшем необходимость применения открытых оперативных методов.

Результаты: Все пациенты были прооперированы в первые сутки, всем выполнено дренирование абсцесса под контролем УЗИ. 22 пациентам потребовались повторные миниинвазивные вмешательства в виде установки дополнительных дренажей и применения проточно-промывной системы. Все пациенты получали антибактериальную, дезинтоксикационную и противовоспалительную терапию. Динамику течения заболевания оценивали по клиническим проявлениям симптомов и нормализации общего состояния, содержанию лейкоцитов в крови, лейкоцитарному индексу интоксикации, срокам достижения стерильных посевов отделяемого из полости абсцесса, динамике размеров абсцессов по данным УЗИ, компьютерной томографии, фистулографии. Средний койко-день составил 20,6±10,4 (от 10 до 36). На основании всего вышеизложенного нами разработаны критерии перевода пациентов с дренированными под контролем ультразвука внутрибрюшными абсцессами на амбулаторный этап лечения, а также определены условия, необходимые для лечения данной категории пациентов в поликлинике.

Заключение: взаимодействие хирургов стационаров и поликлиник, более широкое использование возможностей амбулаторного звена для лечения пациентов с внутрибрюшными абсцессами, наличие четких диагностических критериев и алгоритмов действий в зависимости от лабораторно-инструментальных показателей позволит сократить стационарный койко-день, снизить

стоимость лечения и снизить нагрузку на хирургические стационары.

Ключевые слова: внутрибрюшные абсцессы, миниинвазивное лечение, дренирование под контролем ультразвука

---

713. Комбинированное лечение больных с рубцовыми стриктурами пищевода

Черноусов А.Ф., Ветшев Ф.П., Хоробрых Т.В., Петухова Н.В., Адхамов Ш.А.

Москва

ФГБАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Актуальность. Рубцовые стриктуры пищевода являются следствием глубоких повреждений пищевода, и чаще возникают в следствие тяжелого рефлюкс-эзофагита, химических ожогов и лучевой терапии. Вне зависимости от этиологии клиническая картина сопровождается развитием дисфагии, загрудинной боли, снижение массы тела и аспирационного синдрома. Лечение больных со стриктурами пищевода остается актуальной проблемой и по сей день, несмотря на разработанные различные методы восстановления проходимости пищевода.

Цель исследования: оптимизировать тактику лечения пациентов с доброкачественными рубцовыми стриктурами, применяя комбинированный подход.

Материал и методы. В исследование было включено 158 пациентов, находившихся на лечении с 2006 года в Клинике факультетской хирургии Н.Н.Бурденко Сеченовского Университета. Было 91 мужчина и 67 женщин, средний возраст составил 50±19 лет (от 17 до 84 лет). В зависимости от этиологии стриктура разделялись на: ожоговые – 67, пептические – 88, постлучевые – 3. Выделяли короткие (менее 3 см) – 93, протяженные (более 3 см) – 53, субтотальные – 7 и тотальные – 5. У всех превалировала дисфагия различной степени: I – 39; II – 55; III – 23; IV – 41. Всем проведено комплексное обследование, включающее в себя рентгеноконтрастное исследование. Так же в трудных клинических ситуациях и при неоднозначной клинической картине выполняли МСКТ грудной и брюшной полости с контрастом В зависимости от протяженности стриктуры и длительности ее анамнеза всем пациентам проводили бужирование или баллонную дилатацию под контролем рентгентелевидения (РТВ). Каждый курс включал в себя от 2 до 6 сеансов с интервалом сначала через день, а потом с увеличением до 2-4 дней. Успешным проведенный курс считали по достижению диаметра пищевода не менее 14-16 мм, купированием симптомов дисфагии и отсутствие быстрого рецидива. Однако, несмотря на все попытки малотравматических вмешательств, в конечном итоге 46 пациентам выполнено радикальное лечение в объеме трансхиатальной – 23, трансторакальной – 10, тораколапароскопической – 8 субтотальной резекции пищевода, шунтирующей колоэзафагопластики – 5.

Результаты. При пептических стриктурах, обусловленных рефлюкс-эзофагитом на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, только в 3-х случаях протяженного сужения произведена субтотальная пищевода, в остальных (n-85) – антирефлюксная операция в модификации А.Ф.Черноусова. При ожоговой этиологии выполнено 40 (60%) субтотальных резекция пищевода, а так же с постлучевыми изменениями. Остальные пациенты продолжают находится на динамическом наблюдении. Несостоятельность эзофагогастроанастомоза на шее наблюдалась в 5 случаях, стриктура эзофагоколоноанастомоза через 12-18 месяцев в 2-х случаях. Летальных исходов не было.

Обсуждение. Лечение рубцовых стриктур пищевода требует комплексного пациенториентированного подхода. Всем пациентам с рубцовыми стриктурами пищевода целесообразно первым этапом выполнять бужирование или баллонную гидродилятацию. Показаниями для субтотальной резекции пищевода являются субтотальная и тотальная стриктура, неэффективность органосохраняющих вмешательств, быстрый рецидив стеноза.

Ключевые слова: пищевод, доброкачественная стриктура пищевода, анастомоз, стриктура анастомоза, бужирование, баллонная дилатация.

---

714. Опыт внедрения компьютеризованной оценки эндоскопической фотодокументации в режимах расширенной визуализации

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

Москва

1)ФГБОУ ВО МГМСУ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Ро

Актуальность Методы расширенной эндоскопической визуализации, позволяют сегодня получать высокодетализированные изображения ранее недоступные для эндоскопии белого света, но операторозависимый

характер их интерпретации является препятствием для их успешного применения в практике. Разработка стандартизированных критериев с использованием компьютерной техники и упрощение систем классификации позволят снизить влияние кривой обучения врача-эндоскописта, а также закрепить полученные результаты и оценить эффективность отдельно взятого метода в численных значениях.

Материал и методы В ретроспективное исследование было включено 30 пациентов с подтверждённой желудочной метаплазией пищевода: 25 мужчин (83%) и 5 (17%) женщин. Возраст больных колебался от 31 до 76 лет, средний возраст составил 49,63 ± 14,89. В ходе выполнения исследования были образованы группы исходя из особенностей визуализации очагов на месте: 1) с фоновым катаральным эзофагитом – 18 (60%) 2) без признаков воспаления – 12 (40%) Очаги метаплазии в группах имели схожие размеры в диапазоне 0,4 – 0,8 см и локализацию вблизи зубчатой линии. Всем пациентам была выполнена ЭГДС дополненная режимами: Blue laser imaging (BLI), Linked color imaging (LCI), ZOOM. Использован видеоэндоскоп The ELUXEO™ 7000 series и видеоэндоскопическая система ELUXIO 7000 FUJIFILM Изображения подверглись обработке методами цифровой колориметрии. Цветовые пробы были интерпретированы и обработаны с учётом цветового пространства CIE L*a*b* (CIE: Commission Internationale d'Eclairage), разработанная Международной Комиссией по освещению в 1976 г. В обработке и анализе использован графический редактор Paint.NET Windows NT, NET Framework., цветовой конвертер CIE LCh (JavaScript) и спектральный калькулятор на CIELab.XYZ • JavaScript (v.22.4.8). Предварительная обработка изображений состояла из выделений зон нормальной слизистой оболочки пищевода и очага метаплазии. Далее производилось квантование цвета выделенных зон до получения среднего тона изображения. Полученные значения двух зон с одного снимка сравнивались между собой. Сравнение зон очага и окружающий тканей было произведено для всех режимов, в которых производился осмотр. Фиксировано среднее значение цвета в каждой из групп. Полученные результаты Значение цвета в системе CIE L*a*b* как разница в цвете между поражённым участком и окружающей слизистой оболочкой (?E) выражается следующим уравнением: ?E =?(L*l – L*s) ? + (a*l – a*s) ? + (b*l – b*s) ? Единицы цветовой разницы для удобства восприятия и оценки были переведены по шкале разницы цвета Национального бюро стандартов (NBS) где NBS = ?E ? 0,92 1)Цветовая разница в группе с фоновым эзофагитом Белый свет – 5.9 ; LCI – 7.5 ; BLI – 27.3 2)Цветовая разница в группе без эзофагита Белый свет – 4.9 ; LCI – 4.9 BLI – 11.6

Обсуждение Режим BLI показал лучшие результаты в характере цветового различия образцов в обеих группах. Отмечено что наличие фонового воспаления слизистой оболочки пищевода делает очаги метаплазии слизистой оболочки желудка более заметными при осмотре в каждом из режимов. Осмотр в режиме LCI при нормальном состоянии слизистой оболочки пищевода несколько затрудняет определение очагов метаплазии. (в некоторых условиях показания LCI даже ниже, чем у осмотра в белом свете)

Выводы и рекомендации Компьютеризованная оценка эндоскопической фотодокументации позволила получить объективные данные по использованию различных режимов осмотра в отдельно взятой патологии.

Результаты исследования указывают на то, что цвет неоплазий отличается от окружающей нормальной слизистой оболочки, но он не уникален. Поэтому трудно диагностировать некоторые неоплазии ориентируясь только на цвет образования. Первоначальные результаты работы считаем удовлетворительными, однако учитывая ограниченный набор данных и патологии, необходимы дальнейшие исследования для раскрытия темы и возможностей метода.

Ключевые слова: эндоскопия, узкоспектральная эндоскопия, жкт

---

715. Применения FAST протокола при огнестрельном торако-абдоминальном ранении

Шаповалов И.Н., Коломийчук А.Б., Голубицкий К.О., Сомов А.Д.

Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького г. Донецк ДНР РФ

Кафедра хирургии им. В.М. Богославского

ИНВХ им В.К. Гусака МЗ РФ ДНР

Актуальность. FAST протокол является стандартом первичной ультразвуковой диагностики при огнестрельных ранениях живота и грудной клетки. Данный протокол выполняется ургентными специалистами, в том числе хирургами в течение нескольких минут и является важным средством быстрой сортировки пациентов.

Материал и методы. Проведен анализ 81 истории болезни пострадавших с огнестрельным ранением живота и грудной клетки, полученных во время специальной военной операции на Донбассе с 2022г. по 2023г. Раненые находились на лечении в отделении абдоминальной хирургии и политравмы ИНВХ им. В.К. Гусака г. Донецка. Всем пострадавшим в приемном отделении выполнялось ультразвуковое исследование по FAST протоколу, исследования проводилось с помощью аппарата TOSHIBA APLIO 400 (Италия).

Результат: Средний возраст раненых составил 42±16 лет, из 81 пострадавшего 72 были мужчины и 9 женщин. Среднее время доставки в стационар составило 96.3±30.5 минут. Гемоглобин при поступлении составил 105±22.3г\л. Среднее артериальное давление 103±15 мм.рт.ст. Тяжесть состояния при поступлении ВПХ-П(СП) 22.3±4.2 балла, тяжесть повреждения ВПХ-П(ОР) 5.3±2.5 балла. У 12(14.8%) раненых жидкость изолированно определялась в гепаторенальном кармане (сумка Моррисона), у 3(3.7%) раненых изолированно в спленоренальном кармане (сумка Коллера), у 18(22.2%) раненых жидкость определялась изолированно в Дугласовом пространстве, у 2(2.5%) раненых была выявлена жидкость в гепаторенальном кармане (сумка Моррисона) и Дугласовом пространстве, у 9(11.1%) раненых в спленоренальном кармане (сумка Коллера) и Дугласовом пространстве, у 8(9.9%) раненых жидкость была выявлена во всех 3 областях. У 2(2.5%) раненых была выявлена жидкость в правом плевральном синусе, у 4(4.9%) в левом плевральном синусе. У 1(1.2%) больного в субкостальном доступе была выявлена жидкость в перикарде. У 22(27.2%) раненых свободная жидкость в брюшной и плевральных полостях не была выявлена. При дальнейшем обследовании, во время диагностической лапароскопии у 4 из 22 раненых было выявлено проникающее ранение брюшной полости с повреждением внутренних органов и наличием свободной жидкости в брюшной полости, в 2 случаях повреждена была тонкая кишка, 1 случае толстая кишка и в 1 случае печень. Таким образом, из 81 пострадавшего у 77 раненых первичное сокращенное ультразвуковое исследование было достоверным признаком наличия или отсутствия свободной жидкости в брюшной и плевральной полости в 4 случаи ультразвуковое исследование по FAST протоколу было ложноотрицательным.

Выводы. Применение ультразвукового исследования по FAST протоколу в сочетании клинической картиной и лабораторными методами диагностики является эффективным, быстрыми и надежным методом диагностики проникающего ранения брюшной и грудной полости с наличием свободной жидкости. Данный метод позволяет в течении 2-3 мин провести сортировку раненных и определить дальнейшую тактику лечения. FAST протокол включен в рекомендации ATLS (Advanced Trauma Life Support) – как обязательное начальное исследование пациента с тяжелой травмой. Таким образом, каждый ургентный хирург должен владеть первичной ультразвуковой диагностикой по FAST протоколу.

Ключевые слова: FAST протокол, наличием свободной жидкости, сортировки пациентов.

---

716. Использование pH-метрии в прогнозировании исходов у больных с распространенным гнойным перитонитом, а также в выборе оптимальных растворов для санации брюшной полости. Первые шаги

Мамыкин А.И. (1,2), Бокарев М.И. (1,2), Белов Д.Ю. (2), Менасриа А.С. (1), Москалев А.Ю. (3), Аракелов А.В. (1), Демьянов А.И. (1,2).

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии ИКМ им. Н.В. Склифосовского лечебного факультета Сеченовского Университета.
2) ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ.
3) ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского».

Проблема лечения распространенного гнойного перитонита не теряет своей актуальности. Несмотря на развитие современной хирургической науки, улучшения оснащения стационаров, основные принципы лечения остаются прежними и летальность пациентов, страдающих распространенным гнойным перитонитом, остается очень высокой. Важнейшими элементами для эффективного лечения перитонита являются: эрадикация источника инфекции, тщательная санация брюшной полости, при необходимости выбор оптимального этапного ведения, в том числе использование активной либо пассивной лапаростомы, современные антибактериальные препараты, а также эффективная работа реаниматологов. Важнейшим условием эффективности лечения таких больных после ликвидации источника перитонита является полноценная эвакуация инфицированной жидкости из брюшной полости, а также тщательная ее санация. При этом вопрос использования оптимальных растворов для санации остается открытым. Кафедра госпитальной хирургии ИКМ им. Н.В. Склифосовского лечебного факультета Сеченовского Университета провела ряд наблюдений больных, у которых при лечении распространенного гнойного перитонита производилась pH-метрия гнойного экссудата и в зависимости от этого использовались различные растворы для санации за период с начала 2023 года по настоящее время.

Цель исследования: определить оптимальный раствор для санации брюшной полости в зависимости от pH гнойного экссудата. На начальном этапе в научное исследование вошло 24 пациентов. Из них 14 (58,3%) пациентов были мужчины, 10 (41,7%) – женщины. Средний возраст составил 60 ± 12 лет. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью Мангеймского индекса перитонита (МИП), составила 30 ± 6 балла. Из всех изученных наблюдений умерло 10 пациентов, что соответствует летальности в 41,7%. Для определения pH гнойного экссудата использовался pH – метр. Замеры производились в ходе оперативного вмешательства. В ходе измерений была выявлена взаимосвязь между причиной перито-

нита и pH гнойного экссудата. У больных (6 человека) с распространенным гнойным перитонитом, причиной которого являлась перфоративная язва желудка и ДПК и длительностью заболевания более 2 суток pH в среднем составил 6.6. У больных (4 человека) с распространенным гнойным перитонитом, причиной которого являлась перфоративная язва желудка и ДПК и началом заболевания около суток pH в среднем составил 5.2. У больных (10 человек) перитонитом, причиной которого являлась патология толстой кишки с перфорацией либо острый аппендицит pH в среднем составил 7.3. У 4 пациентов с желчным перитонитом pH в среднем составил 7.5. Пациентам, у которых pH был кислым, санации проводились с добавлением натрия гидрокарбоната. Пациентам, у которых pH был щелочным санации проводились физиологическим раствором, pH которого составляет 5 – 7,5, при измерении pH – он был слабокислым. В виду малого количества наблюдения выявить взаимосвязь pH гнойного экссудата и использованием растворов с противоположным pH, а также с исходом заболевания на текущем этапе исследования не представляется возможным. Однако, учитывая данные литературы, этот вопрос остается малоизученным, хотя имеется ряд публикация проводящим параллели между pH гнойного экссудата и исходом заболевания. Таким образом, научная работа, направленная на изучение pH гнойного экссудата, в зависимости от этиологии распространенного перитонита, использование противоположных по pH растворов для санаций может привести к формированию понимания в выборе оптимального раствора для санации брюшной полости у больных с распространенным гнойным перитонитом, что может помочь снизить количество санаций брюшной полости, сократить сроки выздоровления и снизить летальность. В виду малого количества наблюдений целесообразно продолжить изучение связи pH-метрии гнойного экссудата для прогнозировании исходов у больных с распространенным гнойным перитонитом, а также в выборе оптимальных растворов для санации брюшной полости.

Ключевые слова: Распространенный гнойный перитонит, гнойный экссудат, pH-метрия, санация брюшной полости, растворы для санации.

---

717. Обоснование сроков плановых операций после воспалительно-деструктивных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК)

Шаповальянц С.Г. (1,2), Болихов К.В. (1), Шулаев А.В. (2), Соловьёв Н.С. (2)

Москва

1. ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова МЗ РФ
2. ГБУЗ г. Москвы ГКБ №31 имени академика Г.М. Савельевой ДЗ г. Москвы

Вопрос о выборе сроков плановой операции после разрешения воспалительных осложнений ДБОК до настоящего времени не решён. Однако, это очень значимо для снижения риска осложнений. Мы провели анализ результатов лечения 91 пациента, перенесшего острое воспалительное осложнение ДБОК и оперированного далее в плановом порядке в ГБУЗ ГКБ 31 ДЗМ, в период с января 2010 по декабрь 2022 года. В анализируемой группе мужчин было – 28(30,7%), женщин – 63(69,3%), в возрасте от 38 до 77 лет, средний возраст составил 58,6 лет. В зависимости от характера перенесенного осложнения выделены 3 группы пациентов: с рецидивирующим острым дивертикулитом (ОД) N1=45(49,4%), острым воспалительным паракишечным инфильтратом (ОВПИ) N2=36 (39,5%), перфорацией дивертикула и паракишечным абсцессом (ОПА) N3=10(11,1%). В 86 (94,5%) наблюдениях операции выполнены лапароскопически. До 2019 года сроки выполнения хирургического вмешательства определялись произвольно, без детального учёта клинико-анатомических и инструментальных данных. Основываясь на мнении ряда авторов и традиционных представлениях о динамике разрешения воспалительного процесса, сроки хирургических вмешательств от момента ликвидации обострения выбирались от 2 до 16 недель. Условиями для выполнения операции считали: отсутствие болевого синдрома и повышения лабораторных маркёров воспаления, минимальные признаки инфильтративных изменений при УЗ и КТ. В период с 2010 по 2019 годы оперирован 61(67,0%) пациент. Среди них операции по поводу рецидивирующего ОД выполнены у (N1=39(63,9%)) пациентов, ОВПИ– в (N2=20(32,8%)) случаях, ОПА – в (N3=2 (3,3%)) наблюдениях. Среди оперированных пациентов, конверсия доступа потребовалась у 6(9,8%), формирование илеостомы – у 2(3,3%) пациентов. Послеоперационные осложнения возникли в 14 (22,9%) случаях, из них: несостоятельность анастомоза – в 3(4,9%) наблюдениях, приведшая у 1(1,6%) больного к летальному исходу. У 1(1,6%) пациента возникла стриктура анастомоза. В дальнейшем, в период с 2020 по 2022 годы, нами были разработаны и использованы критерии оценки разрешения воспалительных изменений. При определении сроков и метода операции нами учитывались: клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования (КТ-колография с двойным кон-

трастированием), а так же интраабдоминальные находки. Оперативное вмешательство выполнялось при отсутствии признаков системного воспаления и низкой выраженности инфильтрации тканей при КТ. В соответствии с разработанными критериями сроки плановых оперативных вмешательства определены с 2020 по 2022 год у 30 пациентов: в 1 и 2 группе оперативные вмешательства выполнялись в интервале от 8 до 12 недель; в 3 группе пациентов – от 12 до 16 недель. Среди пациентов с рецидивирующим ОД (N1=6(20%)) – эпизодов несостоятельности анастомоза не выявлено. В 1 случае в ближайшем п/о периоде возникло внутрибрюшное кровотечение. В группе пациентов, перенесших ОВПИ (N2 =16 (53,3%) – в 1 наблюдении (3,3%) потребовалась конверсия доступа. В 1 (3,3%) случае на 7-е сутки выявлена несостоятельность анастомоза, в 1(3,3%) наблюдении – отмечено формирование стриктуры анастомоза. В группе пациентов, перенесших паракишечный абсцесс(N3=8 (26,7%)), осложнений не отмечалось, в 2(6,7%) случаях была выполнена конверсия доступа. Летальных исходов – не было. Мы так же проводили клинико-морфологические параллели на основе анализа удалённого материала у оперированных пациентов. Понимая вариабельность течения осложнений ДБ в каждом отдельном случае, мы считаем, что наши данные позволяют рекомендовать сроки оперативного вмешательства в группе пациентов, перенесших ОД и ОВПИ от 8 до 12 недель; а в группе пациентов, перенесших паракишечный абсцесс – от 12 до 16 недель. В эти сроки достоверно снижается количество конверсий и послеоперационных осложнений. Применение лапароскопии в лечении осложненного течения ДБОК является безопасным и предпочтительным.

Ключевые слова: Дивертикулярная болезнь, воспалительно-деструктивные осложнения, сроки плановых операций.

---

718. К вопросу о тактике лечения механической желтухи и холангита в условиях городской клинической больницы

Кучин Ю.В., Агисиев А.А., Юлушев Б.-А.Г., Ялмамбетов К.Н.

Астрахань

ГБУЗ АО ГКБ№3 им. С.М.Кирова

Актуальность: Сохраняется высокий процент летальных случаев при открытых холедохолитотомии и при наружном дренировании при механической желтухе вызванные холедохолитиазом и опухолевом стенозе. Наличие экстренной эндоскопической службы в условиях ГКБ и раннего выполнения ЭПСТ с последующей санацией, литоэкстракцией или стентированием позволяет свести до минимума осложнения и летальность. В ГБУЗ АО ГКБ№3 им.С.М.Кирова за последние 3 года было выполнено 366 ЭПСТ из них 286 ЭПСТ с литоэкстракций и санацией и 80 ЭПСТ со стентированием при опухолевом стенозе и назобилиарном дренировании.Это составило 78% пациентов с холедохолитиазом с холангитом и 22% пациентов при опухолевом стенозе и холангите. Летальность имели в одном случае у пациента со стенозирующей опухолью панкреатобилиарной зоны в стадии распада. Назобилиарное дренирование после ЭПСТ устанавливалось на 5-7 суток, критерием удаления дренажа являлась нормализация показателей билирубиномии и температуры. При ЭПСТ со стентированием мы использовали пластиковые стенты 8.5-10Fr. на срок до 3-х месяцев с последующей передачей пациента на онкологический этап лечения.

Выводы: Ранняя экстренная ЭПСТ с литоэкстракцией и стентированием холедоха при механической желтуха предотвращает развитие осложнений (печеночная недостаточность, сепсис) и сводит летальность к минимуму.

Ключевые слова: Эндоскопическая папиллосфинктеротомия(ЭПСТ), холангит, литоэкстракция, стентирование.

---

719. Аспекты современного хирургического лечения обструкции внепеченочных желчных протоков

Гарелик П.В., Дешук А.Н., Милешко М.И.

Гродно

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. На сегодняшний день актуальность проблемы диагностики и лечения непроходимости внепеченочных желчных протоков в Республике Беларусь не вызывает сомнений. Холедохолитиаз – одно из основных проявлений желчнокаменной болезни (ЖКБ), которая часто осложняется механической желтухой (до 22,5% случаев). Рубцовые стриктуры терминального отдела холедоха, стеноз большого дуоденального сосочка, хронический панкреатит – наиболее характерные осложнения холедохолитиаза.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 182 пациентов с нарушениями проходимости внепеченочных желчных протоков при их доброкачественном характере поражения, находившихся на лечении в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» за

последние 20 лет (2003-2022). Мужчин было 53, женщин – 129 в возрасте от 29 до 89 лет. Для постановки диагноза применялись современные ультразвуковые аппараты, РКТ, МРТ, эндоскопические методы. Полученные результаты и обсуждение. Основной причиной билиарной гипертензии, сопровождающейся механической желтухой, был холедохолитиаз (137 пациентов (75,2%)). У 51 (28%) пациента он осложнился рубцовой стриктурой терминального отдела холедоха. Рубцовая стриктура желчных протоков без холелитиаза была выявлена у 17 (9,3%) человек, хронический панкреатит у 16 (8,8%), изолированный стеноз БДС имел место у 12 (6,5%) пациентов. У 37 (20,3%) пациентов в связи с наличием острой печеночной недостаточности выполнялись двухэтапные операции: на первом этапе 8 пациентам выполнена лапароскопическая холецистостомия, у 24 человек микрохолецистостомия под УЗ-наведением, еще у 5 пациентов – ЭПСТ. Эндоскопические методы восстановления желчеоттока были применены у 83 человек (45,6%): папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция. Осложнения после эндоскопических вмешательств, потребовавших повторных операций, имели место у 2 человек (2,4%): в 1 случае после ЭРХПГ и ЭПСТ наступил тяжелый панкреонекроз с летальным исходом, еще у 1 пациента после ЭПСТ произошла деструкция задней стенки 12-перстной кишки. У данных пациентов были выполнены многократные повторные оперативные вмешательства, однако наступил летальный исход в связи с дуоденальными свищами и развитием полиорганной недостаточности. Открытые (лапаротомные) оперативные вмешательства на гепатикохоледохе были разными: холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха по одному из методов (Керу, Вишневскому, Керте) выполнена у 34 пациентов, у 52 человек выполнили наложение холедоходуоденального анастомоза (ХДА) (по Финстереру у 35 человек, по Флеркину – у 14, по Юрашу-Виноградову – у 3 человек). Операцию ХДА завершали наружным дренированием желчных протоков по Пиковскому. Послеоперационные осложнения в виде несостоятельности ХДА наступили у 2 (1,09%) пациентов. Летальных исходов не было. В случае наличия протяженных стриктур терминального отдела холедоха (7 пациентов) накладывали гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки.

Выводы и рекомендации. 1. Восстановление проходимости терминального отдела холедоха малоинвазивными эндоскопическими методами (папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция) – основной современный метод лечения. 2. При острой печеночной недостаточности и длительном холестазе на первом этапе показаны: папиллосфинктеротомия, микрохолецистостомия под ультразвуковым наведением, а также лапароскопическая или микролапаротомная холецистостомия. 3. В случае невозможности разрешить холестаз малоинвазивными методами следует выполнять холедохолитотомию с наружным дренированием (по Керу, Вишневскому, Керте), а при стенозировании терминального отдела холедоха – наложение билиодигестивного анастомоза.

Ключевые слова: желчная гипертензия, общий желчный проток, холедохолитиаз, обструкция, эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия, холедоходуоденоанастомоз

---

720. Изучение особенностей ранений поражающими элементами современных взрывных боеприпасов в аспекте оптимизации процесса диагностики и тактики лечения

Денисов А.В., Носов А.М., Смолин Н.В., Демченко К.Н., Хугаев Л.А., Селиванов Е.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Особенностью ведения современных боевых действий является широкое использование противоборствующими сторонами средств поражения взрывного действия. Особенно, для поражения живой силы и легкобронированной техники всё большую роль играет дальнобойная артиллерия крупного калибра. К ним можно отнести различные системы советского и российского производства, состоящие на вооружении ВС РФ, а также образцы, которыми вооружены страны блока НАТО. В данных видах вооружения используются крупнокалиберные фугасные и осколочно-фугасные снаряды, реактивные снаряды и кассетные боеприпасы. Отличительной чертой данных боеприпасов является большая энергия поражающих элементов (ПЭ). Во время подрыва осколочно-фугасного боеприпаса происходит образование многочисленных осколков естественного или заданного дробления, различных по форме, массе, размерам и материалу изготовления. В качестве готовых ПЭ могут применяются объекты различного состава (металлические, керамические, смешанные) и геометрии (шарики, ролики, кубики, стрелки и т.д.). Для изучения состава и свойств таких ПЭ высокую эффективность показало применение электронной сканирующей микроскопии и масс-спектрометрии с индуктивносвязанной плазмой. Исследование не встречавшихся нам ранее ПЭ в виде мелких шариков графитового цвета размером 2 мм, показало их керамическую структуру и высокое содержание в их составе карбида вольфрама. На основе этих данных был сделан вывод о том, что данные осколки являются поражающими элементами ракеты, выпущенной из американской РСЗО «HIMARS», в каждой из которых содержится 182 тысячи ПЭ. Данный высокоточный боеприпас при подрыве создаёт очень плотное осколочное поле, что наряду высокой твёрдостью керамики, приводит к тяжелым поражениям личного состава на расстоянии до 300 метров даже

в легкобронированной технике и укреплениях. Малый размер (2 мм), неметаллический состав и множественность поражения весьма затрудняет возможность проведения полноценной первичной диагностики, определения характера повреждений внутренних органов, а также затрудняет выбор объема хирургической обработки раны. Перечисленные особенности ПЭ способствуют искажению клинической картины, которая может не совпадать с классической клинической картиной огнестрельного ранения груди и живота. Виду малого входного отверстия от ПЭ возможны пропуски повреждений органов и анатомических областей тела. Таким образом приходится пересмотреть подходы в диагностике и лечении таких раненых. Рутинные методы обследования раненых: осмотр, УЗИ, рентген, – требуют повышенной внимательности от врача. Нельзя исключать и тот факт, что полноценных данных за наличие ПЭ может быть не получено из-за их его нетипичных свойств. Поэтому для точного исключения наличия поражающих элементов необходимо выполнение компьютерной томографии всего тела. Небольшой размер раневого канала наряду со сложностью в диагностике ставят вопрос о возможности применения «выжидательной» тактики лечения после устранения жизнеугрожающих последствий с последующим переходом к активной тактике при наличии достоверных клинических признаков повреждения внутренних органов. Так же остро стоит вопрос о химическом составе боеприпасов, а в частности о наличии в составе боеприпасов токсичных металлов (кобальт, никель, свинец, обедненный уран, вольфрам), которые в свою очередь могу стать источником инфекционных осложнений, источником интоксикации организма, увеличивая тяжесть состояния раненого и сроки его лечения. Применение на театрах военных действий новых видов вооружения приводит к значительно у изменению структуры и характера ранений. Подробное изучение их свойств с применением высокотехнологичной методов исследований может помочь улучшить результаты диагностики и лечения раненых.

Ключевые слова: ранения, современное оружие, сложность диагностики, поражающие элементы

---

721. Вакуум-ассистированная лапаростома в лечении разлитого перитонита

Шабунин А.В. (1,2), Бедин В.В. (1,2), Долидзе Д.Д. (1,2), Бочарников Д.С. (1), Шиков Д.В. (1), Колотильщиков А.А. (1), Эминов М.З. (1,2)

Москва

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы
2. Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

Актуальность. Несмотря на то, что показания и преимущества вакуум-ассистированной лапаростомы известны, до сих пор не ясно, насколько безопасна и эффективна данная методика для лечения пациентов с перитонитом. В литературе отсутствует стандартизированный алгоритм применения вакуум-ассистированной лапаростомы. Кроме того, по-прежнему обсуждаются осложнения, связанные с применением отрицательного давления при открытом животе.

Материалы и методы. В данной работе проанализированы результаты лечения пациентов с разлитым перитонитом, находившихся в ГКБ им. С.П. Боткина с 2020 по 2021 гг. В исследование включены 57 пациентов вторичным распространенным перитонитом вследствие острых заболеваний органов брюшной полости. Пациенты распределены на 2 группы: I – основная (n=32), в которой для закрытия брюшной полости использовались системы отрицательного давления (VAC-система); II – контрольная (n=25), в которой производились санационные вмешательства по плану с ушиванием только кожи и пассивным дренированием брюшной полости. Средний возраст пациентов в I группе составил 59,9 лет, во II группе – 63,3 лет. Для оценки тяжести состояния пациента использовалась шкала APACHE II, SOFA и Мангеймский индекс перитонита. Средний балл по шкале APACHE II в группе I соответствовал 22,3 балла, в группе II – 20,4 балла. Средний Мангеймский индекс перитонита в группе I – 29,1 балла, в группе II – 27,6 балла. Средний балл по шкале SOFA в группе I – 7,9 балла, в группе II – 8,3 балла. В I группе первая операция завершалась установкой VAC-системы с защитной абдоминальной пленкой по методике, рекомендованной производителем. Устанавливался уровень отрицательного давления 90 мм рт ст в постоянном режиме. Замена VAC-системы производилась с интервалом 48 часов. В случае, если при первой смене VAC-системы сохранялись явления перитонита, дополнительно производилась фасциальная тракция краев апоневроза с использованием полипропиленовой сетки. В группе II после принятия решения о необходимости повторных санаций устанавливались дренажи в брюшную полость, ушивалась только кожа. Повторные санации произво-

дились с интервалом 24 часа. Полученные результаты. В первой группе среднее количество санационных вмешательств – 2,8, летальность – 31,2% (10 человек). Во второй группе средняя среднее количество санационных вмешательств – 3,4. Летальность в группе II – 36,8% (9 человек). Фасциальное закрытие брюшной полости в I группе произведено у 24 пациентов (75%), во II группе у 14 (56%). Количество осложнений во I группе 1 (3,1%) – подкожная эвентерация после завершения санационного этапа и послойного ушивания передней брюшной стенки. 5 (15,6%) пациентов скончались до завершения санационного этапа. Ни у одного из пациентов не отмечалось нагноения лапаротомной раны. Из 9 умерших пациентов, 4 пациентам проведена только 1 плановая санация с заменой vac-системы Количество осложнений во II группе – 5 (16%): нагноение передней брюшной стенки – 3 (12%); наружный кишечный свищ – 1 (4%); абсцесс брюшной полости – 1(4%). У 6 (24%) пациентов на завершающей операции удалось ушить только кожу. 6 (24%) пациентов скончались до завершения санационного этапа.

Обсуждение. В настоящее время все большее количество исследований подтверждает, что применение временного вакуумного закрытия брюшной полости не увеличивает частоту возникновения кишечных свищей, а также позволяет существенно снизить количество гнойных раневых осложнений. Ряд исследователей выделяют независимые прогностические факторы возникновения кишечных свищей: резекция толстой кишки, чрезмерная инфузионная терапия (> 5л/24ч), частые повторные ревизии брюшной полости, сохранение абдоминального источника сепсиса, ятрогенные повреждения при первичной операции.

Выводы. Применение вакуум-ассистированной лапаростомы в лечении больных с разлитым перитонитом позволяет снизить количество гнойных раневых осложнений, увеличивает частоту фасциального закрытия передней брюшной стенки, не оказывает непосредственного влияния на формирование наружных кишечных свищей.

Рекомендации. У пациентов с разлитым вторичным распространенным перитонитом и необходимостью повторных санаций рекомендовано применение вакуум-ассистированной лапаростомы.

Ключевые слова: Вакуум-ассистированная лапаростома, разлитой перитонит, открытый живот

---

722. Тактика хирургического лечения острых сафено-феморальных тромбозов

Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Исмаилов С.А., Закариев Р.З.

Махачкала

ООО «Медицинский центр им. Р.П.Аскерханова

Актуальность: Особое место среди различных локализаций венозных тромбозов нижних конечностей занимает сафено-феморальный тромбоз, который является потенциальным источником тромбоэмболии легочных артерий. При этом сафено-феморальный тромбоз, как правило, имеет неокклюзирующий, флотирующий характер. Этим обьясняется отсутствие признаков нарушения венозного оттока из конечности, а также высокий риск отрыва и миграции тромба.

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения острых сафено-феморальных венозных тромбозов.

Материал и методы: Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 37 больных с острым сафено-феморальным тромбозом. Женщин было 23 (62,2%), мужчин -14 (37,8%). Правостороннее поражение отмечено у 15, левостороннее – у 22 пациентов. В сроки до 3 суток давности от начала тромбофлебита поверхностных вен поступило 6 больных, от 4-7 суток – 15, от 8 до 12 суток – 11, более 12 суток – 5 пациентов. Варикозное расширение подкожных вен как причина развития острого тромбоза подкожных вен (ОТПВ) наблюдалось у 22 (59,5%) больных. Сафено-бедренный тромбоз с проксимальным уровнем тромба ниже паховой связки был обнаружен у 27 больных, сафено-бедренно-подвздошный с проксимальным уровнем в пределах наружной подвздошной вены – у 7-ми и сафено-бедренно-подвздошный тромбоз с уровнем проксимального конца тромба в пределах общей подвздошной вены – у 3-х больных. Неокклюзирующий характер тромба имел место у 29 пациентов, окклюзирующий – у 8. Всем больным была выполнена тромбэктомия, причем в одном случае эта операция сочеталась с перевязкой поверхностной бедренной вены, в 4-х тромбэктомия была выполнена в комбинации с радикальной венэктомией. Остальным больным была выполнена кроссэктомия. 6 больным с сафено-бедренно-подвздошным тромбозом тромбэктомия производилась с предварительным наложением лигатуры на подздошную вену выше тромба из дополнительного забрюшинного доступа. Причем двум из них удаление тромботических масс производилось из венотомического разреза общей подздошной вены по предложенной методики. 32 пациентам после операции проводились паравазальные инстилляции лечебной смеси Р.П.Аскерханова.

Результаты: Всего из 37 больных, подвергнутых венозной тромбэктомии результат лечения оценен как хороший у 31 (83,8%), удовлетворительный – у 5 (13,5%) и неудов-

летворительный – у 1 (2,7%) больных. Результаты лечения больных не были в прямой зависимости от сроков давности ОТПВ. У 5 (13,5%) в послеоперационном периоде наблюдались различного рода осложнения. Выраженная лимфорея из операционной раны – у одного больного, нагноение послеоперационной раны – у одного, инфарктная пневмония – у одного. Умер 1 больной, у которого тромбэктомия из подвздошной вены осложнилась массивной тромбоэмболией легочных артерий. Необходимо отметить, что тромбоэмболические осложнения наблюдались при тромбэктомии, выполняемой без предварительного пережатия магистральных вен выше тромботических масс. Средний койко-день в этой группе составил 14,8+3,4.

Обсуждение: Подводя итог вышеизложенному, необходимо отметить, что все больные с подозрением на сафено-феморальный тромбоз должны подвергаться срочному оперативному вмешательству. Для профилактики ТЭЛА венозная тромбэктомия из глубоких вен должна осуществляться только с предварительным пережатием магистральных вен выше тромботических масс, что достигается разработанными в клинике техническими приемами операции при различных уровнях распространения тромба. Применение паравазальных инстилляций лечебной смеси позволяет эффективно купировать острые воспалительные явления тромбофлебита, сократить сроки для выполнения радикальной флебтромбэктомии, что позволяет уменьшить продолжительность пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: Сафено-феморальный тромбоз, венозная тромбэктомия, профилактика тромбоэмболии легочной артерии

---

723. Гибридная in-situ артериализация глубоких вен стопы при «безвариантной» форме критической ишемии нижних конечностей

Курьянов П.С. (1), Гусев А.А. (1), Шатиль М.А. (1), Добрыдин О.Н. (1), Шумахер Р.С. (1), Уртемеев О.В. (1)Платонов С.А. (2), Хомчук И.А. (2), Завацкий В.В. (2), Жигало В.Н. (2), Фомин К.Н. (2), Авраменко А.И. (2), Исаев К.Ш. (2)

Санкт-Петербург

1 – СПбГБУЗ Городская больница им. Святого Великомученика Георгия2 – НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Актуальность проблемы: Так называемая «безвариантная» форма критической ишемии нижних конечностей (КИНК) включает в себя пациентов, у которых артериальная реваскуляризация невозможна в связи с тотальным поражением магистральных артерий стопы, либо все попытки реваскуляризации оказались неэффективными. Одним из подходов к хирургическому лечению таких пациентов сегодня является артериализация глубоких вен стопы. В настоящем ретроспективном исследовании представлены результаты применения новой методики гибридной in-situ артериализации глубоких вен стопы у больных с «безвариантной» ишемией конечности.

Материалы и методы: Гибридная in-situ артериализация глубоких вен стопы (HISDVA) выполнена 7 пациентам с «безвариантной» формой КИНК: 4 мужчинам (57,1%) и 3 женщинам (42,9%), возраст 38-78 лет (медиана 58 лет). У всех имела место 4 степень артериальной недостаточности конечности с трофическими изменениями и 4 стадия ишемии по классификации WIFi. У 4 больных (57,1%) в качестве причины ишемических изменений дианостирован облитерирующий тромбангиит, еще у 3 (42,9%) – облитерирующий атеросклероз. По данным прямой ангиографии окклюзирующее поражение магистральных артерий конечности было локализовано на уровне бедренно-подколенного сегмента у 1 пациента (14,2%), на уровне голени – у 3 (42,9%), дистальнее голеностопного сустава – у 3 (42,9%). В ходе артериализации формировали анастомоз между большой подкожной веной и подколенной (85,8%) или поверхностной бедренной (14,2%) артерией. Далее выполняли антеградный эндоваскулярный доступ через ОБА, разрушали клапаны в большой подкожной вене (БПВ) в дистальном направлении с помощью гидрофильного проводника и баллонных катетеров, затем разрушали клапаны в одной из коммуникантных вен, связывающих БПВ с глубокими плантарными венами стопы (в 5 [71,4%] наблюдениях в области 1 межплюсневого промежутка, в 2 [28,6%] наблюдениях – по медиальной поверхности предплюсны) и эмболизировали боковые ветви венозного кондуита спиралями до ликвидации значимого венозного сброса. Через 5-7 дней выполняли контрольную ангиографию антеградным бедренным доступом, при необходимости (у 6 [85,8%] пациентов) проводили повторную эмболизацию открывшихся боковых ветвей кондуита. Некрэктомию (в 2 [28,6%] случаях) или малую ампутацию (в 5 [71,4%] наблюдениях) проводили в отсроченном порядке спустя 2-4 недели после артериализации вен стопы.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде (30 дней) не было зарегистрировано ни одного случая тромбоза реконструкции, ни одному из больных не потребовалась высокая ампутация конечности, летальность и частота острых сердечно-сосудистых событий также составили 0%. В течение 12 месяцев после вмешательства первичная проходимость реконструкции составила 14,2%, первично-ассистированная проходимость – 28,6%. Одному пациенту выполнена повторная артериализация глубоких вен стопы через малую подкожную вену в связи с тромбозом in-situ шунта из БПВ. Частота сохранения конечности составила 71,4%, частота полного заживления трофического дефекта стопы 71,4%, летальность 0%.

Выводы: Предложенная методика гибридной in-situ артериализации глубоких вен стопы является достаточно безопасной процедурой, обеспечивает высокие показатели сохранения конечности и заживления трофического дефекта стопы в отдаленном послеоперационном периоде, несмотря на относительно невысокие значения первичной и первично-ассистированной проходимости.

Ключевые слова: критическая ишемия, облитерирующий атеросклероз, облитерирующий тромбоангиит, гибридная артериализация глубоких вен стопы

---

724. Первичная специализированная аккредитация по специальности «хирургия»

Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Стручков В.Ю., Кузнецова Т.А.

Москва

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

Первичная специализированная аккредитация (ПСА) по специальности 31.08.67 «хирургия» проводится в РФ с 2020 г. в соответствии с Положением об аккредитации, утвержденным Приказом Минздрава от 28.10.2022 г. №709н, и состоит из 3 этапов: тестирования, объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) и решение ситуационных задач. В соответствии с распоряжением Минздрава России в 2019 г. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (НМИЦ хирургии) создан Методический аккредитационно-симуляционный центр для научно-методического обеспечения аккредитации по специальностям «хирургия», «эндоскопия» и «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение». Сотрудниками НМИЦ хирургии разработан фонд оценочных средств (ФОС): 5000 тестовых заданий, 4 симуляционных станции для экзамена, 350 ситуационных задач. В основу разработки ФОС легли профессиональный стандарт «Врач-хирург» и клинические рекомендации по хирургическим заболеваниям. Первичную аккредитацию по специальности «хирургия» в 2020 г. прошло 592 специалиста, в 2021 г. – 1736, в 2022 г. – 1266. Увеличивается число субъектов РФ, в которых можно пройти ПСА: в 2020 г. – 46 (48 площадок), в 2022 г. – 64 (74 площадки). Анализ прохождения этапов аккредитации показал: станцию «Экстренная хирургия» успешно прошли 96% аккредитуемых, «Технику выполнения оперативных вмешательств» – 93%, «Плановую хирургию» – 81%, «Закрытие раны» – 98%. При анализе чек-листов выявлено, что основные сложности аккредитуемые испытывали при выполнении основных хирургических элементов сценария. В 2023 г. перечень станций ОСКЭ пересмотрен. При формировании учитывались данные о распространенности хирургических заболеваний и клинических ситуаций, с которыми сталкивается врач-хирург при работе как на стационарном, так и на амбулаторном этапах. Стал возможен рандомный выбор станций. Данная схема позволяет включить большее количество практических навыков, которыми должен овладеть аккредитуемый в процессе обучения, и в то же время затратить оптимальное время на процедуру аккредитации. Станции поделены на группы, между которыми осуществляется выбор: 1) «Закрытие раны» или «Первичная хирургическая обработка раны»; 2) «Выполнение кишечного шва» или «Формирование однорядного кишечного анастомоза»; 3) «Выполнение этапов холецистэктомии» или «Лапароскопической аппендэктомии». Выбор осуществляется машинным способом, каждая заявленная аккредитационная площадка должна иметь возможность реализовать весь заявленный перечень станций по специальности. Также вводится новый навык «Проводниковая (футлярная анестезия) по Оберсту-Лукашевичу» и сохраняются станции, единые для всех специальностей – базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей, а также экстренная медицинская помощь. Сотрудниками НМИЦ хирургии предложена методика оценки навыков с учетом введения весовых коэффициентов для пунктов чек-листа. Следующим шагом по развитию II этапа ПСА станет разработка дополнительных сценариев к станциям ОСКЭ, чтобы избежать механического заучивания со стороны аккредитуемых. Проведено анкетирование аккредитационно-симуляционный центров на предмет удовлетворенности разработанным ФОС по хирургии. В анкетировании приняли участие 35 центров. Симуляционные станции, участвующие во II этапе аккредитации, оценивались по 5 критериям: реалистичность, техническая выполнимость сценария и выполнимость за отведенное время, адекватность предложенных хирургических инструментов и материалов. По всем критериям станции ОСКЭ были оценены от 4,1-4,9 баллов по 5-балльной шкале, 97% опрошенных оценили уровень сложности тестовых заданий и ситуационных задач как адекватный, для 3% уровень показался излишне сложным.

Выводы. Количество прошедших аккредитацию специалистов и количество аккредитационных площадок по специальности «хирургия» в 2022 г. по сравнению с 2020 г. существенно возросло. ПСА по специальности «хирургия» проводится практически во всех субъектах РФ, в которых осуществляется подготовка врачей-хирургов. В 2023 г. допущено к первичной аккредитации по специальности «хирургия» 1372 человека. ПСА начнут проходить и специалисты, завершившие обучение на курсах профессиональной переподготовки по специальности «хирургия» в рамках реализации Постановления Правительства РФ № 2351 от 20.12.2022 г.

Ключевые слова: первичная специализированная аккредитация, фонд оценочных средств, аккредитация хирургов

---

725. Первый опыт использования прогрессивного пневмоперитонеума при гигантских грыжах передней брюшной стенки с потерей домена

Павлов А.Э. (1), Солиев М.Д. (2), Ухожанский В.А. (2), Процык Р.С. (2), Мусаев Р.Э. (2), Полушина М.А. (2), Казанцева Е.И. (2).

Хабаровск

1 КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗХК г. Хабаровск, Россия2 КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ ХК, г. Хабаровск, Россия

Актуальность. Проблема больших ПОВГ до сих пор является одним из нерешенных вопросов современной хирургии. В связи с ростом операции на брюшной полости, отмечается нарастание частоты развития ПОВГ и проблема лечения пациентов становится более актуальной, особенно у пациентов с гигантскими послеоперационными грыжами с «потерей домена». Потеря домена считается невозможность вправления грыжевого содержимого в брюшную полости без значимого повышения внутрибрюшного давления. Домен выражается в процентном отношении объема грыжевого мешка к объему брюшной полости. Многие авторы считают потерю домена 20 и более процентов, если грыжевой мешок невозможно погрузить в брюшную полость. Факторами риска развития ПОВГ являются: инфицирование послеоперационной раны, пожилой возраст, курение, операции выполненные по экстренным показаниям, малый опыт хирурга, ожирение.

Цель работы: внедрение метода прогрессивного пневмоперитонеума в хирургическое отделение Краевой клинической больницы №1 им. профессора С. И. Сергеева.

Материал и методы: с 2018 по 2021 г в ККБ№1 г Хабаровск поступили 5 пациентов с гигантскими ПОВГ в возрасте от 42 до 90 лет. Мужчин было 1 и женщин 4. Длительность грыженосительства у всех пациентов составила от 2 до 5 лет. У наших пациентов «потеря домена» составляла от 20% до 53%. Всем пациентам перед началом установки катетера выполнено КТ-абдоминометрия. При подсчете потери домена у всех пациентов мы ориентировались на индекс Tanaka и посчитали по следующей формуле. Домен = V грыжевого мешка/V брюшной полости 100. Объем грыжевого мешка (0,25 ? a ? b ? c, где a, b, c – это высота, ширина и глубина грыжевого мешка). Объем брюшной полости (0,25 ? A ? B ? C, где A – это высота, измеряется от высшей точки диафрагмы до копчика; B – ширина брюшной, полости; C – глубина, измеряемая от грыжевых ворот до поперечных отростков поясничных позвонков).

Результаты: Среди грыжевых дефектов 2 (40%)M1-4, W3, 2 (40%) M1-5, W3, R1, 1 (20%) M3-5, W3. Установка интрообдоминального катетера для проведение методики напряженного пневмоперитонеума проводится под УЗИ контролем под м/а или через мини-лапаротомию. Мы использовали мини-лапаротомный доступ в области левого подреберья. В качестве катетера использовали ПВХ трубку от капельницы. После установки катетера вводится до 500-1000 мл воздуха в условиях операционной. Далее ежедневно вводили воздух в условиях перевязочной. Объем вводимого воздуха в брюшную полость колебался от 500-1500 мл воздуха. Воздух вводился до появления следующих симптомов: появление дискомфорта и болезненное ощущение в брюшной полости, френикус-синдром, боли в животе; боли в лопатках и ключицах; сердцебиение. Длительность методики прогрессивного пневмоперитонеума составила от 10-15 дней. После установки катетера назначали пероральную антибактериальную терапию (Амоксиклав 1000мг 2 раза вдень). Так же с 4-5 дня после установки катетера проводилась тромбоэмболическая профилактика с компрессионными чулками и низкомолекулярным гепарином. Пациенты, у которых грыжевой мешок состоит из кожи и брюшины, носили послеоперационные бандажи с целью большего воздействия на мышцы передней брюшной стенки, а не растяжения грыжевого мешка. В конце процедуры прогрессивного пневмоперитонеума на 10-15 день всем пациентам выполнена КТ-абдоминометрия для оценки эффективности методики и планирования оперативного лечения. Выполнено оперативное лечение в объеме грыжесечения передняя или задняя сепарационная пластика, дренирование по Редону. Одному пациенту выполнено задняя сепарационная пластика, интрооперационно имеется диастаз до 6 см после сепарации. Выполнено мобилизации прямых мышц живота по методике Рамиреса с сохранением кожных перфорантных сосудов. В послеоперационном периоде повышении внутрибрюшного давления составило от 5 до 16,9 мм.рт.ст.(повышении ВБД II степени по Б.Р. Гельфанд). При этом никакие жалобы не предъявляли, одышки не отмечали, физиологическое оправлении в норме? диурез дастаточен. В послеоперационном периоде отмечалась серозно-геморрагическое отделяемое до 100мл в течение 4-7 дней У 2-х пациентов в послеоперационном периоде образовалась серома п/о раны, тип I-IIa по классификации S. Morales-Conde.

Выводы: Прогрессивный пневмоперитонеум показан пациентам с потерей домена в 20% и более. Данная методика увеличивает емкость брюшной полости за счет растяжения мышц передней брюшной стенки. Это приводит к снижению или отсутствию натяжения брюшной стенки, а также обеспечивает подготовку пациентов к значимому послеоперационному повышению внутрибрюшного давления, которое в итоге переносится легче.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи; сепарационная пластика; потеря домена; прогрессивный пневмоперитонеум.

726. Прогнозирование и профилактика осложнений у пациентов с распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Пушкарев Б.С., Кузнецова М.П.

Пермь

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Вторичный распространенный перитонит (ВРП) является одной из ведущих причин развития сепсиса у пациентов хирургического профиля, несмотря на неуклонное совершенствование методов диагностики, хирургического лечения, антибактериальной терапии, использования различных методик динамической оценки степени тяжести состояния пациентов. Ежегодно во всем мире смертность от хирургических заболеваний, служащих причиной ВРП, составляет около 1 млн человек.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных вторичным распространенным перитонитом за счет прогнозирования ранних послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ГКБ №4, г. Пермь в 2016-2020 гг. проведено одноцентровое ретроспективно-проспективное исследование результатов хирургического лечения 232 пациентов с ВРП. Все пациенты были разделены на группу сравнения (n=116), лечение в которой осуществлялось согласно имеющимся национальным клиническим рекомендациям, и группу наблюдения (n=116), лечение в которой было дополнено применением оригинального алгоритма выбора варианта повторных оперативных вмешательств, прогнозирования и профилактики ранних послеоперационных осложнений ВРП. В обеих группах пациенты были разделены на подгруппы без абдоминального сепсиса (n=86 в группе наблюдения, n=79 в группе сравнения), с абдоминальным сепсисом (n=30 в группе наблюдения, n=37 в группе сравнения). Группы и подгруппы пациентов были полностью сопоставимы. Достоверность различий показателей определяли при помощи анализа таблиц сопряженности.

Результат считали статистически достоверным при p <0,05. Результаты. У пациентов без абдоминального сепсиса в группе сравнения и группе наблюдения повторные вмешательства «по требованию» выполнялись у 12 (15,19%) и 4 (4,65%), «по программе» – у 3 (3,80%) и 1 (1,16%) пациентов соответственно, лапаростомия не выполнялась (p=0,024). Повторные вмешательства не выполнялись у 64 (81,01%) и 81 (94,19%) пациентов соответственно. У пациентов с абдоминальным сепсисом в группе сравнения и группе наблюдения повторные вмешательства «по требованию» выполнялись у 4 (10,81%) и 7 (23,33%), «по программе» – у 21 (56,76%) и 5 (16,67%), лапаростомия – у 4 (10,81%) и 1 (3,33%) пациентов соответственно (p=0,003). Повторные вмешательства не выполнялись у 8 (21,62%) и 17 (56,67%) пациентов соответственно. Произведена оценка влияния значений С-реактивного протеина (СРП) и прокальцитонина у пациентов с ВРП, осложненным абдоминальным сепсисом, на возникновение летального исхода путем построения модели биномиальной логистической регрессии, имеющей высокую достоверность (p <0,01). По данным ROC-анализа чувствительность построенной модели составляет 89,47%, специфичность – 90,90% при значении коэффициента отсечения 0,75. Численный показатель площади под кривой составил 0,98. Выявлено, что при уровне СРП, равном 161,87 мг/л, и прокальцитонина 17,80 нг/мл коэффициент вероятности возникновения неблагоприятного исхода составляет 0,88. Летальность у пациентов с абдоминальным сепсисом в группе наблюдения составила 19 (63,33%) пациентов, в группе сравнения – 34 (91,89%) пациентов (p=0,004). Общая летальность в группе наблюдения составила 29 (25,00%) пациентов, в группе сравнения – 47 (40,52%) пациентов (p=0,012).

Выводы. Приоритетным вариантом тактики ведения пациентов с ВРП являются повторные мини-инвазивные или открытые вмешательства «по требованию». У пациентов с абдоминальным сепсисом значения концентрации СРП более 161,87 мг/л и прокальцитонина более 17,80 нг/мл свидетельствуют о тяжелом течении инфекционного процесса и высоком риске неблагоприятного исхода, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

Ключевые слова: Вторичный распространенный перитонит, прогнозирование осложнений, С-реактивный протеин, прокальцитонин

727. Хронологическая оценка качественного состава возбудителей в перитонеальном экссудате у больных с вторичным распространенным перитонитом

Исаханян К.А., Попандопуло К.И., Базлов С.Б.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель: изучить качественный состав микрофлоры перитонеального экссудата в зависимости от локализации источника перитонита и длительности его течения.

Материалы и методы: Изучены результаты первичных бактериологических исследований перитонеального экссудата у 74 больных с вторичным распространенным перитонитом, осложнившим течение острой хирургической патологии органов брюшной полости. Исследования проводили на базе бактериологической лаборатории ГБУЗ ККБСМП г. Краснодара по стандартным методикам. Кроме того, определяли концентрацию масляной, пропиленовой и валериановой жирных кислот в перитонеальном экксудате, как косвенный признак присутствия неклостридиальной анаэробной микрофлоры. Использовали метод газовой хроматографии и аппарат «Кристалл 2М». По локализации источника перитонита больные разделились на 3 группы. Первую составили 37 (50,0%) больных с локализацией источника перитонита в верхних отделах ЖКТ. Во вторую вошли 27 (36,5%) пациентов с патологией тонкого кишечника, в третью 10 (13,5%) случаев с заболеваниями толстого кишечника. Кроме того, анализ результатов исследований проводился с учетом времени, прошедшего с начала заболевания. В течение первые 6 часов течения болезни оперирован 21 (28,4%) больной. В сроки от 6 до 12 часов от начала заболевания операции проведены у 11 (14,9%) пациентов, а от 12 до 24 часов у 18 (24,3%) больных. В 24 (32,4%) наблюдениях пациенты оперированы позднее 24 часов от начала заболевания.

Результаты и обсуждение: Первичные бактериологические исследования перитонеального экссудата оказались результативными у 42 (56,7,%) пациентов. В остальных 32 (43,3%) случаях посев перитонеального экссудата роста не дал. Это объясняется определенными закономерностями, выявленными в процессе анализа. При локализации источника перитонита в гастродуоденальной области или области тонкой кишки в первые 6 часов течения болезни отмечено только 19,0% результативных бактериологических исследований. При этом высевались в основном штаммы грамположительной кокковой флоры в виде 3 монокультур Staphylococcus spp., Streptococcus spp. и Enterococcus spp. по 1 штамму, у 1 пациента ассоциации из Staphylococcus spp. – и Enterococcus spp. Повышения концентраций жирных кислот у этих больных не выявлено. В сроки от 6 до 12 часов от начала заболевания частота результативных бактериологических исследований возрастала до 40,0%, а от 12 до 24 часов до 60,0%. Состав микрофлоры характеризовался увеличением доли грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae. Всего в монокультурах и ассоциациях выделено 27 штаммов грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae (E. Coli, Klebsiella spp., Proteus vulg.), 5 штаммов Staphylococcus spp., 7 штаммов Enterococcus faec. У 65,5% больных со сроками заболевания от выявлено статистически достоверное увеличение концентрации жирных кислот в перитонеальном экссудате. Через 24 часа от начала заболевания результативность микробиологических исследований составила 91,7% с преобладанием монокультур и ассоциаций кишечной флоры с факультативными анаэробами. У всех этих больных также отмечено увеличение концентрации жирных кислот в содержимом брюшной полости. При локализации источника перитонита в толстой кишке с первых часов течения заболевания отмечалась массивная контаминация брюшной полости кишечной микрофлорой.

Заключение: На ранних этапах развития перитонита при локализации источника в верхних отделах ЖКК в значительном числе случаев посев оказывается стерильным. При дальнейшем прогрессировании гнойно-септического процесса и развитии энтеральной недостаточности запускаются процессы внутрипросветной транслокации, а затем и трансмуральной транслокации кишечной флоры с массивной контаминацией брюшной полости. Повышение концентрации жирных кислот в перитонеальном экссудате на поздних стадиях перитонита свидетельствует о присутствии неклостридиальной анаэробной флоры у большинства пациентов.

Ключевые слова: вторичный перитонит, качественный состав микрофлоры возбудителей

---

728. Интраперитонеальная химиотерапия. Результаты и перспективы

Хоробрых Т.В., Ивашов И.В., Мартынов И.А.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность: паллиативная гастрэктомия остается спорным вопросом современной онкохирургии. Наличие опухолевых клеток в перитонеальных смывах является общепринятым показанием к паллиативной химиотерапии, при этом медиана выживаемости этих пациентов не превышает 3-6 месяцев. В то же время прогрессирование онкологического процесса нередко приводит к развитию опухолевого стеноза или кровотечения, которые по рекомендациям большинства онкологических ассоциа-

ций подлежат исключительно паллиативным эндоскопическим и рентгенэндоваскулярным процедурам. По сравнению с химиотерапией, паллиативные гастрэктомии у больных с осложненными формами рака желудка позволяют превысить 1-1,5-летнюю выживаемость, существенно улучшая качество жизни в том числе за счет использования интраперитонеальной химиотерапии.

Цель работы: представить результаты и перспективы интраперитонеальной химиотерапии.

Материалы и методы: группу наблюдения составили 150 пациентов (98 мужчин, 52 женщины) в возрасте от 30 до 80 лет (средний возраст 63,7 лет). Пациенты были разделены на 2 группы, в основную вошли 104 пациента, которым после выполнения циторедуктивной операции проводилась системная и интраперитонеальная химиотерапия через порт-систему. Группу сравнения составили 46 пациентов, которым после выполнения циторедуктивной операции по причине их отказа проводилась лишь системная химиотерапия. Основным критерием включения в исследование было наличие у пациента местно-распространенного и диссеминированного рака желудка IIB-IIIC стадий (T2-4N0-3M1) (Brierley JDGM,Wittekind C, et al., editor.TNM Classification of Malignant Tumours, 8th edn.Wiley Blackwell: Union for International Cancer Control (UICC), 2017) и одного или нескольких осложнений (опухолевый стеноз кардии, опухолевый стеноз выходного отдела желудка, рецидивирующее кровотечение из опухоли желудка). Хирургическое лечение проведено в объеме: гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода 56 пациентам (37,3%), дистальная субтотальная резекция по Бильрот I 52 пациентам (34,7%), дистальная субтотальная резекция по Бильрот II 22 (14,7%) и проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода 20 пациентам (13,3%). Выполнен анализ продолжительности и качества жизни пациентов по шкале Карновского. На кафедре Факультетской Хирургии №2 им. Г.И. Лукомского Сеченовского университета начинается проект по внедрению технологии ВАХД в лечение онкологических процессов брюшины и возможности удешевления метода ВАХД с расширением его доступности. Полученные результаты: проанализированы результаты хирургического лечения и качество жизни пациентов после комбинированного лечения, включавшего циторедуктивную операцию и 6 курсов системной и внутрибрюшной химиотерапии. Использование внутрибрюшной химиотерапии с применением подкожной порт-системы позволило достоверно улучшить качество жизни в том числе, за счет эффективного купирования злокачественного асцита. 59,6% больных основной группы оценили общее состояние в диапазоне от 84 до 94 баллов по шкале Карновского, из чего следует, что они не испытывали дискомфорта и хорошо себя чувствовали. Подкожная порт-система позволяет корректировать и контролировать течение асцита. Амбулаторный режим введения химиопрепарата позволял им вести активный образ жизни и даже работать. Медиана выживаемости включенных в исследование пациентов составила от 8 до 21 месяца в зависимости от индекса перитонеальной диссеминации. И, хотя продолжительность жизни существенно не отличалась в группах сравнения, качество жизни было значительно лучше в основной группе. На данный момент происходит анализ данных мировых исследователей по более дешевым вариантам аналогов PIPAC

Выводы и рекомендации: сравнение показателей качества и продолжительности жизни пациентов основной группы и группы сравнения, а также сравнение с данными мировой литературы позволило продемонстрировать целесообразность применения комбинированного лечения, включавшего циторедуктивную операцию у пациентов с осложненными формами рака желудка, а также преимущества внутрибрюшной химиотерапии с применением подкожной порт-системы в лечении больных с осложненными формами местно-распространенного и диссеминированного рака желудка. Мы надеемся, что наш проект позволит в будущем более эффективно бороться с метастазами брюшины и онкологическими заболеваниями брюшины.

Ключевые слова: паллиативная гастрэктомия, свободные опухолевые клетки в перитонеальных смывах, интраперитонеальная химиотерапия

---

729. Актуальные вопросы прогнозирования рецидива острых неварикозных гастродуоденальных кровотечений.

Репин И.Г. (1), Брехов Е.И. (1), Калиниченко А.Ю. (2), Репин Д.И. (1,2), Журавлев С.В. (1,2), Бояринцев В.В. (1)

Москва

1) ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ
2) ФГБУ «Клиническая больница №1» УД Президента РФ

Проблема лечения пациентов с острыми неварикозными гастродуоденальными кровотечениями (ОНГДК) в современных условиях является весьма актуальной. При этом очень важным моментом является прогнозирование вероятности развития рецидива кровотечения. Так как не все стационары первого уровня располагают всем необходимым оборудованием и штатом специалистов, то в случае высокого риска рецидива возникает вопрос о переводе пациента в стационар третьего уровня, либо о необходимости приезда (реже прилета) в районную больницу специалистов из регионального центра по линии санавиации. Для организации подобных мero-

приятий необходимо наличие убедительных аргументов. В настоящее время в большинстве стран для этой цели используются различные интегральные прогностические шкалы (ИПШ), такие как AIMS65, PNED, Rockall, Glasgow-Blatchford (GBS). Также существует ряд отечественных систем прогнозирования рецидива.

Целью работы была оптимизация диагностики и лечения пациентов с ОНГДК. Задачей являлось определение показателей, позволяющих определить достаточно достоверный прогноз рецидива ОНГДК. В проспективное исследование было включено 250 пациентов, поступивших в стационар с данным диагнозом. Мужчин – 158, женщин -92. Возраст от 19 до 97 лет (средний возраст 57,33), Диагностика и лечение пациентов проводились в строгом соответствии Национальными клиническими рекомендациями. Критерием исключения являлось наличие кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка. При поступлении определялся прогноз рецидива кровотечения с использованием различных ИПШ. В дальнейшем оценивалось соответствие результатов лечения прогнозу. Валидность шкал определялась различными статистическими методами, в частности с использованием методики логистической регрессии и ROC-анализа. По результатам статистического анализа лучшие результаты имели место у шкалы Rockall (AUC-0,917685), у шкалы GBS (AUC-0, 843638). Данные шкалы являются достаточно простыми в использовании, не требуют сложных вычислений и специальных компьютерных программ. У 121 пациента (48,4%), включенных в группу низкого риска (0-2 балла по шкале Rockall) не было ни одного рецидива кровотечения, ни одному пациенту не понадобилось оперативное вмешательство, летальных исходов не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. В группе среднего риска (3-6 баллов) у 106 пациентов (42,5%) рецидив возник в 17 случаях (16,03%), в группе высокого риска – 23 пациента (9,1%) у 7 пациентов (30,43%).

Заключение. В настоящее время в Национальных клинических рекомендациях (НКР) не определена единая система прогноза рецидива кровотечения. Это не позволяет обеспечить единый подход к алгоритму диагностики и лечения, определению показаний к проведению эндоваскулярных вмешательств, оперативному лечению, маршрутизации пациентов. Мы считаем, что в новых НКР по лечению неварикозных кровотечений из верхних отделов ЖКТ следует рекомендовать для всех стационаров и подразделений «Скорой помощи» единую систему прогнозирования рецидива кровотечения, по анализу показателей которой можно будет принимать решения. На наш взгляд, шкала Rockall может быть предложена для обсуждения как один из вариантов для использования в НКР. В частности заслуживает внимания, что пациенты группы низкого риска достаточно достоверно не нуждаются в серьезных вмешательствах, что, возможно, позволит определить для них несколько иной алгоритм лечения.

Ключевые слова: Острые гастродуоденальные кровотечения, прогноз рецидива, прогностические шкалы

---

730. Взрывные поражения вчера и сегодня

Самохвалов И.М. (1,2), Маркевич В.Ю. (1), Денисов А.В. (1), Касимов Р.Р. (1,3), Чупряев В.А. (1)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
2) СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
3) 442-й окружной военный клинический госпиталь имени З.П. Соловьева

Актуальность. Основные представления о взрывной патологии основаны на опыте войны в Афганистане 1979-1989 гг. с выделением контактных минно-взрывных ранений – МВР и взрывных травм – ВТ (при отсутствии прямого контакта с миной). Однако варианты воздействия современных боеприпасов взрывного действия (БВД) расширились: выделяются поражающие факторы, связанные непосредственно со взрывной волной (первичные), различными осколочными элементами (вторичные), эффектами отбрасывания (третичные), термическими ожогами и отравлением взрывными газами (четвертичные). Частота встречаемости этих факторов и структура их сочетаний у раненых БВД в доступной литературе не описаны.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру боевой травмы от БВД в современном военном конфликте и долю многофакторных взрывных поражений среди них.

Материал и методы. Объектом исследования являлись истории болезней 313 раненых с боевой хирургической травмой в вооруженном конфликте, поступивших на этапы медицинской эвакуации.

Результаты и их обсуждение. Общая доля поражений БВД составила 55,3% (173 из 313 раненых), что подтверждает ведущую роль этого вида боевой патологии в современных военных конфликтах. При этом только в половине случаев (86 из 173 – 50,3%) повреждения, полученные при взрыве, носили многофакторный характер: сочетание повреждений первичными и вторичными факторами (15,0%), вторичными и третичными (28,9%) и прочие сочетания (6,4%). У остальных 87 раненых БВД имелись однофакторные поражения первичными факторами взрыва (8,7%), вторичными (28,3%), третичными (8,7%), четвертичными (4,0%). Среди 22 раненых с МВР в 27,3% случаев имелись первичные повреждения, в 59,1% – сочетание повреждений первичными и вторичными факторами взрыва, в 13,6% – сочетание первичных и третичных факторов. Не менее разнообразными по сочетаниям

поражающих факторов были неконтактные поражения БВД у 151 раненого (ВТ). В половине случаев (80 раненых – 53,0%) поражающие факторы взрыва были единичными – первичными (6,0%), вторичными (32,5%), третичными (9,9%) и четвертичными (4,6%). У второй половины раненых этой группы отмечалось сочетание воздействия поражающих факторов: первичных и вторичных (8,6%), вторичных и третичных (33,1%), прочих сочетаний (5,3%). При этом, несмотря на отсутствие прямого контакта с боеприпасом, у значительной части этих раненых (25 – 16,6%) имелись первичные повреждения ударной волной в виде ушибов головного мозга, сердца и легких, баротравм легких с разрывом паренхимы и острыми расстройствами дыхания. У основной доли раненых с ВТ (114 – 75,5%) имелись осколочные ранения (вторичные повреждения от взрывных боеприпасов), значительная часть раненых (72 – 47,7%) получила третичные повреждения и еще 12 – 7,9% – четвертичные повреждения (термические ожоги).

Выводы: 1. Доля взрывных повреждений в общей структуре боевой хирургической травмы в современном военном конфликте составила 55,3%, что подтверждает ведущую роль этого вида боевой патологии. 2. Только половина раненых с взрывными поражениями (50,3%) имели многофакторные поражения (первичные, вторичные, третичные и четвертичные в разных сочетаниях) и может быть отнесена к комбинированным поражениям. 3. По ведущей локализации среди всей когорты раненых с МВР и ВТ первичные повреждения от взрыва были выявлены в 23,2% случаев, вторичные – в 43,9%, третичные – в 28,9% и четвертичные – в 4,0%. 4. Среди раненых с МВР основное место занимали первичные повреждения (90,9%), в 9,1% случаев ведущими были вторичные повреждения. При этом только у 27,3% раненых с МВР имелись лишь первичные повреждения, у 59,1% они сочетались с вторичными, а в 13,6% случаев – и с третичными. 5. У 49,0% раненых с ВТ ведущими были вторичные повреждения, 33,1% раненых получили третичные повреждения по ведущей локализации повреждений и 4,6% – четвертичные повреждения. Только в половине случаев ВТ (53,0%) поражающие факторы взрыва были единичными. У 47,0% раненых с ВТ отмечалось сочетание воздействия нескольких поражающих факторов.

Ключевые слова: взрывные поражения, минно-взрывные ранения и травмы, комбинированные поражения

---

731. Применение современных технологий хирургии повреждений в оказании хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации

Бадалов В.И. (1,2), Самохвалов И.М. (1,3), Маркевич В.Ю. (1), Рева В.А. (1,3), Петров А.Н. (1,2), Гончаров А.В. (1), Касимов Р.Р. (1,4)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
2) СПб государственный университет
3) СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
4) 442-й окружной военный клинический госпиталь имени З.П. Соловьева

Актуальность Полученный опыт лечебно-эвакуационного обеспечения в специальной военной операции (СВО) широко обсуждается в различных направлениях. Особую важность имеют уроки оказания хирургической помощи раненым на передовых этапах эвакуации. К лечению раненых привлекаются не только военные хирурги, но и гражданские врачи, не встречавшиеся ранее с огнестрельными ранениями и взрывными поражениями, но зачастую имевшие практику работы в травмоцентрах разного уровня.

Цель исследования – изучить направления применения технологий хирургии повреждений в условиях современного военного конфликта.

Материал и методы Сообщение основано на личном опыте авторов по лечению пострадавших в травмоцентрах мирного времени и оказании хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации и в лечебных военно-медицинских организациях (ВМО).

Результаты и их обсуждение. Наиболее востребованной для лечения раненых хирургической технологией, применяемой в травмоцентрах, стал «контроль повреждений» (тактика многоэтапного хирургического лечения, damage control surgery). Сокращенные операции, как по жизненным, так и по медико-тактическим показаниям, широко применяются в условиях СВО, начиная с этапа оказания квалифицированной хирургической помощи. «Контроль повреждений» наиболее часто используется при ранениях живота (сокращенные лапаротомии), артерий конечностей (временное протезирование), при огнестрельных переломах длинных костей конечностей и нестабильных переломах таза (транспортно-лечебная иммобилизация), при взрывных поражениях с отрывами и разрушением конечностей (ампутации по типу первичной хирургической обработки), при ранениях с обширным повреждением мягких тканей (сокращение объема первичной хирургической обработки с этапными хирургическими обработками после эвакуации раненых). Повторные операции тактики «контроля повреж-

дений» производятся в тыловых ВМО. Вторая технология мирного времени, использующаяся в травмосистемах и медицине чрезвычайных ситуаций, кардинально изменившая систему этапного лечения раненых в СВО – это ранняя тактическая и, особенно, стратегическая воздушная санитарная эвакуация. Благодаря созданной службе военной авиамедицинской эвакуации со специальным оснащением, понятие нетранспортабельности сузилось до категории раненых, нуждающихся в неотложных операциях. Следующая актуальная для военно-полевой хирургии медицинская технология, находящаяся на стыке хирургии и анестезиологии-реаниматологии, – это реанимационная эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты (РЭБОА). Получен положительный опыт применения РЭБОА в передовых медицинских группах и хирургических подразделениях не только врачами групп усиления, но и овладевшими методом войсковыми врачами. Использование РЭБОА уменьшает потребность в массивных гемотрансфузиях при тяжелых ранениях живота и таза. В связи с возрастанием частоты ранений артерий конечностей значительное внимание уделяется не только восстановлению кровотока, но, особенно в условиях задержки эвакуации, – профилактике компартмент-синдрома правильным выполнением фасциотомии как важного компонента ангиотравматологии. В тыловых ВМО специализированная хирургическая помощь раненым полностью соответствует возможностям травмоцентров 3-го (высшего) уровня. Она носит многопрофильный мультидисциплинарный характер, с широким использованием высокотехнологичных операций (лапаро- и торакоскопии, эндоваскулярные вмешательства, навигационные технологии). На основании исчерпывающего ангио-КТ исследования по показаниям осуществляется неоперативное лечение повреждений органов живота. При огнестрельных переломах применяется тактика последовательного остеосинтеза с переходом от внешних аппаратов к внутренним конструкциям.

Выводы 1.Применение современных хирургических технологий значительно расширило возможности эффективного оказания помощи в сложных условиях СВО. 2.Анализ накопленного опыта лечения раненых может в свою очередь также обогатить хирургию повреждений и медицину катастроф.

Ключевые слова: хирургия повреждений, военно-полевая хирургия, контроль повреждений, реанимационная эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты

---

732. Острая обтурационная кишечная непроходимость. Современный взгляд на тактику хирургического лечения

Самарцев В.А., Кузнецова М.В., Гаврилов В.А., Кузнецова М.П., Пушкарев Б.С.

Пермь

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. В современной хирургии острая обтурационная кишечная непроходимость (ООКН) остается одним из наиболее распространенных осложнений заболеваний брюшной полости, как опухолевого, так и неопухолевого генеза. На сегодняшний день летальность у пациентов с ООКН может достигать 21,1%. Одной из основных проблем современной тактики хирургического лечения ООКН является выбор сроков выполнения оперативного вмешательства, которые детально не разработаны, а результаты применения различных вариантов хирургического лечения противоречивы.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с ООКН за счет своевременной диагностики и определения оптимальной тактики и сроков хирургического лечения.

Материалы и методы. Было проведено одноцентровое ретроспективно-проспективное исследование результатов лечения 249 пациентов с ООКН, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГАУЗ ПК ГКБ №4 в 2017 – 2022 гг. Группа сравнения представлена ретроспективной выборкой пациентов (n=125), обследование и лечение которой осуществлялась согласно установленному стандарту. Группа наблюдения – пациенты (n=124), обследование и лечение которых было дополнено мониторингом ВБД с момента госпитализации. В обеих группах пациенты были разделены на следующие подгруппы: I – пациенты с ООКН неопухолевого генеза, II – пациенты с ООКН опухолевого генеза. Подгруппа I группы наблюдения была представлена спаечной болезнью брюшной полости (СББП) в 39 (31,45%) случаях, группы сравнения – 37 (29,60%) пациента. У пациентов с II подгруппы группы наблюдения чаще других нозологий выявлялись: ЗНО сигмовидной кишки – у 27 (21,77%) пациентов, ЗНО прямой кишки – у 14 (11,29%), ЗНО ректосигмоидного соединения – у 11 (8,87%), группы сравнения – ЗНО сигмовидной кишки – у 26 (20,80%), ЗНО прямой кишки – у 16 (12,80%), ЗНО нисходящей ободочной кишки – у 15 (12,00%) пациентов.

Результаты. В структуре выполненных оперативных вмешательств в группе наблюдения у пациентов подгруппы I преобладали резекция сигмовидной кишки – 19 (22,4%), правосторонняя гемиколэктомия – 15 (17,7%), операция

Гартмана – 13 (15,3%), левосторонняя гемиколэктомия – 12 (14,1%), в подгруппе II: адгезиолиз – 34 (87,2%), резекция подвздошной кишки – 2 (5,1%). В подгруппе I группы сравнения – резекция сигмовидной кишки – 19 (21,6%), левосторонняя гемиколэктомия – 18 (20,5%), правосторонняя гемиколэктомия – 15 (17,1%), передняя резекция прямой кишки – 9 (10,2%), в подгруппе II: адгезиолиз – 36 (97,3%), трансверзостомия – 1 (2,7%). В группе наблюдения у пациентов подгрупп I и II преобладали: II и III степени ИАГ (41 (48,2%) и 33 (38,8%); 22 (56,4%) и 17 (43,6%) соответственно). Анализ клинических данных выявил, что у пациентов обеих подгрупп группы наблюдения (n=124) время от поступления в стационар до проведения хирургического лечения было меньше, чем в группе сравнения (n=125), и составило соответственно 6,00 (Q1-Q3: 4,00; 8,00) и 10,00 (Q1-Q3: 6,00; 12,00), (p=0,0001). Летальность пациентов в группе наблюдения подгруппы I составила 6(4,8%) человек, подгруппы II – 4(3,2%) человека; в группе сравнения подгруппы I – 20(16,0%) человек, подгруппы II – 12(9,6%) человек. Достоверно доказано, что количество летальных исходов в группе наблюдения ниже (p=0,001), чем в группе сравнения.

Выводы. Таким образом компьютерный мониторинг ВБД у пациентов с ООКН различного генеза позволило достоверно сократить время с момента поступления пациента в стационар до проведения оперативного лечения (p=0,01), что, в свою очередь, снизило количество летальных исходов (p =0,001).

Ключевые слова: Острая обтурационная кишечная непроходимость, абдоминальная хирургия

---

733. Сравнительная характеристика эндовидеохирургического лечения вентральных грыж

Сибагатов Р.М., Тимербулатов М.В., Гришина Е.Е., Ирназаров Ф.Р.

Уфа

Тимербулатов М.В. (1), Гришина Е.Е. (1),
Сибагатов Р.М. (2), Ирназаров Ф.Р. (1)

1) БГМУ,
2) ГБУЗ РБ ГКБ №21

Актуальность. Проблема лечения вентральных грыж остается актуальной из-за высокой распространенности этой патологии. Усовершенствование хирургической техники и тактики миниинвазивного вмешательства усложняют выбор, поэтому необходимо систематизировать и создать подробный алгоритм выбора хирургического лечения пациентов с вентральными грыжами. Учитывая постоянное развитие хирургической техники и внедрение малоинвазивного доступа, сравнительный анализ эндовидеоскопических методик у больных с вентральными грыжами является актуальной задачей для дальнейшего развития герниологии.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с вентральными грыжами путём анализа различных способов эндовидеохирургической герниопластики и оценить их результат.

Материал и методы. В хирургическом отделении №1 ГКБ №21 проведен ретроспективный анализ 322 случаев вентрального грыженосительства за период с 2018 по 2022 годы, которым проводилось исключительно эндовидеохирургическое грыжесечение. В исследуемую группу вошли 74 больных, которым была выполнена эндоскопическая экстраперитонеальная пластика, из которых 48 пациентов имели паховые грыжи (eTEP inguinal пластика) и 26 больных имели грыжи срединной локализации (eTEP – 11, EMILOS – 10, SCOLA – 5). Контрольная группа состояла из 248 больных, которым была выполнена лапароскопическая трансабдоминальная пластика, из которых пациентов с паховыми грыжами было 221 (TAPP пластика) и с срединными грыжами – 27 (IPOM пластика),

Результаты. Пациенты, в зависимости от локализации грыжевых ворот разделены на 4 подгруппы. По характеру коморбидного фона группы однородны (??=2,87, p=0,876). Наибольшее количество пациентов страдало заболеваниями желудочно-кишечного тракта к которым относили гастрит, язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, колит. Средний ИМТ в основной группе составил 30,39±6,27кг/м2, в контрольной группе 31,9±5,83 кг/м2. В основной группе средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 146±35,5 минут при грыжах срединной локализации и 148±6,4 при паховых грыжах. В группе сравнения средняя продолжительность операций при срединных грыжах и паховых грыжах составила 110,8±9,5 и 95,6±8,3 соответственно. В исследуемой группе средняя продолжительность пребывания в стационаре составляла 5 ± 2,7 койко-дня, а в контрольной группе – 7 ± 5,7 койко-дней. В первые сутки после операции интенсивность болевого синдрома, выраженная по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) от 0 до 10, составляла от 1 до 5 баллов. Сроки приема обезболивающих препаратов варьировались от 0 до 9 суток. Средний срок приема препаратов составил 3 дня. Осмотр грыжевого выпячивания проводился в вертикальном и горизонтальном положении. Статистически значимых различий по площади грыжевого дефекта между группами нет (p<0,05).

Обсуждения. Два метода пластики передней брюшной стенки – эндоскопическая экстраперитонеальная и трансабдоминальная – не имеют значительных различий в отдаленном послеоперационном периоде, таких как

осложнения, уровень хронической боли и функциональный результат. Однако, при выборе операции следует учитывать преимущества экстраперитонеальных методик, таких как более быстрое восстановление, меньший болевой синдром и меньший объем анальгетической терапии. При сравнении степени удовлетворённости пациентов состоянием передней брюшной стенки через 1 год после операции в исследуемой группе выявлены лучшие результаты, чем в контрольной.

Выводы: Метод экстраперитонеального ретромускулярного доступа имеет большой потенциал, но требует дальнейшего исследования в отношении его универсальности. Несмотря на это, уже сейчас можно рассматривать операцию eTEP как более предпочтительную для лечения вентральных грыж на фоне ДПМЖ в сочетании с грыжами передней брюшной стенки других локализаций.

Ключевые слова: грыжа, герниопластика, вентральная грыжа, паховая грыжа, IPOM, TAPP, eTEP, E-MILOS, SCOLA.

---

734. Комплексное лечение деструктивных форм диабетической нейроостеоартропатии

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

Казань

1) Казанский Государственный Медицинский университет
2) ЧУЗ «КБ «РЖД- медицина» г. Казань»

Актуальность. Диабетическая остеоартропатия, наряду с нарушением иннервации, и поражением микроциркуляции составляет триаду, лежащую в основе развития синдрома диабетической стопы (СДС). Её главным отличительным свойством служит остеолиз, фрагментация крупных и мелких костей и суставов предплюсны, голеностопный деформирующий артросиновиит. Диабетическая нейроостеоартропатия (ДНОАП) проявляется нарушениями чувствительной, вегетативной, двигательной иннервации и ложной гиперваскуляризацией. На сегодняшний день, в современную медицину введен термин «диабетическая нейроостеоартропатия», который наиболее точно отображает этиопатогенез данного осложнения СДС. Возникает характерный асептический катар костного мозга, которое может стать причиной деструкции кости. Поражение нервных окончаний понижает тонус артериол и венул, что усиливает непродуктивный кровоток в костной ткани. Для диабетической нейроостеоартропатии характерна асептическая деструкция костей вследствие их гиперваскуляризации. Также при сахарном диабете нарушается синтез коллагена, нарушается кальциевый обмен и процесс костного ремоделирования.

Материалы и методы. Основываясь на современных понятиях о патогенезе ДНОАП и на клинических рекомендациях нами разработана и введена в практическую деятельность методика, направленная на репаративную модуляцию костных структур стопы. С этой целью мы применяем однократную интраоперационную имплантацию коллагенсодержащего материала в виде геля (при открытых операциях) параллельно с введением в очаг АФР или метод транскутанной доставки этих препаратов в очаг деструкции с предварительным и постоперационным рентгенконтролем. Местную терапию дополняем общей медикаментозной поддержкой в виде антибактериальной терапии, нейропротекторов, статинов, ангиопротекторов и коррекцией углеводного обмена. В постоперационном периоде по истечении 24 часов с момента имплантации биоматериала производим иммобилизацию стопы и голени по технологии TotalContactCast с формированием супинатора. Иммобилизация ТСС сохраняется в течении 40 дней, затем пациент переводится на индивидуальное ортезирование конечности до 4-6 месяцев. Диагностический этап включает в себя рентгенографию пораженной стопы и денситометрию.

Результаты. На фоне комплексного консервативного и хирургического лечения наблюдается регенерация костно-суставного аппарата стопы. С целью объективности данных разработанного нами метода лечения у пациентов с ДНОАП выполнено научно-клиническое исследование. В исследование участвовали 30 больных с деструктивными формами диабетической остеоартропатии, у которых верифицировано поражение тканей с уровнем W3, получавших терапию по вышеуказанному методу (основная группа) и по общепринятым принципам (группа сравнения). При анализе полученных данных относительная частота благоприятных исходов в основной группе составила 90%, в группе сравнения 14%; снижение относительного риска развития неблагоприятных исходов при применении нашей методики оценивается в 76%; повышение относительной пользы предложенного метода лечения на данном этапе составляет 542%.

Выводы. Достоверно полученные клинические результаты позволяют с определенностью обозначить: 1. Частоту благоприятных исходов в основной группе в 90%, в группе сравнения в 14%. 2. Частоту неблагоприятных исходов в основной группе у 10%, а в группе сравнения у 86% пациентов. 3.Снижение относительного риска неблагоприятных исходов при применении предложенной методики в 76% случаев. 4. Повышение относительной пользы предложенной методики 542%. 5. Оптимизацию методов лечения данной патологии. 6. Ожидаемую, исходя из вышесказанного, экономию средств на лечение больных с осложненными формами ДНОАП.

Ключевые слова: Синдром диабетической стопы, диабетическая нейроостеоартропатия, деструктивные формы остеоартропатия

---

735. Экспирементальная модель послеоперационных бронхолегочных осложнений

Зайниддинов А.А., Булынин В.В., Пархисенко Ю.А., Жданов А.И.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко (Воронеж, Россия)

Рост бронхолегочных осложнений в послеоперационном периоде наблюдается практически во всех странах странах мира. Особое место в развитии эндобронхита и других легочных осложнений имеют госпитальные инфекции, которые развиваются у 8-12% всех госпитализированных больных. Примерно у половины больных госпитальные инфекции развиваются после оперативных вмешательств. При отдельных нозологических формах летальность от внутрибольничной инфекции составляет от 3,5 до 65%.

Цель: Создать экспериментальную модель эндобронхита с использованием наиболее часто встречающийся госпитальной инфекции.

Материал и методы: В моделировании эндобронхита в эксперименте было взято 90 крыс линии WISTAR мужского пола весом 270 +15г. Первый этап эксперимента заключался в подборе доз микроорганизмов, стабильно вызывающих эндобронхит у оперированных животных. В эксперименте использовалась смесь самых часто встречающихся микроорганизмов, определяющих госпитальную инфекцию.

Результаты: В группах животных, которым вводились дозы с 0.2, до 0.5мл культуры, при вскрытии на 3 день визуально не выявлено признаков воспаления. Гистологически признаков воспаления в легких и трахее на 3 сутки не выявлено у всех животных, которым вводилось 0.2 мл культуры. В группе животных, которым введено 0,5 мл культуры при вскрытии у одного животного при микроскопическом исследовании наблюдалась слабо выраженная воспалительная реакция. В группе, где использовалась доза 0.7 до 3 дней умерли 3 крысы, при вскрытии которых были визуально отмечены отек легких, пневмония, трахеит, бронхит. У одной крысы воспалительная реакция в легких и трахее не выявлена. При аутопсии остальных животных этой группы, на 3 день, отмечался визуально выраженный отек легких, трахеит. При гистологическом исследовании выявлен острый бронхит, воспаление легких у всех животных При введении дозы 0,8 и 0.9 мл до 3 дня умерли по 5 крыс. При вскрытии этих животных, а также выведенных из эксперимента на 3 день, визуально и при микроскопии у всех животных были воспалительные явления в легких и трахее различной степени выраженности, наиболее выраженные в группе в которой вводили по 0.9 мл.

Обсуждение: Впервые создана модель послеоперационного эндобронхита на животных (крысы) с последующей возможностью изучения способов лечения этого процесса. При этом использовались инфекционные штаммы микроорганизмов наиболее часто встречающиеся при госпитальной инфекции

Выводы: Создание модели эндобронхита в эксперименте на животных (крысы) возможно путем введения эндобронхиально микста культур(E coli,Pseudomonas, Ps.Aeruginosa, Enterobacter, Klebsiella) 1-2 x 10*8 КОЕ/мл микробных тел в количестве 0.5-0.9 мл. Меньшая концентрация не вызывает визуально значимых воспалительных изменений при наличии невыраженных гистологически изменений ткани легкого и бронхов. Увеличение дозировки до 1.0 мл ведет к тотальной гибели животных.

Ключевые слова: Экспериментальная модель эндобронхита. Крыс линии WISTAR

---

736. Лапароскопические вмешательства у детей с панкреатическими инсулиномами

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Солодинина Е.Н., Зыкин А.П., Барская К.А.

Москва

1) ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ
2) ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

Инсулинома – новообразование поджелудочной железы (ПЖ), относящаяся к группе функциональных нейроэндокринных опухолей происходящая из бета-клеток и секретирующая инсулин. Инсулиномы очень редко встречаются в детской популяции, и большинство наблюдений являются спорадическими, тогда как 5-10% инсулином связаны с генетическими синдромами, из которых наиболее распространена множественная эндокринная неоплазия 1 типа (МЭН 1). Клинические проявления связаны с гипогликемией (головная боль, вялость, судороги, кома, тяжелые неврологические нарушения) и катехоламинергической реакцией на неё (дрожь, тахикардия, потливость, чувство тревоги и т. д.). Диагностика основывается на клинических проявлениях, данных лабораторных (триада Уипла) и инструментальных (УЗИ, МРТ, СКТ, эндоУЗИ) методов исследования, а также молекулярно-генетического анализа. Лечение – только хирургическое – удаление опухоли, при чем лапароскопические вмешательства выполняются редко, особенно в детской хирургии. Представляем свою серию наблюдений удаления панкреатических инсулином лапароскопическим досту-

пом. На клинических базах кафедры детской хирургии имени Академика С.Я. Долецкого с 2016 года пролечено 11 девочек в возрасте от 7 до 16 лет. Синдром МЭН I диагностирован у 4 пациентов. Диагностический поиск при выявленном синдроме органического гиперинсулинизма включал: УЗИ, СКТ и МРТ с контрастированием, эндоУЗИ (n-5). Дооперационная топическая диагностика выявила наличие инсулином в хвосте (n-4), теле (n-4), перешейке (n-1), крючковидном отростке (n-1). Множественные образования ПЖ в теле и хвосте диагностированы у одного ребёнка с МЭН I. Расположение инсулиномы по периферии паренхимы ПЖ позволили выполнить энуклеацию образования (n-4), интрапаренхиматозное расположение, а также близость к главному панкреатическому протоку явилось показанием к выполнению резекционных вмешательств: дистальная резекция (n-4), корпорокаудальная резекция (n-2), центральная резекция (n-1). Интраоперационное УЗИ лапароскопическим датчиком применено в 5 наблюдениях.

Результаты: Хирургическое лечение во всех наблюдениях привело к выздоровлению и стойкой нормогликемии. Среднее время оперативных вмешательств составило: энуклеация (75±15 мин), дистальная резекция (125±21 мин), корпорокаудальная резекция (210 и 130 мин), центральная резекция (190 мин). Интраоперационное кровотечение из ветвей селезёночной артерии отмечено в 2х наблюдениях. Конверсий не было. Очаговый панкреонекроз головки ПЖ отмечен у одного больного после энуклеации инсулиномы крючковидного отростка, что потребовало лапаротомии, санации и редренирования брюшной полости в раннем периоде и выполнения пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции в отдалённом. Образование послеоперационных панкреатических псевдокист отмечено у двух больных. Пункция под контролем эндоУЗИ явилась окончательным методом лечения в этих двух наблюдениях. Панкреатическая фистула класса А, отмечена у одного ребёнка. Во всех наблюдениях гистологическое исследование подтвердило панкреатическую нейроэндокринную опухоль. Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что панкреатические инсулиномы у детей могут быть успешно удалены лапароскопическим доступом. Точная топическая диагностика инсулином особенно с применением интраоперационного лапароскопического УЗИ необходима для эффективного применения миниинвазивных хирургических технологий. Целесообразность использования лапароскопии для удаления инсулином сложных локализаций (перешеек ПЖ, крючковидный отросток) требует дальнейшего уточнения.

Ключевые слова: инсулинома, лапароскопия, дети

---

737. Повышение эффективности портосистемных шунтирующих операций при осложненной портальной гипертензии с учетом собственного 15-летнего опыта применения операции TIPS/ТИПС

Хоронько Ю.В., Сапронова Н.Г., Косовцев Е.В., Хоронько Е.Ю., Абдуллаев К.И., Криворотов Н.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение (ВПЖК) при портальной гипертензии (ПГ) является тяжелым осложнением, угрожающим жизни пациента. Даже успех, достигнутый применением медикаментозных и эндоскопических мер гемостаза, может оказаться кратковременным и не защищает от рецидива. Перспективным является применение портосистемных шунтирующих вмешательств, обеспечивающих эффективную портальную декомпрессию. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS/ТИПС) обоснованно считается операцией выбора у больных с суб- и декомпенсированной печеночной недостаточностью (ПечН).

Цель – повысить эффективность операции TIPS/ТИПС, предпринимаемой у больных с осложненной ПГ, проанализировав собственный опыт её применения.

Материал и методы. В хирургической клинике РостГМУ в 2007-23 гг. операции TIPS/ТИПС подвергнуты 292 пациента в возрасте 52,3±11,8 (15-83) лет, соотношение мужчины/женщины – 162 (55,5%)/130 (44,5%). ПГ развилась на фоне вирус-ассоциированного цирроза печени (ЦП) – у 168 (58,9%), алкогольного ЦП – у 53 (18,2%). Пациентов с классами Чайлд-Пью A/B/C – 4 (1,4%)/188 (64,4%/100 (34,2%), средний балл по шкале MELD – 13,6±3,8. Варикозная трансформация выявлена у 94,8%, ВПЖК в недавние 3 месяца – у 214 (73,2%), несколько эпизодов ВПЖК в анамнезе – у 52 (17,9%), рефрактерный асцит с выраженными вариксами – у 37 (12,7%), продолжающееся острое ВПЖК – у 11 (3,6%). Пациентам выполнено: 272 первичных TIPS/ТИПС, 20 – ре-TIPS/ТИПС. У 10 больных TIPS/ТИПС выполнили при тромбозе воротной вены, еще у 5 – при портальной каверноме. У 284 пациентов имплантированы стент-графты, у 8 – голометаллические стенты.

Результаты. У всех оперированных пациентов достигнута эффективная портальная декомпрессия, подтвержденная манометрически и редукцией клинических признаков ПГ. Целесообразность селективной эмболизации путей притока портальной крови к вариксам обоснована проведенным нами ранее исследованием: 172 пациента, подвергшиеся TIPS/ТИПС, разделены на 3 подгруппы. Рецидив варикозной геморрагии, связанный с тромбозом шунта, произошел у 9 (14,5%) в подгруппе без эмболизации

(n=62), у 11 (20,4%) в подгруппе эмболизации после стентирования (n=54) и у 3 (5,4%) в подгруппе стентирования после эмболизации (n=56); значения p, соответственно, 0,56, 0,18 и 0,038. Также установлена оптимальная последовательность этапов – сначала эмболизация, затем стентирование, – способствующая предотвращению смещения установленного стента. В течение 1-го года после TIPS/ТИПС отмечены осложнения: внутрипеченочная гематома – у 10 (3,3%), ранение протоковой системы печени – у 8 (2,7%), усугубление энцефалопатии – у 64 (21,7%), тромбоз шунта – у 54 (18,3%), прогрессирование ПечН – у 15 (5,0%), прогрессирование гепаторенального синдрома – у 5 (1,6%). 6-недельная летальность – 2,0% (умерли 6 пациентов), годичная – 16,4% (48 больных). Основными причинами смерти пациентов стали: прогрессирование ПечН – у 15 (5,0%), рецидив варикозной геморрагии – у 19 (6,7%), гепаторенальный синдром – у 8 (2,7%), сердечно-сосудистая недостаточность – у 4 (1,4%).

Заключение. 1. Улучшению результатов применения TIPS/ТИПС и удлинению бестрансплантационного периода способствует пристальное ведение пациента содружественной командой, включающей опытных рентгенэндоваскулярных хирургов и клиницистов. 2. У пациентов с ВПЖК и риском его рецидива шунтирующий этап операции следует дополнять эмболизацией всех выявленных при прямой портографии путей притока к пищеводно-желудочным вариксам. 3. При безуспешности медикаментозных и эндоскопических мероприятий целесообразно выполнение «спасительного» TIPS/ТИПСа, предпринимаемого по неотложным показаниям. 4. Тромбоз воротной вены на фоне ЦП не является противопоказанием к выполнению TIPS/ТИПС, но требует тщательных диагностических мероприятий по выявлению возможного опухолевого поражения печени и проведения вмешательства опытным специалистом.

Ключевые слова: портальная гипертензия, варикозное пищеводно-желудочное кровотечение, операция TIPS/ТИПС

---

738. Эффективность и безопасность имплантации стент-графтов при поздних аррозионных кровотечениях после резекционных вмешательств на поджелудочной железе

Варава А.Б., Лусников В.П., Алекян Б.Г.

Москва

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ Оценить эффективность и безопасность чрескожной транскатетерной имплантации стент-графта у пациентов с поздним послеоперационным аррозионным кровотечением (ПАК), возникшее как осложнение резекционных вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ). МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ По характеру исследование являлось не рандомизированным, одногагортным, ретро-, проспективным, моноцентровым. Изучены результаты лечения 14 пациентов, перенесших резекционные вмешательства на ПЖ. РЕЗУЛЬТАТЫ Основными источниками ПАК являлись: гастродуоденальная артерия 4 (28,6%), проксимальные сегменты (ПС) артерий печени (правая\левая) – у 4 (28,6%), ПС верхней брыжеечной артерии – у 2 (14,3%), дорсальная панкреатическая артерия – у 1 (7,1%), ложная аневризма проксимального сегмента селезеночной артерии – у 1 (7,1%), проксимальный сегмент общей печеночной артерии – у 2 (14,3%) пациентов. Технический успех имплантации стент-графта у всех пациентов. У 3 (21.4%) пациентов развилось повторное кровотечение источником которого являлись иные артерии. Летальность в течении 30 дней составила 28,6% (4 пациента). Основными причинами летальности являлись постимплантационные осложнения – тромбоз стент-графта, у одного пациента в следствии прогрессирующего послеоперационного панкреатита. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Рентгенэндоваскулярный гемостаз с использованием стент-графтов, является эффективным методом гемостаза при ПАК. Однако, вмешательство сопряжено с возможными осложнениями, риск которых необходимо учитывать при формировании показаний к данному методу гемостаза, поскольку в дальнейшем возникает необходимость назначения дезагрегантной терапии.

Ключевые слова: послеоперационное аррозивное кровотечение, стент-графт, поджелудочная железа, эндоваскулярный гемостаз

---

739. Интраоперационые контрольные точки (чекпойнты) и контроль перфузии тканей в абдоминальной хирургии

Кащенко В.А., Камшилин А.А., Зайцев В.В., Лодыгин А.В., Богатиков А.А., Павлов Р.В., Коптеев Н.Р., Новикова А.Д., Овчинников Т.С., Бойко Н.А.

Санкт-Петербург

СЗОНКЦ им. Л.Г.СоколоваСПбГУММЦ ВТ

В последние годы растет актуальность стратегии предотвращения неблагоприятных событий в хирургии. Несостоятельность анастомоза является одним из серьезных осложнений при операциях, связанных с реконструкцией желудочно-кишечного тракта. Среди факторов риска развития несостоятельности ведущая роль принадлежит нарушениям тканевой перфузии в зоне анастомоза. Можно предположить, что контроль перфузии тканей может представить дополнительную информацию для принятия интраоперационных решений с целью снижения риска неблагоприятных событий. Мы использовали два взаимодополняющих метода оценки тканевой перфузии: ICG флуоресцентную ангиографию с перфузией и бесконтактную визуализирующую фотоплетизмографию (ФПГ). ICG-флуоресцентная ангиография позволяет провести качественную и количественную оценку уровня перфузии тканей с использованием вводимого внутривенно специального флюорофора – индоцианина зеленого. ФПГ – это другой оптический метод, при котором обычная видеокамера используется для обнаружения крошечных модуляций, связанных с пульсацией крови в сосудах. Эта методика бесконтактна, не требует введения каких-либо контрастных веществ и может быть использована для продленного мониторинга. Систематизация и тщательная методологическая проработка использования методов оценки перфузии позволяет корректно применить технологии и правильно интерпретировать полученные результаты. Мы интегрировали мультимодальную оценку перфузии тканей с использованием двух методов в систему стандартизации оперативных вмешательств на основе выделения ключевых интраоперационных контрольных точек (чекпойнтов). Мы выделяем четыре этапа реконструкции, когда мы в различных вариантах использовали данный чекпойнт для оценки тканевой перфузии: исходная оценка, этап до пересечения кишки (скелетизация выполнена), до формирования анастомоза и оценка анастомоза. С точки зрения принятия клинических решений набольшее значение имеет этап «до пересечения», полученные при котором данные позволяют своевременно изменить уровень резекции. Если выбранный ранее уровень резекции находится в зоне плохого кровоснабжения, то он перемещается в зону наибольшей флуоресценции (наилучшей перфузии). Предложенная методика отработана при проведении 28 операций с реконструктивным компонентом (гастрэктомия, колоректальные резекции). Полученные интраоперационные данные повлияли на изменение изначального уровня резекции кишки в 14.3% случаев, причем, у одного пациента – радикально изменили план операции. Таким образом, мы предполагаем, что направление стандартизации оперативных вмешательств, разработка ключевых интраоперационных контрольных точек и использование навигационных технологий являются важными элементами обеспечения хирургической безопасности при абдоминальных операциях с реконструктивным компонентом.

Ключевые слова: хирургическая безопасность ICG навигация тканевая перфузия несостоятельность анастомоза

---

740. Портосистемный градиент давления при осложненной портальной гипертензии и оценка эффективности портосистемных шунтирующих операций

Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В., Абдуллаев К.И., Криворотов Н.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Для количественной оценки выраженности портальной гипертензии (ПГ), обусловленной циррозом печени (ЦП), используют ряд параметров. Чаще других – градиент печеночного венозного давления (hepatic venous pressure gradient, HVPG/ГПВД), отражающий перепад давления от внутрипеченочных ветвей воротной вены (ВВ) к печеночным венам (ПВ). Для клинически выраженной ПГ характерен ГПВД от 10 мм рт ст и выше, пороговым значением для разрыва пищеводно-желудочных вариксов считается 12 мм рт ст. Хоть ГПВД и называют «золотым стандартом», но для его подсчета давление в ВВ измеряют не напрямую, а оценивают посредством заклиненного в ПВ катетера, что сказывается на точности результатов. На величину полученных значений могут повлиять коллатеральные сбросы, квалификация и опыт рентгенхирурга, конструкция измерительного катетера. Более точно, чем ГПВД, портосистемный перепад давления может быть оценен при помощи градиента портального давления (portal pressure gradient, PPG/ГПД), представляющего собой разность значений прямой манометрии в ВВ и нижней полой вене (НПВ). Причем они могут быть получены в процессе вполне стандартных и нетрудоемких процедур при выполнения операции TIPS/ТИПС. К достоинствам ГПД относится возможность с его помощью количественно оценить степень портальной декомпрессии, достигаемой шунтированием, так как измерения производятся в закрытой системе ВВ.

Цель работы – сравнить методики количественной оценки ПГ и эффективности портосистемной шунтирующей операции TIPS/ТИПС. И, связанная с этой целью задача – устранить невероятную путаницу и упорядочить термины.

Материал и методы. Для достижения цели исследования проанализированы результаты измерения показателей давления в системах ВВ и НПВ, а также вычисления ГПВД и ГПД в группе пациентов (n=36), оперированных в 2020-22 гг. Опыт проведения операций TIPS/ТИПС в клинике РостГМУ (n=292 за период 2007-23 гг.) позволял рассчитывать на минимизацию технических погрешностей при выполнении эндоваскулярных мероприятий. Это обеспечивало высокую информативность полученных данных.

Результаты и обсуждение. Величина «заклиненного» давления в правой ПВ составила 27,83±6,13 (13,5-42,3) мм рт ст., свободного давления в ней же – 11,47±6,13 (7-15) мм рт.ст. Т.о., значение ГПВД составило 16,54±5,79 (5-30,3) мм рт ст. Исходное давление в НПВ – 7,61±1,34 (5-11) мм рт.ст. Исходное давление при проникновении в ВВ – 32,81±4,27 (27-45) мм рт ст. Т.о., значение ГПД составило 25,25±4,10 (19-37) мм рт ст. Как видно, показатели ГПВД и ГПД имеют тесную линейную взаимосвязь – коэффициент корреляции Пирсона r=0,78. В процессе выполнения стандартных этапов операции TIPS/ТИПС получены следующие данные. ГПД после селективной эмболизации путей притока к вариксам незначительно возрос до 33,86±4,57 мм рт ст (t=0,16, p=0,392), давление в НПВ – 7,61±1,34. Соответственно, чуть увеличился ГПД, до 26,42±4,48 (t=0,13, p=0,394). После шунтирующего этапа давление в ВВ уменьшилось до 20,36±2,09 мм рт ст (рисх<0,001). Соответственно, ГПД снизился до 9,75±1,18 (рисх=0,00256). Клиническим результатом стало уменьшение риска рецидива варикозной геморрагии, резорбция асцита, редукция гиперспленизма. Однако, эффективное портосистемное шунтирование чревато усугублением постшунтовой энцефалопатии и требует более тщательного ведения пациента.

Заключение. 1. ГПД, в отличие от ГПВД, позволяет точнее оценить эффективность портальной декомпрессии, достигаемой операцией TIPS/ТИПС у больных с осложненной ПГ цирротического генеза. 2. Эмболизация путей притока к пищеводно-желудочным вариксам, проведенная в дополнение к шунтирующему этапу, не вызывает существенного повышения давления в системе воротной вены. 3. Точная оценка достигаемой шунтирующей процедурой портальной декомпрессии позволяет прогнозировать повышенный риск постшунтовой энцефалопатии и планировать соответствующие лечебные мероприятия.

Ключевые слова: портальная гипертензия, операция TIPS/ТИПС, портосистемный градиент давления

---

741. Этапное лечение осложненной дивертикулярной болезни у коморбидных пациентов

Аносов В.Д., Денисов А.Р., Ржебаев К.Э.

Москва

Городская клиническая больница №15
им. О.М.Филатова

1. Этапное лечение осложненной дивертикулярной болезни у коморбидных пациентов

2. Аносов Виктор Давидович, Денисов Артем Романович, Ржебаев Константин Эдуардович,

3. Цели: улучшение результатов лечения у коморбидных пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью за счет уменьшения объема оперативного лечения и разделения его на этапы.?Уменьшение летальных исходов и осложнений у больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки

4. Задачи: Сформулировать показания и противопоказания к этапному оперативному лечению.?Оценка результатов в раннем и позднем послеоперационном периоде. Оценка эффективности проводимого метода этапного оперативного лечения и дальнейшего ведения пациентов

5. Актуальность: Дивертикулярная болезнь толстой кишки становится одним из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости. Отмечается высокая частота развития этой патологии у пациентов средней и особенно старшей возрастной группы, отличающихся наличием тяжелого коморбидного фона. У этой группы пациентов чаще встречается осложненное течение дивертикулярной болезни, и хирургическое лечение осложнений сопровождается большим количеством осложнений и более высокой послеоперационной летальностью. В связи с этим поставлена задача разработка методов лечения способствующих снижению количества осложнений и летальности, после экстренных оперативных вмешательств у пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью за счет уменьшения объемов оперативного вмешательства и разделения его на несколько этапов. 6. Методы исследования: изучение результатов лечения пациентов с осложненным течение диверикулярной болезни толстой кишки. 7. Основные положения: За5 лет на базе ГКБ 15 им. О.М. Филатова оперировано 126 пациентов с осложненной формой дивертикулярной болезнь ободочной кишки. Подавляющему большинству выполнена обструктивная резекция толстой кишки. Также за указанный период у 12 пациентов применена этапная тактика лечения: 1. На высоте остроты заболевания (но без явлений распространенного перитонита) пациентам выполнялось выведение колостомы (лапароскопически или из местного доступа) направленного на отключение участка кишки, подверг-

шегося деструкции. 2. Через 3-6 месяцев после купирования воспалительных изменений в кишке – выполнялась плановая резекция кишки с наложением первичного анастомоза под прикрытием ранее наложенной стома. 3.Через 1-3 месяца после резекции кишки выполнялось закрытие колостомы из местного доступа. 8.

Результаты: В группе 114 пациентов индекс коморбидности в среднем составил 4 балла, при этом летальность составила 13,6%. В группе с 12 пациентами с применением этапного метода лечения индекс Charlson, также составлял 4 балла, при этом летальных исходов отмечено не было

Ключевые слова: На базе ГКБ 15 им. О.М. Филатова оперировано 126 пациентов с осложненной формой дивертикулярной болезнь ободочной кишки. Подавляющему большинству выполнена обструктивная резекция толстой кишки. Также за указанный период у 12 пациентов применена этапная та

---

742. Эндоваскулярное фрагментирование венозного тромба и открытые хирургические вмешательства в предотвращении тромбоэмболии легочных артерий

Варданян А.В. 1, Карабач Ю.М. 2, Долидзе Д.Д 1, 2, Цуркан В.А 2, Катков А.А.2, Шевякова Т.В. 2

Москва

1 Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия2 Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранениг. Москвы, Россия

Актуальность: хирургические методы предотвращения тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) из нижней полой вены (НПВ) и камер сердца используются в клинических ситуациях, где возможности только консервативных методов не могут позволить предотвратить массивную ТЭЛА с фатальным исходом. Эндоваскулярное фрагментирование венозного тромба из нижней полой вены (НПВ) и открытая тромэктомия из камер сердца используются крайне редко и по абсолютным показаниям.

Цель исследования: оценка эффективности и технологических особенностей эндоваскулярного фрагментирования тромбов из НПВ и открытых оперативных методов в предотвращении ТЭЛА.

Материалы и методы: проведен анализ результатов комплексного подхода с использованием эндоваскулярных технологий и открытой тромбэктомии из камер сердца в предотвращении ТЭЛА у пятерых больных (1 мужчина 68 лет и 3 женщин соответственно 54, 55 и 57 лет) с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) (5 и более баллов по шкале Caprini) с эмболоопасным тромбозом глубоких вен (ТГВ) с января 2018г. по апрель 2023г., находящихся на лечении в стационаре сердечно-сосудистой хирургии ГКБ им. С.П. Боткина. Для диагностики ВТЭО нами использовались: ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС), эхокардиография, мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием лёгочных артерий и прямая кавография. Лабораторная диагностика гемостаза проводилась общепринятыми коагуляционными тестами. У всех пациентов с эмболоопасным тромбозом в системе НПВ антикоагулянтная терапия проводилась низкомолекулярными гепаринами (НМГ), с последующей продленной профилактикой ВТЭО прямыми пероральными антикоагулянтами (ПОАК) ингибиторами Ха фактора в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями диагностики и лечения ВТЭО, 2015г., а также рекомендациями ACCP 2015-2022гг, (American College of Chest Physician) NCCN (National Comprehensive Cancer Network) guideline, а также NCCN Guidelines Insights Cancer-Associated Venous Thromboembolic Disease, Version 2.2018-2022 Featured Updates to the NCCN Guidelines.

Результаты: С учетом отличия технических особенностей выполненных эндоваскулярных и открытых оперативных вмешательств представлены основные результаты хирургических вмешательств. У 3-х больных с илиофеморальным тромбозом, тромбозом НПВ, выше устьев почечных вен произведена нижняя кавография с визуализацией флотирующей части тромба выше устьев почечных вен. Произведена тромбэктомия из НПВ с использованием отечественного устройства «ТРЭКС» и имплантацией кава-фильтра. У 2-х больных диагностирована ТЭЛА с флотирующими тромбами правых отделов сердца, при этом были абсолютные противопоказания к тромболитической терапии и риск неконтролируемой фрагментации тромба при ее выполнении. Мультидисциплинарно принято решение об открытой тромбэктомии из правого предсердия, легочной артерии и долевых ее ветвей в условиях параллельного искусственного кровообращения (ИК) на работающем сердце. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение: как видно из приведенных данных успешное использование эндоваскулярных технологий с фрагментированием венозного тромба устройством «ТРЭКС» из НПВ и последующей установкой кава-фильтра позволило предотвратить массивную ТЭЛА. Результаты открытой тромбэктомии из правого предсердия, легочной артерии и долевых ее ветвей в условиях параллельного искусственного кровообращения (ИК) на работающем сердце свидетельствуют о правильно выбранной тактике лечения.

Выводы: 1. У больных при тромбозе НПВ с флотацией

тромба выше уровня впадения почечных вен использование системы «ТРЭКС» позволило избежать открытой тромбэктомии в условиях искусственного кровообращения. 2.Наличие ТЭЛА с флотирующим тромбом в камерах сердца при невозможности тромболитической терапии – абсолютное показание к неотложному хирургическому вмешательству: открытой тромбэктомии в условиях ИК.

Ключевые слова: эндоваскулярное фрагментирование венозного тромба, тромбэмболия легочной артерии, тромбэктомия.

---

743. Опыт лечения протяженных опухолевых тромбозов нижней полой вены у пациентов с раком почки

Бедин В.В. 1,2, Карабач Ю.В. 1, Велиев Е.И. 1, Варданян А.В. 2, Кислов Э.Е. 1, Шайбакова А.В. 1, Лопаткин Е.И. 1

Москва

1 ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ2 ФГБОУ Российская Медицинская Академия Непрерывного Профессионального Образования Минздрава России

Актуальность. В России в структуре злокачественных новообразовании? почечно-клеточный рак (ПКР) составляет 4,0% (4,8% в мужскои?, 3,4% в женскои? популяции). Прирост заболеваемости за период с 2007 по 2017 г. составил 24,1%. Смертность от ПКР за период с 2007 по 2017 г. снизилась на 1,5% (динамика показателя статистически незначима). Несмотря на успехи в лекарственной терапии, в настоящее время единственным эффективным методом лечения даннои? категории больных является хирургическии?.

Цель. Анализ и оценка результатов хирургического лечения пациентов с почечно-клеточным раком с протяженным опухолевым венозным тромбозом нижней полой вены (НПВ).

Материалы и методы. В исследования включены данные о 17 больных ПКР с опухолевой венозной инвазией III-IV уровней в период с 2017 г. по декабрь 2022 г., которым выполнялось хирургическое вмешательство в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ. Среди данных пациентов были 12 (70%) мужчин 5 (30%) женщин. Медиана возраста составила 62 (33-68) лет. Опухолевый тромб из правой почки выявлен у 12 (70%), из левой у 5 (30%) больных. Отдаленные метастазы выявлены у 7 (41%) больных, с преимущественной локализацией в легких 4 (23%) больных. У 2 (11%) пациентов в анамнезе менее чем за 2 месяца до оперативного вмешательства выявлена тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Всем больным выполнены нефрэктомия, тромбэктомия, расширенная забрюшинная лимфодиссекция, а адреналэктомия выполнялась в у 15 (88%) больных.

Результаты. Все 17 оперативных вмешательств без интраоперационной летальности. Медиана операционного времени составила 370 мин. (210-660 мин). Медиана кровопотери составила 2500 мл (50-4000 мл.). Медиана аппаратной реинфузиии (Cell-Saver) 750 мл (0-2000 мл). В у 5 (29%) больных выполнялась симультанная операция: параллельное удаление метастазов из печени у 3 (17%) больных; холецистэктомия у 2 (11%) больных, пликация НПВ у 2 (11%) больных; удаление опухолевого тромба из устья печеночных у 2 (11%) больных; удаление опухолевого тромба из контралатеральной вены у 3 (18%) больных. У 3 (18%) пациентов выявлены послеоперационные осложнения. Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость у 1(5%) больного; гемоперекард у 1 (5%) больного; пневмоторакс у 1 (5%) больного. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было.

Обсуждение. Нефрэктомия с тромбэкомией из НПВ является «золотым стандартом» лечения пациентов с почечно-клеточным раком, сопровождающимся опухолевой инвазией в просвет вены. При распространении тромба до устьев печеночных вен объем оперативного вмешательства целесообразно выполнять с мобилизацией правой доли печени и мобилизации НПВ в поддиафрагмальном пространстве. При распространении верхушки тромба в просвет правого предсердия целесообразно выполнять диафвragмотомию с внутриперикардиальным контролем НПВ с возможностью визуалтьной и пальпаторной ревизии правого предсердия. Оперативное лечение у этой категории больных возможно без использования искусственного кровообращения (ИК). Контроль тромбоэкстракции из полостей сердца возможно сопровождать чреспищеводной эхокардиографией (ЧПЭхоКГ). При фиксировании тромба в правых полостях сердца целесообразно выполнение срединной лапаротомии с тотальной срединной стернотомией с выполнением этапа прямой тромбэктомии из правого предсердия в условиях параллельного ИК.

Выводы. Мультидисциплинарный подход с использованием потенциала многопрофильного стационара позволяет осуществлять хирургическое лечение больных с опухолевыми тромбами НПВ у пациентов с раком почки. Отдаленные результаты, возможности таргетной терапии в послеоперационном периоде требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: опухолевый тромбоз, нижняя полая вена, рак почки.

---

744. Пути улучшения результатов комплексного лечения острой спаечной кишечной непроходимости с использованием ферментной терапии

Зорик В.В., Попандопуло К.И., Карипиди Г.К.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Введение. Острая спаечная кишечная непроходимость занимает первое место в структуре кишечной непроходимости, составляя от 25,0% до 70,9% на 100 тысяч населения, а послеоперационная летальность в некоторых регионах может достигать 40% (Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Анищенко М.А., Кузнецов А.В., Миронова Н.Л., Шелина Н.В., 2021).

Цель. Определить пути улучшения результатов комплексного лечения острой спаечной кишечной непроходимости с использованием ферментной терапии.

Материалы и методы. В нашей работе выполнен анализ результатов хирургического лечения 418 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, которые находились на стационарном лечении в ГБУЗ ККБ БСМП г. Краснодара МЗ КК с 2020 года по 2022 год. Пациенты были разделены на две группы, в контрольной группе в послеоперационном периоде пациентам проводилось общепринятое лечение без использования ферментных препаратов. В основной группе вместе со стандартным лечением мы использовали ферментный препарат «Лонгидаза» в количестве 5 внутримышечных инъекция в дозе 3000 МЕ 1 раз в 5 дней. В конце курса лечения препаратом «Лонгидаза» общая доза в итоге составляла 15000 МЕ. Критериями эффективности проводимого лечения после операции были сроки лейкоформулы, период появления активной кишечной перистальтики, количество воспалительных послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность.

Результаты и обсуждение. В результате проводимого лечения выявлено, что в основной группе больных нормализация лейкоформулы происходила в среднем на 4,5 ± 0,4 день, а в контрольной группе больных, не получавших препарат «Лонгидаза» на 6,4 ± 0,6 день. Появление активной перистальтики в основной группе наблюдалось на 2,3 ± 0,2 день, а в контрольной группе на 3,4 ± 0,3 день. Количество воспалительных осложнений в основной группе составило 8,5%, а в контрольной – 14,5%. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 12,4%, а в основной – 8,2%.

Выводы. Таким образом, использование ферментного препарата «Лонгидаза» в послеоперационном периоде способствует улучшению результатов комплексного лечения острой кишечной непроходимости, так как уменьшаются сроки нормализации лейкоформулы, ускоряется период появления активной перистальтики кишечника, уменьшается количество послеоперационных воспалительных осложнений и послеоперационная летальность.

Ключевые слова: Острая спаечная кишечная непроходимость, комплексное лечение, лонгидаза

---

745. Дифференциальная диагностика ректальных кровотечений приосложненном течении портальной гипертензии

Сапронова Н.Г., Саркисян В.А., Косовцев Е.В., Хоронько Е.Ю.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель –улучшить результаты диагностики и лечения больных с аноректальными кровотечениями (АРК), вызванными осложненным течением портальной гипертензиии (ПГ), с формированием варикозной трансформации в аноректальном венозном бассейне. АРК, возникающие у пациентов с ПГ, зачастую ошибочно диагностируются у большинства пациентов как кровотечения из дистальных отделов прямой кишки (хронический, либо острый геморрой, анальная трещина и др.) с последующей малоэффективной лечебной тактикой. Кровотечения, конечно же, могут быть вызваны опухолевым или воспалительным процессом в нижне и средне ампулярном отделе прямой кишки, сопутствующим циррозу печени (ЦП), однако чаще всего причиной является аноректальная варикозная трансформация. Диагностическая ошибка зачастую приводит к неверной лечебной тактике. Аноректальные вариксы (АРВ) выявляются у 45-87% больных с ЦП и являются следствием формирования подслизистых порто-системных шунтов в результате гепатофугального кровотока, в отличии от анатомических подслизистых артериовенозных коммуникаций, лежащих в основе патогенеза геморроидальной болезни.

Материал и методы. В период 2018-23 гг. 34 пациента с ПГ цирротического генеза подверглись эндоскопическому внутрипросветному исследованию прямой и толстой кишки (ректороманоскопия, сигмоскопия, фиброколоноскопия), исходя из жалоб пациента на выделения крови из прямой кишки. У 45% из них выявлен АРВ. Эти больные проходили комплексное амбулаторное и стационарное обследование в связи с подготовкой к проведению операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) по поводу ПГ, осложненной сотоявшимися пищеводно-желудочными кровотечениями.

Результаты и обсуждение. Проанализированы результаты селективной флебопортографии (ретроградной

флебографии нижней брыжеечной вены/НБВ), выполненной у 34 пациентов в ходе проведения операции TIPS/ТИПС, из числа которых у 22 (61,1%) отмечались жалобы и клинические проявления АРВ. В ходе исследования ангиографические признаки АРВ, а именно, выраженная варикозная трансформация, отмечена в 14 наблюдениях. Данной группе пациентов в дополнение к портосистемной шунтирующей операции TIPS/ТИПС осуществлена полная селективная эмболизация ветвей НБВ, ответственных за кровенаполнение АРВ, рекомендованная в подобных случаях. Послеоперационное ведение, включавшее эндоскопическое исследование, у всех 14 пациентов выявило полную редукцию АРВ и отсутствие их прогрессирования в период наблюдения длительностью до 1 года. Из числа остальных 8 больных, которым селективная эмболизация ветвей НБВ осуществлена не была, прогрессирование клинических проявлений АРВ отмечено у 6 из них. Таким образом, при выявлении АРВ предпочтительно выполнение селективной эмболизации НБВ в дополнении активной эндоваскулярной процедуры при проведения операции TIPS/ТИПС у больных с осложненной ПГ. Данная манипуляция позволяет добиться их эффективной редукции. Прослеживание отдаленных результатов длительностью до 1 года не выявило рецидива АРВ и повторных кровотечений.

Ключевые слова: портальная гипертензия, аноректальный варикоз, кровотечение, ТИПС, флебопортография, эмболизация

---

746. Трансоральная степлерная эзофагодивертикулостомия как метод выбора при лечении дивертикула Ценкера

Сергеева В.М., Чуприна А.П.

Москва

Сергеева В.М. (1,2), Чуприна А.П. (1)

1) ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» МО РФ
2) Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Москва, Россия

Актуальность работы. За последние 250 лет были описаны различные хирургические методики лечения дивертикула Ценкера. Эндоскопическая хирургия берет начало с первых десятилетий 20 века, когда Mosher впервые пересек общую перегородку между пищеводом и дивертикулом. В 1993 г. J.M.Collard и M.Hirch независимо представили технику с применением лапароскопического сшивающего аппарата, вводимого под контролем ригидного дивертикулоскопа Weerda. Метод позволяет объединить полость дивертикула с просветом пищевода путем пересечения перегородки между ними и герметично запечатать края разреза тремя рядами титановых скоб. Одномоментно проводится крикофарингеальная миотомия. Методика стала широко применяться в Англии, США и Италии. В РФ методом выбора продолжает оставаться открытая дивертикулэктомия с миотомией.

Материалы и методы. С 2014 г. по 2023 г. нами проведено 35 трансоральных степлерных дивертикулостомий у пациентов с дивертикулом Ценкера. Сроки наблюдения отдаленных результатов составляют до 9 лет. Полученные результаты. Средний размер дивертикула, который подвергался хирургическому лечению, составил 3,8 см. Во всех случаях основные жалобы пациентов (дисфагия, кашель, неприятный запах из ротовой полости) были нивелированы проведенной операцией. Из 35 случаев зафиксировано 2 клинико-рентгенологических рецидива, которые были связаны с анатомическими особенностями пациента и периодом освоения методики хирургом. Дивертикулы размером менее 2 см направлялись для лечения в эндоскопическое отделение, так как пересечение сшивающим аппаратом пищеводно-дивертикулярной перегородки небольшого размера технически трудновыполнимо. Дивертикулы более 6 см принято было оперировать открытым способом, в связи с тем, что после дивертикулостомии останется большая остаточная полость и симптоматика заболевания не будет ликвидирована.

Обсуждение. Большинство пациентов с дивертикулом Ценкера – пожилые люди, с множеством сопутствующих заболеваний, поэтому предпочтение нужно отдавать наименее травматичной процедуре с коротким периодом реабилитации. Преимущества трансоральной дивертикулостомии – ее надежность, высокая эффективность и малоинвазивность. Но также у метода есть и определенные ограничения – затрудненное открывание рта, невозможность выпрямить шею, избыточный вес, а также большой (более 6 см) и малый (менее 2 см) размер дивертикула.

Выводы и рекомендации. Полученные нами результаты показали эффективность и безопасность эзофагодивертикулостомии в лечении дивертикула Ценкера. Методика столь же эффективна, как и открытая классическая операция, а малая травматичность позволяет уменьшить время операции, койко-день, а также проводить хирургическое вмешательство у пациентов с серьезной сопутствующей патологией и ранее оперированных с использованием шейного доступа. Поэтому мы рекомендуем трансоральную эзофагодивертикулостомию в качестве лечения выбора для пациентов с дивертикулом Ценкера среднего размера (2-5 см).

Ключевые слова: Дивертикул Ценкера, трансоральная степлерная эзофагодивертикулостомия

---

747. Колостомия при опухолевой толстокишечной непроходимости: что дальше?

Корымасов Е.А., Фесюн А.В.

Самара

ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина

Актуальность. Частота развития кишечной непроходимости у пациентов с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки составляет 81 – 86%, частота выявления IV стадии заболевания у пациентов с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью – 53 – 60%, послеоперационная летальность достигает16-23%. В соответствие с клиническими рекомендациями, проблема лечения острой опухолевой толстокишечной непроходимости как будто бы решена: необходимо формирование разгрузочной колостомии для ликвидации непроходимости и спасения жизни пациента.

Цель исследования. Изучение результатов оказания помощи пациентам с острой кишечной непроходимостью (ОКН) опухолевого генеза, которым в дежурном хирургическом стационаре была выполнена разгрузочной колостомии.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретроспективный многоцентровой анализ. В исследование включено 552 пациента с обтурационной ОКН, у которых опухоль была локализована в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке. Пациенты были госпитализированы в дежурные хирургические стационары Самарской области в период с 2015 по 2020 годы. Критерий включения: пациенты, которым была выполнена разгрузочная двухствольная колостомия проксимальнее от опухоли. Были выделены 2 группы пациентов. Первую группу составили 117 пациентов с операбельной и резектабельной опухолью, которым проксимальная колостомия была выполнена ввиду тяжести состояния, невладения хирургом первичной резекцией кишки по онкологическим принципам либо в связи с четким следованиям Клиническим рекомендациям. Во вторую группу вошли 435 пациентов, которым операция колостомии была выполнена в связи с наличием известных отдаленных метастазов, местно-распространенным процессом, перитонеальным карциноматозом, выявленным во время экстренной операции по поводу ОКН.

Результаты. В первой группе погибло 15 человек (12,6%). Во второй группе умерло 102 человека (23,8%). Различия в послеоперационной летальности оказались статистически значимыми ($X2=6,23$, $p<0,05$). Из 102 пациентов 1 группы поступили в онкологический диспансер на радикальную операцию только 20 человек (19,6%). При этом из 20 человек 6 пациентов госпитализировались в онкологический диспансер в срок до 60 дней от момента их выписки из хирургического стационара после операции колостомии, а 14 пациентов обратились в специализированное учреждение позднее 61 дней. Данный факт оказал влияние на операбельность данных пациентов: только у 8 из 20 пациентов (40%) была выполнена радикальная резекция ободочной кишки по онкологическим принципам. Среди 5 госпитализированных в онкологический диспансер в срок до 2 месяцев было выполнено 4 резекции и 1 колостомия. Среди 14 пациентов, госпитализированных в срок более 2 месяцев, выполнено 3 резекции и 1 колостомия (у 11 пациентов уже была неоперабельная ситуация). Различия достоверны с вероятностью $p=0,064$ (двусторонний критерий Фишера). Значит, поздняя госпитализация в онкологический диспансер оказывает влияние на результат последующей радикальной операции

Выводы 1. Задержка с маршрутизацией пациентов на специализированный этап оказания онкологической помощи связана как с медицинскими и организационными аспектами, так и социально-бытовыми аспектами немедицинского характера и влияет на последующий результат радикальной операции. 2. Разгрузочная проксимальная колостомия остается ведущим вмешательством, направленным на разрешение кишечной непроходимости у пациентов с опухолью нисходящей ободочной и сигмовидной кишки, даже в условиях операбельности пациента. 3. Требуют пересмотра принципы организации специализированной онкологической помощи пациентам, выписанным с колостомой из дежурного хирургического стационара и направленным на радикальную операцию, в плане ускорения госпитализации.

Ключевые слова: Разгрузочная колостомия, рак левой половины ободочной кишки, острая обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость

---

748. Дополненная реальность в проекте «Безопасная хирургия»: первый опыт внедрения

Кащенко В.А., Иванов В.М., Павлов Р.В., Богатиков А.А., Лодыгин А.В., Коптеев Н.Р., Новикова А.Д., Гущина О.Б., Бойко Н.А., Овчинников Т.С.

Санкт-Петербург

СЗОНКЦ им. Л.Г.СоколоваСПбГУММЦ ВТСПбПУ Петра Великого

Актуальность. Взаимодействие диагностики и хирургии имеет важное значение для обеих дисциплин. Перевод данных о пациенте в операционную является важным элементом диапевтического направления в медицине, а дополненная реальность как технология выводит это взаимодействие на новый методологический уровень.

Цель работы – обобщить первый опыт внедрения технологии дополненной реальности в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. За период 2022-2023 в клинике выполнено 6 операций с использованием дополненной реальности. Двум пациентам выполнены открытые операции на поджелудочной железе, а 4 больным – лапароскопические колоректальные резекции. Всем пациентам до операции выполнена мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием. Полученные изображения были обработаны с использованием оригинального программного продукта. Для создания объемной модели производилось сегментирование анатомических объектов. Модель загружалась на смарт-очки и использовалась на операции. При открытых операциях МСКТ проводилась с фиксированной на грудине меткой, которая позволяла на операции привязать (сопоставить) виртуальную модель к реальной анатомии. При проведении лапароскопических операций 3D-модель использовалась в качестве интраоперационного консультирования и располагалась в пространстве в стороне от монитора. Использование виртуального образа начиналось на этапе подготовки к операции. Все члены операционной бригады по очереди надевали виртуальные очки и знакомились с индивидуальной анатомией пациента. В ходе проведения операций хирурги отметили, что визуализация индивидуальной анатомии позволила безопаснее контролировать сосудистые структуры, подчас скрытые под другими тканями и профилактировать кровотечения. При проведении операций в условиях вариантной анатомии специалисты отметили ускорение принятия решений о направлении диссекции и более обоснованное лигирование сосудистых структур. Подводя итоги, следует отметить, что безопасность является в настоящее время одним из главных векторов развития современной хирургической методологии. Операции с дополненной реальностью – это крайне перспективный компонент безопасной хирургии. Для оценки индивидуального вклада каждого компонента системы безопасности необходимы дальнейшие исследования. Не исключено, что эффект внедрения всей системы окажется выше суммы вклада отдельных элементов.

Ключевые слова: безопасная хирургия дополненная реальность

---

749. Видеоэндоскопические технологии в хирургии брюшной аорты и ее ветвей

Парфенов И.П., Бобылев А.А., Хамитов Ф.Ф., Кузубова Е.А., Федотенко Е.А.

Москва

Городская клиническая больница
им. В.В. Вересаева ДЗ

Введение: Заболевания брюшной аорты и ее ветвей являются сложными, жизнеугрожающими состояниями, при несвоевременном лечении которых снижается качество жизни пациента и повышается риск развития грозных осложнений, в том числе летального исхода.

Цель исследования: Представить опыт использования видеоэндоскопических технологий в хирургии брюшной аорты и ее висцеральных ветвей.

Материалы и методы: В отделении сосудистой хирургии ГКБ им. В.В. Вересаева было проведено 20 оперативных вмешательств с использованием видеоэндоскопических технологий в области брюшной аорты и ее висцеральных ветвей. 2 операции по поводу ликвидации экстравазальной компрессии чревного ствола при синдроме Данбара, 10 видеоэндоскопических диссекций брюшной аорты при аневризмах, 8 операций, связанных с клипированием аневризмы селезеночной артерии. В качестве основного метода диагностики выполнялась компьютерная томография аорты и ее висцеральных ветвей с внутривенным болюсным контрастированием. Средний возраст пациентов составил 63,9 ± 6,7 года. Основной клинический симптом у пациентов с аневризмой брюшной аорты заключался в боли в правой или левой нижней конечности при прохождении менее 200 м. У 1 (50%) пациента с синдромом Данбара наблюдались диспептические симптомы. У больных с аневризмой селезеночной артерии заболевание выявлялось случайно при дообследовании по поводу другой болезни. Всем пациентам после предоперационной подготовки под общей анестезией выполнялась установка троакаров, наложение пневмоперитонеума с последующим хирургическим лечением под видео-контролем.

Результаты: В первые сутки после операции среди всех пациентов у 1 (5%) больного с аневризмой брюшной аорты отмечались явления дыхательной недостаточности, связанные с развитием двусторонней пневмонии, в связи с чем дальнейшее лечение продолжено в условиях обсервационного отделения с последующей выпиской в удовлетворительном состоянии; со стороны оперативного лечения жалоб не выявлено, отмечалась положительная динамика в виде потепления стоп и увеличения дистанции безболевой ходьбы. В послеоперационном периоде у 7 (35%) пациентов наблюдалась посгеморрагическая анемия легкой степени, не требующая гемотрансфузии. Других осложнений со стороны сер-

дечно-сосудистой, дыхательной, печеночно-почечной, пищеварительной систем не выявлено, раны зажили первичным натяжением. Средний койко/день составил 8,2 ± 2,1 дня.

Обсуждение: Как видно из результатов нашего исследования, при использовании видеоэндоскопических технологий в лечении заболеваний брюшной аорты и ее висцеральных ветвей основным послеоперационным осложнением являлась постгеморрагическая анемия легкой степени, не требующая гемотрансфузии. Других осложнений, связанных непосредственно с проведением оперативного лечения не отмечалось. Лапароскопические вмешательства в сравнении с открытой хирургией обладают малой травматичностью и способствует раннему восстановлению больного, однако требуют строгого отбора пациентов на основании инструментальных исследований, клинической картины и конституциональных особенностей.

Выводы: Использование видеоэндоскопических технологий в хирургии брюшной аорты и ее висцеральных ветвей является перспективным направлением в развитии сосудистой хирургии, сопровождается меньшим числом осложнений и благоприятным прогнозом в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: Видеоэндоскопические технологии, аневризма аорты, аневризма селезеночной артерии, синдром Данбара

---

750. Неотложная лапароскопическая хирургия: национальные результаты

Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Кузнецов А.В.

Москва

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России

Актуальность. Достижения лапароскопической хирургии в отдельных медицинских центрах хорошо известны. Однако применение лапароскопического метода в неотложной абдоминальной хирургии на национальном уровне освещено недостаточно.

Цель исследования – изучить тенденции и результаты применения лапароскопических операций (ЛСО) в неотложной абдоминальной хирургии за последние пять лет в Российской Федерации.

Материал и методы. Использована база данных НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского за 2018-2022 годы, охватывающая работу 2 422 хирургических стационаров в стране. В анализ включены пациенты с острым холециститом (ОХ), острым аппендицитом (ОА), перфоративной язвой (ПЯ) и острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН).

Результаты. За 5-летний период наблюдения выявлено увеличение доли ЛСО при ОХ с 52,6% (n=53 613) до 70,5% (n=69 417), при ОА с 25,1% (n=41 169) до 41,0% (n=61 411), при ПЯ с 9,4% (n=1 808) до 13,2% (n=2 166), при ОСКН с 5,9% (n=898) до 8,6% (n=1 412). Послеоперационная летальность при ОХ за анализируемый период по годам составила 1,2%-1,4%-1,5%-1,4%-1,2%, при ОА – 0,14%-0,13%-0,17%-0,16%-0,16%, при ПЯ – 9,1%-10,8%-12,1%-13,1%-12,5%, при ОСКН – 7,0%-7,7%-8,5%-8,9%-7,5%. Летальность при выполнении ЛСО составила по годам при ОХ – 0,22%-0,19%-0,20%-0,24%-0,21%, при ОА – 0,02%-0,01%-0,02%-0,02%-0,03%, при ПЯ – 1,1%-1,1%-1,5%-1,6%-1,1%, при ОСКН – 1,6%-1,2%-0,5%-0,6%-0,6%. Выявлены различия в частоте применения ЛСО между федеральными округами. При ОХ минимальный уровень отмечен в ДФО (53,0%), максимальный – в СКФО (83,1%), при ОА – минимальный уровень в ДФО (19,3%), максимальный – в СЗФО (69,8%), при ПЯ – минимальный в ДФО (3,0%), максимальный – в ЦФО (20,7%), при ОСКН – минимальный в ДФО (2,0%), максимальный – в ЦФО (18,0%).

Обсуждение. Преимущества лапароскопической хирургии общеизвестны. Послеоперационная летальность при использовании лапароскопической техники значительно ниже открытых операций, что показало и данное исследование. Тем не менее, снижения послеоперационной летальности, например при ОХ, при значительном увеличении доли ЛСО, за анализируемый период не произошло. Более низкую летальность в лапароскопической хирургии пока можно объяснить только отбором пациентов. В полученных статистических данных не выделялись группы неосложненных и осложненных состояний. Существующие различия и ограничения в частоте использования лапароскопической техники в федеральных округах и отдельных регионах объясняются организационными и экономическими причина – от дефицита хирургов в дежурной бригаде и специального оборудования до минимальных различий в тарифах на оплату открытых и лапароскопических операций.

Вывод. Использование лапароскопического метода в неотложной абдоминальной хирургии возрастает. Если раньше важнейшим шагом к увеличению доли лапароскопических операций представлялось широкое обучение врачей-хирургов, то в настоящее время на первый план выходят экономические решения и стимулы.

Ключевые слова: лапароскопическая хирургия, острые заболевания органов брюшной полости

---

751. Сравнительный анализ ранних результатов в послеоперационном периоде эндовидеохирургических и открытых вмешательств при лечении боковых послеоперационных грыж

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Андрияшкин А.В., Глаголев Н.С., Лобан К.М., Калинина А.А., Буренков Я.А., Батраева Д.А.

Москва

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. На сегодняшний день послеоперационные грыжи являются одной из самых распространенных хирургических патологий. Лечение же боковых послеоперационных вентральных грыж, вне всяких сомнений, является особенно актуальной проблемой и наиболее сложной из всех. В отличии от срединных грыж, оперативные вмешательства, предшествовавшие образованию боковых грыж, более разнообразны по локализации выполненного доступа. К примеру, известно, что до 49% урологических операций приводят к образованию боковых грыж, до 8% аппендэктомий служат причиной образованию грыж в правой подвздошной области, до 15% операций на печени, желчных путях являются причиной грыжевых выпячиваний в правом подреберье.

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных результатов лечения 90 пациентов, прооперированных по поводу послеоперационных боковых грыж различной локализации в период с 2017 по 2022 гг на базах ГКБ №1 им.Н.И.Пирогова и ГКБ 29 им.Н.Э.Баумана г.Москвы. В исследование были включены 33 мужчин (36,7%) и 57 женщин (63,3%) в возрасте от 27 до 82 лет (средний возраст 58,92 ± 12,61 лет). Оперативные вмешательства, предшествовавшие образованию грыж можно распределить следующим образом: хирургические – 49 (54,4%; 24 из которых приходится на аппендэктомии), урологические – 26 (28,9%; 14 из которых – нефрэктомии), гинекологические – 12 (13,3%), другие или неустановленные – 3 (3,3%). Исходя из способа оперативного вмешательства операции можно разделить на эндовидеохирургические [ЭВХВ] 42 (46,7%) и открытые [ОВ] 48 (53,3%). В группе ЭВХВ выполнялись: IPOM – 4 (4,4%), eTAR – 25 (27,8%), предбрюшинные (трансабдоминальные TAPP и экстраперитонеальные TEP) пластики – 13 (14,4%). В группу ОВ вошли: TAR – 11 (12,2,9%), межмышечные пластики – 12 (13,3%), предбрюшинные пластики – 25 (27,8%). В группе ЭВХ вмешательств количественное распределение по ширине дефекта согласно классификации Европейского Общества Герниологов (EHS) является следующим: W1 – 15 (35,7%), W2 – 25 (59,5%), W3 – 2 (4,7%). В группе ОВ: W1 – 13 (27,0%), W2 – 28 (58,3%), W3 – 7 (14,5%).

Результаты. В 90 исследованных историях болезни имеются данные о 2 случаях интраоперационных осложнений, а именно: десерозация тонкой кишки вследствие выраженного спаечного процесса (межмышечная пластика) и вскрытие просвета плеврального синуса (eTAR). При этом длительность операций в случае эндовидеохирургических вмешательств в среднем составила 182 ± 67,3 мин, в то время как при открытых вмешательствах – 118 ± 47,7 мин. Что касается послеоперационных осложнений, то в группе ОВ всего наблюдалось 26 осложнений (54%) различной степени тяжести. В группе ЭВХВ было 20 осложнений (48%). Все они были разделены по классификации Clavien-Dindo. В группе ОВ выявлено 6 осложнений 3 типа (13%), одно из которых потребовало операции под общей анестезией (тип 3b по Clavien-Dindo). В группе ЭВХ операций имеется 1 осложнение 3 типа (2%) по классификации Clavien-Dindo. Летальных исходов не было. Всего количество койко-дней [кд] после проведенной операции в группе ОВ составило 3,9±2,7 кд, в то время как в случае ЭВХВ – 3,2±1,3 кд. Обезболивание наркотическими препаратами в послеоперационном периоде понадобилось 12 (25%) пациентам в группе ОВ и 9 (21%) – в группе ЭВХВ. При статистической обработке данных значимых различий по непосредственным результатам лечения в послеоперационном периоде обнаружено не было.

Вывод. В настоящее время в хирургии послеоперационных боковых вентральных грыж существует множество вариантов оперативных пособий, каждое из которых имеет свои достоинства и недостатки. Однако на основании полученных данных можно сказать, что статистически значимых различий между эндовидеохирургическими вмешательствами и открытыми операциями по непосредственным результатам лечения в послеоперационном периоде обнаружено не было. Тем не менее, для более полной оценки результатов лечения необходимо проведение сравнительного анализа также и отдаленных результатов, что требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: боковая грыжа, боковая послеоперационная грыжа

752. Оценка эффективности применения диодного лазера в лечении вросшего ногтя у военнослужащих

Кормаков В.А. (1), Стукаленко Д.О. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГКУ «442 ВКГ» Минобороны россии,
2) ФГБУ «КДЦсП» Управление делами Президента Российской Федерации

Актуальность: вросший ноготь (онихокриптоз) занимает до 10% в структуре общей заболеваемости, а по частоте рецидивов и неудовлетворительных исходов лечения, продолжительности трудопотерь находится на одном из ведущих мест в амбулаторной хирургии. Чаще всего поражает первый палец стопы, а факторами риска развития являются мужской пол, повторяющиеся повреждения пальцев ног, ношение тесной обуви и снижение возможности заботиться о состоянии ногтей. Вышеперечисленные факторы наиболее актуальны для персонала вооруженных сил, особенно в периоды ведения боевых действий, при этом развитие онихокриптоза не позволяет военнослужащему эффективно исполнять свои обязанности, а в период боевых действий может опосредованно способствовать его гибели. Несмотря на широкий арсенал методом борьбы с онихокриптозом, данная патология характеризуется высокой частотой рецидива, в связи с чем продолжается поиск наиболее оптимального лечебного подхода.

Цель: оценить эффективность лечения вросшего ногтя посредством боковой резекции ногтевой пластины с последующей коагуляцией матрикса диодным лазером по сравнению с клиновидной резекцией и кюретажем матрикса у военнослужащих.

Материалы и методы: было оценено 23 пациента (мужчины в возрасте от 18 до 33 лет) с односторонним вросшим ногтем первого пальца стопы, 11 из которых подверглись клиновидной резекции вросшего ногтя с кюретажем матрикса, тогда как 12 – резекции ногтевой пластины вросшего края с последующей коагуляцией матрикса диодным лазером (аппарат Лантус-К, длина волны излучения 810 нм, оптическая мощность 8-10 Вт) без рассечения и иссечения окружающих ноготь мягких тканей. Все вмешательства проводились под местной анестезией по Оберсту-Лукашевичу. Оценивалась выраженность послеоперационной боли (посредством ВАШ), время заживления раны, вероятность рецидива заболевания, влияние заболевания на жизнь пациента (посредством опросника DLQI до вмешательства, на 2 сутки после него).

Результаты: выраженность послеоперационной боли в 1 группе 18,2% (n 2) пациентов оценили как легкую (оценка ВАШ 2-3), 54,5% (n 6) – как умеренную (ВАШ 5-6 баллов), и 27,3% (n 3) – как сильную (ВАШ 7-10 баллов). Во 2 группе в 91,7% случаев оценивалась как легкая (оценка ВАШ 2-3), и только 1 пациент (8,3%) сообщил об умеренной боли (ВАШ 5-6 баллов), и не было ни одного случая сильной боли. Средняя длительность сохранение послеоперационной болезненности составила 5,8 дня (диапазон 3–7 дней) в первой группе и 2,1 дня (диапазон 1–4 дней) в группе применения лазера ($p<0,05$). Время рубцевания послеоперационных ран колебалось от 10 до 13 дней в 1 группе, во 2 группе данный показатель колебался от 10 до 17 дней, хотя достоверной разницы в среднем времени заживления между группами не наблюдалось ($p>0,05$). Средний период наблюдения составил 9,49 месяцев (диапазон от 4 до 12 месяцев). За указанный промежуток времени наблюдалось 2 рецидива в 1 группе и не было ни одного случая рецидива в группе применения исследуемой методики (может быть обусловлено объемом выборки и длительностью наблюдения). Влияние заболевания на жизнь пациентов в большинстве случаев оценивалось как «очень сильное» (от 11 до 18 баллов DLQI), при этом уже на вторые сутки после вмешательства отмечается выраженное снижение данного показателя до 5 (диапазон от 3 до 7) баллов в группе применения диодного лазера, 12 (от 10 до 16) – в 1 группе ($p<0,05$).

Выводы: Резекции ногтевой пластины вросшего края с последующей коагуляцией матрикса диодным лазером характеризуется незначительной выраженностью послеоперационной боли в раннем послеоперационном периоде и способствует быстрому снижению негативного влияния заболевания на жизнь пациента в сравнении с традиционными хирургическими вмешательствами, что может привести к сокращению трудопотерь военнослужащим и скорейшему возвращению в строй. Вероятность рецидива заболевания при использовании данной методики требует дополнительных исследований.

Ключевые слова: вросший ноготь, лантус, лазер

---

753. Новый способ профилактики повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии

Панюшкин А.В., Загайнов В.Е.

Нижний Новгород

ГБОУ ВПО ПИМУ МЗ РФ

Актуальность проблемы. В настоящее время общепризнанным «золотым стандартом» лечения острого и хронического холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Одновременно, с увеличением числа ЛХЭ, значительно (практически более чем в два раза – от 0,3% до 1,4%) увеличилось число повреждений желчных протоков по сравнению с традиционной открытой ХЭ, и

они были более тяжелыми. Так, в опубликованных данных мета-анализов, частота повреждений желчных протоков (ЖПр), составляет в среднем 0,5-0,6%, что в пять раз выше, чем показатели для открытой ХЭ (0,1-0,2%). Повреждение желчевыводящих протоков – наиболее серьезное осложнение ХЭ, которое может существенно влиять на качество и продолжительность жизни пациентов, являющихся, зачастую, людьми достаточно молодого возраста (в среднем 44- 55 лет) [2]. Как сообщают D.R. Flum et al. (2003) [3], повреждение желчных протоков увеличивает риск смерти пациентов в 3 раза. Многие из них связаны не с неопытностью оперирующего хирурга, а с результатами неверных истолкований анатомической картины в зоне операции. Кроме того, следует также учитывать экономические последствия повреждений ЖПр. Анализ судебных претензий свидетельствует о том, что интраоперационные повреждения ЖПр являются причиной большинства судебных процессов после ЛХЭ. Согласно одной из оценок, ежегодные затраты на судебные разбирательства, связанные с повреждениями ЖПр, превышают 1 миллиард долларов только в США. По оценкам, в этой стране 1400-3700 пациентов в год будут страдать от повреждения желчного протока во время ХЭ [4].

Цель исследования заключалась в изучении возможности профилактики повреждений желчевыводящих протоков при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Способ осуществляется следующим образом. При невозможности достичь CVS, а в некоторых случаях и без попыток диссекции в треугольнике Кало, производится продольная холецистотомия в средней трети тела желчного пузыря при помощи крючка. Желчный пузырь освобождается от конкрементов, которые перемещаются в контейнер. Затем стенка желчного пузыря циркулярно пересекается крючком на границе средней и нижней трети желчного пузыря, что соответствует верхней границе диссекции между стенкой желчного пузыря и его ложем при достижении CVS. Сначала через «все слои» пересекается часть стенки желчного пузыря, покрытая брюшиной, причем пересечение стенки желчного пузыря, прилежащей к его ложу, производится послойно. При помощи диссектора и крючка сначала выделяется и пересекается слизистая оболочка. Затем производится антеградная диссекция в треугольнике Кало, предпочтительно в подслизистом слое. Краниальная тракция за дно желчного пузыря позволяет создавать привычную экспозицию операционного поля. С каждым «шагом» антеградной диссекции в треугольнике Кало, появляется возможность все более свободного перемещения в пространстве отделенной воронкообразной нижней части желчного пузыря, что вместе с постоянным контролем стенки желчного пузыря, позволяет выделить, клипировать и пересечь пузырный проток и артерию, сведя к минимуму повреждение желчных протоков и кровеносных сосудов. Причем в большинстве случаев удается осуществить антеградную диссекцию в треугольнике Кало в подслизистом слое, что практически полностью исключает повреждение внепеченочных желчных протоков и сосудов. Затем традиционным способом выделяется верхняя часть желчного пузыря. Данный способ холецистэктомии применен нами у 226 пациентов, у которых традиционная диссекция в треугольнике Кало была затруднительной из-за фиброзно – воспалительных изменений, в период с ноября 2020 года по апрель 2022 года. Мы сравнили количество повреждений желчных протоков и конверсий у пациентов с калькулезным холециститом, оперированных с использованием сплит – холецистэктомии (основная группа) с 200 пациентов с калькулезным холециститом и фиброзно – воспалительными изменениями в треугольнике Кало, оперированных в 2017-2020 годах без использования нового метода (группа сравнения). Отбор пациентов в группу сравнения произведен по данным видеоархива.

Результаты. В основной группе повреждений желчных протоков и конверсий не было. В контрольной группе было два повреждения желчных протоков и две конверсии из-за невозможности дифференцировки структур в треугольнике Кало.

Выводы. Предлагаемый способ лапароскопической холецистэктомии позволяет свести к минимуму повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов. Предлагаемый способ лапароскопической холецистэктомии может использоваться как альтернатива современной технике безопасной холецистэктомии, предполагающей диссекцию в треугольнике Кало с медиальной и латеральной стороны желчного пузыря, в случаях, когда подобный подход изначально таит в себе опасность повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов. Также способ может стать основным вариантом выхода из трудной ситуации, в случае начала традиционной диссекции в треугольнике Кало и невозможности достичь CVS.

Ключевые слова: Острый холецистит, сложная лапароскопическая холецистэктомия, профилактика повреждений желчных протоков и сосудов при лапароскопической холецистэктомии.

754. Профилактика компартмент-синдрома и нестандартные решения при пластике брюшной стенки у пациентов со сложными вентральными грыжами

Хамидов М.А., Мехтиханов З.С., Мухучиев А.А., Бациков Х.А., Дамадаев Д.М.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Лечение сложных грыж брюшной стенки с «потерей домена» является актуальной проблемой современной герниологии. Послеоперационная летальность при таких грыжах достигает 10%, что может быть связано с повышением внутрибрюшного давления и развитием компартмент синдрома в брюшной полости. С другой стороны, у пациентов с “потерей домена” зачастую возникают проблемы с герниопластикой. Наиболее признанными методиками сепарации являются операция Ramirez и TAR (transversus abdominis release). Вместе с тем, существуют другие методики, которым уделяется меньше внимания, хотя они могут успешно применяться в нестандартных ситуациях. По мнению многих хирургов, на первом этапе лечения этих больных должна применяться химическая сепарация с использованием ботулотоксина А и (или) нарастающий пневоперитонеум.

Цель исследования – изучить возможность некоторых нестандартных вариантов пластики брюшной стенки с целью профилактики компартмент-синдрома.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 12 пациентов со сложными срединными, боковыми и паховыми грыжами. У всех имелась потеря домена и констатирован операционно-анестезиологический риск ASA I-II. Возраст пациентов варьировал от 42 до 68 лет. Средний индекс массы тела – 38,2. Всем больным измеряли внутрибрюшное давление (ВБД) до, во время и после операции. Первым этапом у 9 из 12 больных проводилась химическая сепарация ботулотоксином А (300 ед). Срединные грыжи были у 7, боковые – у 3, паховые – у 2 пациентов. При лечении срединных грыж использовалось сочетание методик Ramirez, IPOM, Hernia sac flap technic, Sandwich; при лечении боковых грыж – предложенный нами подход – операция Ramirez из минидоступа на контрлатеральной стороне и создание единого межмышечного и ретромускулярного пространства; гигантские паховые грыжи оперировали с использованием эндоскопического варианта Ramirez и открытой методики Stoppa.

Результаты. Компартмент-синдром не отмечен ни в одном случае. Серома послеоперационной раны была выявлена у 4 пациентов. Гематома послеоперационной раны, некроз кожи, лигатурный свищ встречались по 1 случаю. Имелся один летальный исход у пациентки с ТЭЛА. Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 2 лет.

Заключение. Профилактика компартмент-синдрома и выбор способа сепарации ПБС является многофакторным процессом, требующим часто нестандартных решений. Химическая сепарация на первом этапе и сочетание различных технических вариантов позволяют избежать развития компартмент-синдрома и выполнить адекватную пластику передней брюшной стенки. Требуется дальнейшее накопление клинического материала.

Ключевые слова: Сложные грыжи Компартмент синдром Сепарационная пластика

---

755. Алгоритм лечебно-диагностической тактики при травме сердца

Цеймах Е.А. (1), Булдаков П.Н. (2), Макин А.А. (2), Ручейкин Н.Ю. (1), Каркавин В.М. (2), Дорохина С.А. (2), Аверкина А.А. (2)

Барнаул

1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, РФ, Алтайский край, г. Барнаул
2. Краевое государственное бюдже

Введение. Проблемы, связанные с ранениями сердца в настоящее время являются актуальными. Вопросы выбора оптимальной тактики ранней диагностики и лечения этих повреждений являются крайне серьезными в хирургии. Очень быстро при травматическом повреждении сердца развиваются терминальные состояния. Совокупность факторов (тампонада сердца, повреждение коронарных артерий и интракоронарных структур, кровотечение, сочетанные повреждения) увеличивают вероятность летального исхода у больных с травматическим повреждением сердца, наряду с этим прогрессирование терминальных состояний и явлений шока способствуют ошибкам в лечебно – диагностической тактике. Летальность среди пациентов с ранением сердца при госпитализации по последним десятилетним данным составила 31,25% – летальность за предшествующие 30 лет.

Цель исследования – разработать алгоритм выбора лечебных мероприятий для улучшения ранней диагностики и необходимого хирургического вмешательства у больных с проникающими повреждениями сердца.

Материал и методы. В исследовании использованы сведения о 268 пациентах, поступивших в хирургические

отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Барнаул», клиническую базу кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии Алтайского государственного медицинского университета с проникающими повреждениями сердца в период с 1990 г по 2020 г. Мужчин было 234, женщин – 34. Возраст варьировал от 18 до 69 лет. Больные поступали в стационар в различные временные промежутки, наибольшее количество в течение 5 – 40 минут от момента получения повреждения (205 пациентов). Диагностика включала клинические симптомы и данные инструментальных методов исследования (электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭХО-КГ), рентгенография (РГ), компьютерная томография (КТ), видеоторакоскопия).

Результаты и обсуждение. Ранения сердца диагностировались на основании анализа симптомокомплекса и показателей дополнительных исследований. В основе клинических признаков был ряд симптомов. Так, у больных симптомокомплекс состоял из различных комбинаций клинических симптомов. В большем количестве случаев отмечалось наличие видимой раны в зоне анатомической проекции сердца у 258 (96,3%) больных, у 6 (2,2%) пациентов раны располагались в подлопаточной области и у 4 (1,5%) – в подмышечной. Среди разнообразных клинических проявлений ранений сердца выделены достоверные (наличие раны в области грудной клетки с обильным кровотечением, выраженное падение АД, вплоть до отсутствия его, признаки тампонады сердца, повреждение, либо ишемия сердечной мышцы, гемоперикард) и вероятные (наличие раны в области локализации сердца без массивного кровотечения, умеренное снижение давления, отсутствие признаков тампонады сердца, нет ишемии сердечной мышцы, не определяется гемоперикард) Диагноз выставлялся в соответствии с клинической картиной у каждого конкретного больного. Так, удалось в срок установить диагноз ранения сердца у 259 (96,6%) больных, что позволило выполнить оперативное лечение у 228 (88,0%) больных в кратчайшие сроки (10-20 минут от момента поступления в стационар). Учитывая опыт лечения больных с проникающими травмами сердца в нашей клинике был составлен алгоритм выбора метода хирургического лечения.

Выводы: 1.Ранения сердца остаются крайне серьезной проблемой хирургии. Очень быстро у пострадавших развиваются терминальные состояния. При этом своевременная диагностика ранений сердца в ряде случаев затруднена. 2.Комплекс симптомов, состоящий из достоверных признаков определяются у большинства больных. Видеоторакоскопия позволяет обнаружить наличие повреждения сердца в случаях затруднения диагностики и определить его характер в самые быстрые сроки. 3.Операция является единственным эффективным методом лечения больных с ранениями сердца. 4.Представленный в работе алгоритм с использованием видеоторакоскопии позволяет выбрать оптимальную тактику ранней диагностики ранений сердца для принятия решения об оперативном лечении пациента.

Ключевые слова: ранение сердца, хирургическое лечение ранений сердца, дополнительные методы исследований, видеоторакоскопия, торакотомия, ушивание раны сердца

---

756. Эмболическая окклюзия легочного ствола протяженными флотирующими тромбами как наиболее тяжелое венозное тромбоэмболическое осложнение

Хубулава Г.Г., Гаврилов Е.К., Пелешок А.С.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Цель работы – ретроспективно на основании анализа серии клинических случаев изучить особенности клинической картины острой эмболии легочного ствола.

Материал и методы. С января 2018 г. по декабрь 2021 г. под нашим наблюдением находилось 4 пациента с эмболией легочного ствола протяженными флотирующими тромбами: пациент Г., 61 года; пациент С., 21 года; пациент А., 45 лет; пациентка Б., 38 лет. Эмболия легочного ствола диагностирована у 2 пациентов прижизненно при нахождении в лечебном учреждении, у 2 пациентов – интраоперационно. Все случаи характеризовались остановкой кровообращения, реанимационными мероприятиями до или в ходе экстренных оперативных вмешательств. У 3 пациентов на дооперационном этапе выявлены флотирующие тромбоэмболы правых камер сердца. У пациентки Б., 38 лет была отмечена парадоксальная эмболия через открытое овальное окно в магистральные артерии нижних конечностей.

Результаты. Всем пациентам произведена открытая тромбэмболэктомия из легочного ствола и легочных артерий в условиях искусственного кровообращения и холодовой кровяной кардиоплегии, у 2 пациентов – также произведено удаление флотирующих тромбов правых камер сердца (у одного пациента тромбы из правых камер сердца при вводном наркозе мигрировали в легочный ствол). 28 дневная госпитальная летальность составила 50% (1 пациент скончался на 5 сутки от рецидива легочной эмболии, 1 пациентка скончалась на 26 сутки от полиорганной недостаточности и сепсиса). Осложнения развились у 3 пациентов. На настоящий момент 1 пациент жив. Пациент С., 21 года скончался через 8 месяцев после вмешательства от прогрессирования рака.

Заключение. Массивная эмболия легочного ствола протяженными флотирующими тромбами крайне опасная госпитальная патология, а возможности спасения таких

пациентов ограничены даже при ее развитии в специализированном стационаре.

Ключевые слова: легочная эмболия, легочной ствол, венозные тромбоэмболические осложнения, тромбэмболэктомия из легочных артерий и правых камер сердца

---

757. Особенности хирургического лечения больных с травмой позвоночника с использованием озонотерапии в условиях сочетанного отделения

Муртазов А.А. (1), Мизиев И.А. (2), Жигунов А.К. (3), Бесланеев З.А. (4)

Нальчик

1) РКБ,
2) КБГУ,
3)КБГУ,
4)РКБ

Актуальность. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) в условиях сочетанного отделения, носит всё более частый и тяжёлый сочетанный характер с развитием технического прогресса и расширением возможностей человечества: всё выше строения и мощнее средства передвижения. Высокая летальность и инвалидизация, особенно у лиц молодого и трудоспособного возраста, определяют социально-экономическую значимость данного вопроса. Системный обзор показывает, что 23-47% стационарных пациентов с сочетанной ПСМТ трудоспособного возраста вынуждены прервать трудовую деятельность на длительный срок. Тактика лечения данных пациентов за последнее время не менялось; опубликованные за последние 10-ти летия материалы предлагали лишь новые разновидности стабилизирующих устройств. Высокие материальные затраты и задействованные человеческие ресурсы в зависимости от длительности пребывания данных пациентов в нетрудоспособном положении.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов исследуемой группы больных с травмой позвоночника с использованием озонотерапии после хирургического лечения у 55 больных, находившихся на лечении в сочетанном отделении республиканской клинической больницы Нальчика в период с 2018 по 2020 годы. Без использования озонотерапия у 34 больных контрольной группы, пролеченных с 2016г. до 2018г.. Во всех возрастных группах было отмечено преобладание мужчин (53 – 59,5%), что объясняется спецификой ПСМТ и демографическими особенностями. В наблюдениях преобладали лица трудоспособного возраста от 21 до 40 лет (47,2%) и 17 (30,9%) больных в группе от 41 до 60 лет. Средний возраст пострадавших составил 37,5 + 10,3 лет. Критерием выбора послужили подтверждённые КТ данные, сравнительный ОАК, пульсоксиметрия, востребованность наркотических обезболивающих, динамика неврологического статуса исследуемой и контрольной группы пациентов получивших хирургическую помощь и количество дней пребывания пациентов в стационаре.

Результаты исследований обрабатывали по общим принципам, которые изложены в статистических руководствах. Обработку данных выполняли с помощью статистического пакета программы STATISTICA. Результаты. Группа пациентов которые участвовали в выборке прошли КТ исследование позвоночника, пульсоксиметрию, ОАК на момент поступления и на момент выписки. Данный перечень обследований достаточно информативный для принятия решения об хирургическом лечении, а так же для дальнейшего динамического наблюдения, сравнения и контроля. Все 100% пациентов участвующие в выборке получили хирургическую помощь на позвоночнике. Операции проводились в зависимости от неврологического статуса с момента поступления до 4 суток в среднем. В исследуемой группе непосредственно после оперативного лечения к основному лечению добавлялся озонированный физиологический раствор с концентрацией озона от 0,5 до 2,5 мг/л от 3 до 10 дней в зависимости от тяжести пациента. В исследуемой группе пациентов по сравнению с контрольной группой отмечалось следующая динамика: быстрее наблюдалось восстановление ОАК; повышение сатурации крови у пациентов в исследуемой группе 93-99%(снизилось количество переведенных пациентов с ЭТТ на ТСТ), в контрольной группе 89-94%; снижение востребованности наркотических обезболивающих в исследуемой группе 1-3 дня, в контрольной группе 4-7, улучшение неврологического статуса, ранняя активация пациентов в исследуемой группе 1-3 дни после операции, контрольная группа до 2 месяцев постельного режима; уменьшения сроков пребывания в отделении: исследуемая группа 4-10 дней, контрольная группа 7-15 дней.

Выводы. Учитывая вышеуказанные клинические наблюдения, эффективности комбинированного хирургического лечения с использованием озонотерапии и экономические выгоды для стационара и пациентов. Необходимо включить в медицинскую практику данный подход в лечении пациентов сочетанной ПСМТ.

Ключевые слова: Хирургическое лечение сочетанных травм позвоночника, озонотерапия

---

758. Современные методы визуализации в лапароскопической хирургии поджелудочной железы

Панченков Д.Н. (1,2,3), Иванов Ю.В. (1,2), Абдулкеримов З.А. (1,2), Семенякин И.В. (1), Габдуллин А.Ф. (1), Григорьева Е.В. (1), Климов Д.Д. (1), Лискевич Р.В. (1), Тупикин К.А. (1)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова
2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
3) ФГБУ «Научно- практический центр лазерной медицины им. О.К.Скобелкина» ФМБА России

В последнее время не вызывает вопросов распространение минимально инвазивных и высокоэффективных методик в различных областях хирургии. При этом следует отметить сохраняющуюся высокую степень недоверия большого числа хирургов к лапароскопическому доступу при операциях на поджелудочной железе. В этой связи, а также в связи с повышенной сложностью этих операций, число лапароскопических вмешательств на поджелудочной железе растет более низкими темпами, чем в других областях хирургии. На наш взгляд, развитие панкреатобилиарной хирургии не может идти отдельно от развития лапароскопических технологий. Однако для повышения безопасности операций требуется изучение новых возможностей визуализации. В настоящее время к современным методам интра- и дооперационной визуализации следует отнести применение 3D-моделирования и использование элементов дополненной реальности, лапароскопию с использованием 3D изображения. Также представляет интерес фотодиагностика с применением препаратов-фотосенсибилизаторов для объективной оценки распространенности опухолевого процесса.

Цель исследование: изучение накопленного опыта применения различных средств визуализации при операциях на поджелудочной железе.

Материал и методы: за период с 2019 по апрель 2023 г. на базе Университетской клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова и ФНКЦ ФМБА РФ проведено 17 операций пациентам с различными заболеваниями поджелудочной железы. Оперированы пациенты с 22 лет до 78 лет, средний возраст 43,5 лет, мужчин 9 (52,9%), женщин 8 (47,1%). Производились панкреатодуоденальные резекции (ПДР) (8 операций -47,1%), дистальные резекции поджелудочной железы (5 – 29,4%), энуклеации опухолей поджелудочной железы (4 – 23,5%). У 12 пациентов (70,6%) были применены методы дополненной реальности с созданием 3D-модели. 5 (29,4%) пациентов были оперированы с использованием 3D-лапароскопии. У 8 пациентов были применены методы лапароскопической фотодиагностики: 4 пациентам накануне операции перорально вводился препарат 5-Алла, 4 пациентам – внутривенно вводился фотодитазин. Интраоперационно при помощи камеры ультрафиолетового спектра определялось наличие или отсутствие поглощения узкоспектрального света тканями, накапливающими контраст.

Результаты и обсуждение: Применение 3D-лапароскопии не изменило хода выполняемых операций, не увеличило времени оперативных вмешательств, повысило удобство при выполнении некоторых этапов операции (формирование интракорпоральных швов). Применение раствора 5-Алла у 4 пациентов не позволило достоверно исследовать накопление препарата в тканях, в то же время при внутривенном введении фотодитазина в 2 случаях удалось определить накопление препарата в тканях и оценить распространение опухоли. Применение методов дополненной реальности позволило улучшить планирование предстоящего хирургического вмешательства.

Заключение: применение различных методов визуализации в панкреатобилиарной хирургии может способствовать расширению спектра выполняемых минимально инвазивных методик и в ряде случаев улучшить течение периоперационного периода

Ключевые слова: медицинская визуализация, 3D-моделирование, дополненная реальность

---

759. Ранние и отдалённые результаты задней сепарационной пластики с пересечением и без пересечения поперечной мышцы живота

Буренков Я.А. (1), Ивахов Г.Б. (2,3), Глаголев Н.С. (2), Андрияшкин А.В. (2,3), Лобан К.М. (2,3), Калинина А.А. (3), Батраева Д.А. (3), Мамадумаров В.В. (3), Сажин А.В. (1,2,3)

Москва

1) ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»,
2) Кафедра факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
3) ГКБ №1 им Н.И. Пирогова

Актуальность. Проблема лечения послеоперационных вентральных грыж является одним из наиболее обсуждаемых вопросов в герниологии. В 2008 г. A. M. Carbonell предложил операцию, при которой после мобилизации ретромускулярного пространства выполнялся поперечный разрез латерального края влагалища прямых мышц живота с последующей диссекцией в пространстве между внутренней косой и поперечной мышцами живота. Такой приём позволял сводить края раны без натяжения и создавать дополнительное пространство для сетчатого импланта при оперативном лечении больших грыж и был назван задней сепарационной пластикой. В 2012 году Y. W. Novitsky описал новый вариант задней сепа-

рационной пластики с пересечением и выделением поперечной мышцы живота. Метод получил название Transversus Abdominis Release (TAR). В этом случае выполняется пересечение поперечной мышцы и её сухожильной части с дальнейшем мобилизацией поперечной фасции в латеральном направлении. На сегодняшний день не существует ни одного исследования, сравнивающего TAR-пластику с другим методом задней сепарационной пластики, предложенной A. M. Carbonell в 2008 году.

Цель: сравнить ранние и отдалённые результаты различных вариантов задней сепарационной пластики.

Материал и методы. В настоящем исследовании представлены ранние и отдалённые результаты лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в период с 2017 года по 2019 год включительно на базе Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. Обязательным критерием включения являлось наличие результатов контрольного КТ брюшной полости, выполненного через 3-5 лет после перенесённой операции. В первую группу (Carbonell) было включено 25 пациентов, во вторую группу (TAR) – 28 пациентов. Полученные результаты. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ, при этом была выявлена существенная разница по размеру грыжевого дефекта у исследуемых пациентов: TAR-пластика выполнялась чаще при грыжевых дефектах более 10 см (p=0.014). Среднее время TAR-пластики составило 194 ± 47.2 минуты, что было значительно выше, чем у первой группы – 159 ± 42.5 минут (p<0.01). Среди ранних осложнений в первой группе встречались гематомы (3) и серомы (3). Во второй группе встречались гематомы (3), серомы (8), инфицирование раны (2), кровотечение (1), тромбоз вен нижних конечностей (1). При оценке ранних осложнений существенной разницы между группами выявлено не было. В отделённом послеоперационном периоде в первой группе был выявлен 1 рецидив срединной вентральной грыжи, в 1 случае была выявлена боковая грыжа, а также было выявлено 5 случаев формирования внутренней грыжи за счет разрыва заднего листка апоневроза. Во второй группе было выявлено 2 рецидива срединной вентральной грыжи, при этом не было выявлено ни одного случая разрыва заднего листка апоневроза, что оказалось статистически значимым различием между двумя группами (p=0.019).

Обсуждение. При выполнении операции, предложенной A. M. Carbonell, обязательным этапом является диссекция в пространстве между внутренней косой и поперечной мышцами, что неизбежно приводит к травматизации сосудисто-нервных пучков, проходящих в указанном слое и осуществляющих кровоснабжение и иннервацию прямых мышц живота. Этот фактор может привести к неблагоприятным последствиям в отдалённом послеоперационном периоде, которые требуют дальнейшего изучения. TAR-пластика позволяет сохранять целостность сосудисто-нервных пучков за счёт диссекции в более анатомичном слое передней брюшной стенки.

Выводы. Метод задней сепарационной пластики, предложенный A. M. Carbonell, имеет некоторое преимущество перед TAR-пластикой за счёт меньшей продолжительности оперативного вмешательства, при этом в отдалённом послеоперационном периоде было выявлено характерное осложнение, проявляющееся в формировании внутренней грыжи за счёт разрыва заднего листка апоневроза. Значимой разницы в количестве и характере ранних послеоперационных осложнений, а также в количестве рецидивов срединной вентральной грыжи между двумя группами выявлено не было.

Ключевые слова: Задняя сепарационная пластика; TAR; Carbonell; послеоперационная грыжа; Transversus Abdominis Release

---

760. Использование краткосрочной программы преабилитации в протоколе ERAS перед радикальным оперативным лечением рака желудка. Пилотное исследование.

Новикова А.Д., Бойко А.Д., Черных М.А., Тимофеева К.О., Непомнящая С.Л., Шостка К.Г., Кащенко В.А.

Санкт-Петербург

Клиника Высоких Медицинских Технологий им. Н.И.Пирогова, СПбГУ

Введение Большинству больных раком желудка перед проведением радикального оперативного лечения показана неоадъювантная терапия, которая неизбежно ослабляет ресурсы организма. Сохранение физиологических резервов организма является важнейшей составляющей ухода за больным 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.

Цель исследования Проведение пилотного исследования с целью оценки влияния разработанной двухнедельной программы преабилитации на послеоперационное течение заболевания, частоту осложнений и период лечения в условиях стационара.

Материалы и методы В исследование включены 20 больных с местнораспространенным раком желудка, нуждающихся в неоадъювантной химиотерапии. Пациентам основной группы проводилась 14-дневная предоперационная подготовка в соответствии с установленным планом 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 6MWT оценивались в конце преабилитационного периода и через 4-8 недель после операции. Полученные результаты В основную группу вошли 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. Из-за небольшого размера выборки для оценки результатов использовали критерий Манна-Уитни. У больных, получавших преабитацию, 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.

Заключение Данное пилотное исследование демонстрирует целесообразность проведения проспективного рандомизированного клинического исследования с целью оценки положительного влияния разработанной программы преабилитации на функциональное состояние пациента в послеоперационном периоде; частоту осложнений и период восстановительного лечения в условиях стационара.

Ключевые слова: Рак желудка, преабилитация, ERAS

---

761. Пути улучшения диагностики и лечения пострадавших с посттравматическим рабдомиолизом.

Кисленко А.М., Филиппов А.В., Чурсин А.Н., Иванков М.П., Шалыгин К.Н., Романюк Н.А.

Красногорск

ФГБУ «НМИЦ ВМТ ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России

Диагностика и лечение пострадавших с политравмой с обширными повреждениями мышечной ткани и как следствие развитие посттравматического рабдомиолиза сопровождается, увеличением срока стационарного лечения, затрат на проводимое лечения и возрастанием летальности.

Цель работы. Изучить результаты диагностики и лечения пострадавших с посттравматическим рабдомиолизом и предложить методы, улучшающие результаты лечения этой категории пациентов.

Материалы и методы. В исследуемые группы вошли 92 мужчины, с тяжелыми сочетанными травмами, у которых при поступлении в стационар диагностировали посттравматический рабдомиолиз, с миоренальным синдромом, подтвержденным повышением в крови креатинфосфокиназы более 15000 Ед/л и миоглобина более 1000 мкг/л с развитием острой почечной недостаточности. Все исследуемые мужчины без сопутствующей патологии. Средний возраст 28,4+9,1 лет. Всем пострадавшим выполнен стандартный комплекс хирургических мероприятий, включающий комплексное лечение, противошоковую терапию, этапные хирургические обработки ран, этапные некрэктомии, ампутации, реампутации, и т.д. Пострадавшие были разделены на две группы. В I группе (48 пациентов) проводилось лечение по общепринятому протоколу ведения пациентов этой категории и дополнено телевизионной диагностикой пораженного сегмента, экспресс-диагностикой с морфологической верификацией мионекроза, лечением высокообъемной прямой эндолимфатической терапией, местным применением озонированного раствора и озонированного газа, местным применением бактериофагов. Во II группе (44 пациентов) лечение проводилось по общепринятому протоколу.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что течение раневого процесса в I группе имело отличие от раневого процесса контрольной II группы. Наиболее эффективным способом местного лечения являлась своевременная верификация участков некрозов мышечной ткани с радикальным некрэктомией, а в ряде случаев и ампутацией сегмента конечности с последующим ежедневным контролем раны. Проведение высокообъемной прямой эндолимфатической терапией, озонотерапии и бактериофагов в I группе важное дополнение в лечении и сопровождалось снижением отека тканей вокруг раневого дефекта в течение 8 – 10 суток, нормализацией лабораторных показателей на 10 – 12 сутки с начала терапии в отличии от II группы. Летальность в 1 группе составила 16 пациента (17,3%), во II группы – 26 пациента (28,2%).

Обсуждение. Применение у пострадавших с посттравматическим рабдомиолизом телевизионной диагностики пораженного сегмента, экспресс-диагностики с морфологической верификацией мионекроза позволяет своевременно устранить причину рабдомиолиза и выполнить адекватное хирургическое лечение в объеме радикальной некрэктомии, а в ряде случаев ампутации конечности.

Заключение. Использование у пострадавших с посттравматическим рабдомиолизом телевизионной диагностики, экспресс-диагностики с морфологической верификацией мионекроза, высокообъемной прямой

эндолимфатической терапии, местная озонотерапия и бактериофагальная терапия позволили снизить летальность с 28,2% до 17,3%) и затраты на лечение этой категории пострадавших и раненых.

Ключевые слова: рабдомиолиз, миоренальный синдром.

---

762. Применение программ ускоренной реабилитации при операциях у пациентов с морбидным ожирением

Панченков Д.Н. (1,2,3), Абдулкеримов З.А. (1), Станкевич В.Р. (2), Лискевич Р.В. (1), 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

Сегодня проблема комплексного лечения пациентов с ожирением и лишним весом набирает актуальность. 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 Число осложнений в бариатрической хирургии невелико и продолжает снижаться по мере накопления мирового опыта, совершенствования хирургической техники и развития аппаратно-инструментального обеспечения. Однако 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 май 2023 г. проведено 108 операций пациентам с избыточным весом, из них: продольная резекция желудка – 74 (68,5%), мини-гастрошунтирование – 28 (25,9%), реконструктивные операции после продольной резекции желудка (реконструкция после продольной резекции в мини-гастрошунтирование) – 6 (5,6%). Оперированы пациенты возрастом от 21 года до 64 лет, средний возраст 53,4 года, мужчин 39 (36,1%), женщин 69 (63,9%), 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: – 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 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.

Ключевые слова: бариатрия, программа ускоренной реабилитации, Fast track

---

763. Электролитные нарушения у пациентов с тяжелой ожоговой травмой

Филиппова Ю.Д. (1), Ягольницкая С.Р. (1), Петрушин М.А. (1,2), Воробьев С.А. (1)

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России (1)
ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» (2)

Введение. Ожоговая травма представляет одну из глобальных проблем медицины. По данным ВОЗ, ожоги занимают третье место по частоте среди прочих травм, а в Российской Федерации – шестое место (2,4%), составляя 2,1 случая на 1000 взрослого населения. В условиях мирной жизни удельный вес пострадавших от ожогов составляет в среднем 1,8-2,4% от числа всех хирургических больных. Среди взрослого населения ожоговая травма чаще бывает в возрасте 21-40 лет (30,1%). В мире каждый год от термической травмы умирают около 60 тысяч человек. Из числа выживших 23% пациентов становятся инвалидами и нуждаются в длительной реабилитации. Многим пострадавшим от ожогов (40-50%) требуется проведение реконструктивно-восстановительных операций.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости электролитных нарушений у пациентов с тяжелой ожоговой травмой. Изучить влияние электролитных нарушений на частоту неблагоприятных событий у пациентов с тяжелой ожоговой травмой. Определить причины и предрасполагающие факторы электролитных нарушений у пациентов с тяжелой ожоговой травмой. Разработать алгоритмы терапии.

Материалы и методы. Гипернатриемия является независимым прогностическим фактором летального исхода у пациентов в критическом состоянии. Такие пациенты имеют более высокий риск смертности и более длительной продолжительности пребывания в ОРИТ по сравнению с пациентами с тяжелыми заболеваниями с нормальной концентрацией натрия. Недостаточное восполнение потерь у ожоговых пациентов крайне опасно, поскольку даже короткий период системной дегидратации, особенно сопровождающийся гипернатриемией, может привести к индукции апоптоза, усугублению ожоговых ран, гемодинамических и неврологических расстройств. Для пациентов с ожогами гипернатриемия связана с увеличением вероятности сепсиса и летального исхода. Клинически гипернатриемия может быть связана с приемом лекарств и жидкостей, содержащих натрий. Фуросемид, блокирую реабсорбцию Na и Cl, вызывает выведение жидкости и натрия, однако после прекращения действия препарата экскреция Na значительно уменьшается ниже исходного уровня (эффект «рикошета»). Более того, включаются механизмы, вызывающие задержку натрия в организме. Таким образом, наиболее очевидный способ управления гидробалансом, профилактики и терапии гипернатриемии способен сам ее индуцировать. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации. Была отобрана 91 карта пациентов, госпитализированных в отделение анестезиологии и реанимации №3 Тверской областной клинической больницы с 2015 по 2019 год. Критерии включения: возраст от 18, площадь ожоговой поверхности от 25% до 100% общей поверхности тела, нахождение в ОРИТ более 1 суток. Критерии исключения: возраст пациентов до 18 лет, терминальные состояния, площадь ожоговой поверхности менее 25%. Терапия проводилась в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями. Инфузионная терапия рассчитывалась по формуле Паркланда в первые сутки госпитализации. Проводилась оценка объема инфузионной терапии 1,2,3,5,7 и 10 сутки соответственно. У всех пациентов оценивали уровень гемоглобина, креатинина, натрия, лактата, pH на 1,2,3,5,7 и 10 сутки от момента госпитализации. Оценка органной дисфункции производилась по шкале SOFA так же на 1,2,3,5,7 и 10 день. При появлении гипернатриемии её устраняли консервативными методами с использованием титрованных доз фуросемида. При показателях уровня натрия выше 160 ммоль/л принималось решение об инициации экстракорпоральной гемокоррекции. Использовали методы описательной и аналитической статистики.

Результаты. Среди обследованных пациентов было 62 (68,1%) мужчины и 29 (31,9%) женщины. Средний возраст составил 52,89±16,72 года. В дальнейшем пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили выжившие пациенты 42 (46,2%), вторую – умершие (соответственно 49 (53,8%) человека). Средняя длительность лечения в группе выживших составила 8,05±7,44 дня, а в группе умерших 10,65±10,85 дня соответственно (p=0,185). Оценка по SOFA в группе выживших на 1 сутки регистрировалось 2,45±1,54 балла, а в группе умерших 5,36±3,3 балла соответственно. Максимально данный показатель был зарегистрирован в группе выживших на 7 день госпитализации и составил 3,54±0,97 балла, в группе умерших 7,18±3,02 балла на 10 день госпитализации соответственно (p <0,0001). Объем инфузионной терапии на 1 сутки госпитализации в группе выживших составил 6858,45±4008,98 мл, а в группе умерших 8098,10±4929,95 мл. соответственно (p=0,084). Искусственная вентиляция легких потребовалась 52,7% пациентов. У 18,9% пациентов в течение всей госпитализации развилась острая почечная недостаточность, у 37,8% была проведена процедура гемодиализа и у 28,9% проводилась продолжительная вено-венозная гемодиафильтрация. Летальность пациентов с тяжелыми ожогами в ОРИТ за время госпитализации с 1 по 64 сутки составила 53,8%. Исследованием установлено, что гипернатриемия была выявлена у 61,54% пациентов. Среди погибших пациентов гипернатриемия отмечалась у 41(83,67%) человека на 5 день госпитализации в ОРИТ. Также было получено, что увеличение уровня натрия на 5 день в группе умерших высоко

статистически значимо (p <0,0001), а в группе выживших p=0,174 – статистически не значимо. Важно отметить, что гипернатриемия на 5 сутки в группе умерших была выше и составило 149,42±9,29, а в группе выживших 141,29±5,3 соответственно. Показатели органной дисфункции при тяжелых ожогах по шкале SOFA были существенно выше в течение госпитализации у умерших в сравнении с выжившими. Максимальное значение наблюдалось на 7 день и в среднем составило 3,54±0,97 баллов в группе выживших, в группе умерших 7,18±3,02 балла на 10 день соответственно.

Выводы. У 61,54% пациентов с тяжелыми ожогами выявляется гипернатриемия. Наибольшее увеличение концентрации натрия в крови ожоговых пациентов наступает на 5 сутки госпитализации. Гипернатриемия существенно чаще выявлялась у погибших впоследствии пациентов. Процент летальности у пациентов с тяжелой ожоговой травмой в ОРИТ составил 53,8%. Гипернатриемия является прогностическим значимым фактором летального исхода у пациентов с ожоговой травмой.

Ключевые слова: ожоговая травма, гипернатриемия, интенсивная терапия

---

764. Основные тенденции и результаты лечения острого холецистита в больницах разного уровня: популяционное исследование

Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Кузнецов А.В.

Москва

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) широко распространенное заболевания. В РФ в 2022 г. показатель заболеваемости ОХ составил 107 случаев на 100 тыс. чел. Общая заболеваемость с учетом патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей (К80 – К83) еще выше – 236 /100 тыс. чел.

Цель исследования – определить основные тенденции и результаты лечения острого холецистита в больницах разного уровня.

Материал и методы. Использована база данных НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, охватывающая работу 2 422 хирургических стационаров в стране, а также данные федерального статистического наблюдения (форма 14) за 2022 год.

Результаты. Из общего количества ОХ на одну больницу первого уровня в среднем приходилось 19 случаев, второго – 88, третьего – 212. Среди 1297 больниц первого уровня лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнялась только в 230 (17,7%), холецистэктомия из минилапаротомного доступа (МХЭ) – в 70 (5,4%). Из 874 больниц второго уровня ЛХЭ выполнялась в 493 (56,4%), МХЭ – в 101 (11,6%). Из 251 больницы третьего уровня – ЛХЭ выполнялась в 205 (81,7%), МХЭ – в 52 (20,7%). В 26 больницах третьего уровня, оказывающих экстренную хирургическую помощь, ЛХЭ не выполнялась. Госпитальная летальность при ОХ по уровням больниц составила, соответственно, 0,68%; 1,22% и 1,01%. Оперативная активность составила, соответственно, 32%, 63% и 75%. Послеоперационная летальность составила, соответственно, 1,76%; 1,67% и 1,12%.

Обсуждение. Небольшой удельный вес больниц первого уровня, где выполняется ЛХЭ, объясняется не только дефицитом оборудования и подготовленных кадров, но и минимальным количеством случаев ОХ, недостаточным для внедрения лапароскопического метода. В то же время, послеоперационная летальность при ОХ на данном уровне выше даже при условии, что часть пациентов переводится в больницы более высокого уровня. Однако только в половине больниц второго уровня и не во всех больницах третьего уровня выполняется ЛХЭ.

Вывод. В настоящее время при решении вопроса оснащения лапароскопическим оборудованием хирургических отделений в приоритете должны быть больницы второго и третьего уровня. Лечение острого холецистита, за исключением показаний для экстренной операции, в больницах первого уровня должно быть ограничено диагностикой и ранним переводом пациентов в больницы, имеющие возможности выполнения лапароскопических и эндоскопических вмешательств.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, трехуровневая система хирургической помощи

---

765. Клинический опыт применения высокоинтенсивного эрбиевого лазера для лечения хронических ран.

Зайцев А.Е. (1), Асанов О.Н. (1), Сандалов Е.Ж. (2), Зайцева А.В. (3)

1) Москва,
2) Екатеринбург,
3) Астрахань

1) Филиал ФГБ ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России,
2) ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России,
3) ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Обоснование. Хронические раны являются весьма распространенной хирургической патологией. Некоторые виды лазерного излучения позволяют эффективно санировать раны и стимулировать процессы заживления. Высокоинтенсивный эрбиевый лазер позволяет комплексно воздействовать на ткани во всех фазах раневого процесса, вызывая ускоренное заживление хронических ран.

Цель работы. Оценить эффективность применения высокоинтенсивного эрбиевого лазера для лечения пациентов с хроническими ранами различного генеза по сравнению с традиционным лечением.

Материалы и методы. Проведён анализ лечения 144 пациентов с хроническими ранами, которые были разделены на две группы. В 1-й группе (n=71) применялся высокоинтенсивный эрбиевый и перевязки с водорастворимыми мазями. Во 2-й группе (n=73) проводилась стандартная хирургическая обработка с аналогичными перевязками.

Результаты оценивали с помощью визуальной оценки раневых дефектов, планиметрии, бактериологического, цитологического исследований, оценки переносимости процедуры и выраженности болевого синдрома до и после лечения. Результаты. У пациентов 1-й группы достоверно раньше выявляли признаки заживления, а также чаще фиксировали случаи полной эпителизации ран. Лазерная обработка способствовала более эффективной деконтоминации раневых дефектов, а в цитологической картине чаще наблюдали признаки регенерации тканей. Пациенты лучше переносили применение эрбиевого лазера, чем хирургическую обработку, однако выраженность болевого синдрома после лечения не отличалась в группах.

Заключение. Исследование подтвердило эффективность применения высокоинтенсивного эрбиевого лазера для лечения хронических ран. Данный способ может быть рекомендован для использования в хирургической практике наряду с другими техническими и медикаментозными средствами.

Ключевые слова: эрбиевый лазер, хронические раны, трофические язвы, сахарный диабет, диабетическая стопа, атеросклероз, венозные язвы.

---

766. Оценка эффективности симуляционного обучения интракорпоральному шву в лапароскопии

Климаков А.В., Логвинов Ю.И.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина Дебпартамента здравоохранения Москвы

Актуальность. Навык интракорпорального шва (ИКШ) является ключевым для выполнения лапароскопических вмешательств (ЛВ). Современное обучение ИКШ проводится в симуляционных условиях и является безопасным и важным этапом подготовки хирургов.

Целью симуляционного обучения (СО) является успешное применение навыка ИКШ в оперативной практике. Выполнение ИКШ хирургом во время ЛВ сопряжено со стрессом, что затрудняет и нередко препятствует применению навыка. Недостаточное овладение ИКШ является барьером для хирурга к применению ИКШ в операционной и расширению спектра ЛВ. Большинство методов оценки эффективности (ОЭ) СО основано на оценке состояния навыка по окончании СО, однако важна ОЭ с точки зрения внедрения ИКШ в практику. Данные о доле хирургов, применяющих ИКШ в операционной после СО, встречаются редко – это связано со значительными трудностями и затратами такой оценки. Опубликованные данные демонстрируют от 44% до 72,5% внедрения ИКШ в практику. Не обнаружено данных по ОЭ СО интракорпоральному скользящему узлу (ИСУ). В Учебно-аккредитационном центре – Медицинском симуляционном центре Боткинской больницы реализуется программа СО «Интракорпоральный шов в лапароскопической хирургии» (далее Программа), в которой врачи обучаются интракорпоральному хирургическому узловому (ИХУ) шву и ИСУ. Цель исследования. Провести оценку эффективности СО ИХУ и ИСУ с точки зрения внедрения их в практику.

Материалы и методы. Изучение результатов СО проводилось в группе хирургов, прошедших обучение по Программе в 2018-2022 гг. и соответствовших критериям: отсутствие обучения ИКШ ранее и в последующие 3 месяца, возвращение к выполнению ЛВ после СО. Данным критериям соответствовали 52 врача, с которыми проведено ретроспективное суммативное оценивание результатов обучения ИХУ и ИСУ. Оценивали долю хирургов, которые применили ИХУ и ИСУ в практике, а также

дополнительные результаты: влияние СО на чувство уверенности при проведении ЛВ, продолжительность и расширение спектра ЛВ. Данные получены методом структурированного интервью хирургов с помощью опросного листа. В группу оценивания вошли 52 врача; из них 40 мужчин (76,9%) и 12 женщин (23,1%) со стажем выполнения ЛВ от 0 до 25 лет.

Результаты и дискуссия. Из 52 хирургов 18 (34,6%) не применяли ИХУ до начала обучения. 16 (88,9%) из них начали применять ИХУ в ближайшие 3 месяца после СО. Этот показатель выше ранее опубликованных данных (44%-72,5%). Не применяли ИСУ до начала обучения 48 (92,3%) врача, 35 (72,9%) из которых начали использовать ИСУ после СО. Из 14 слушателей, не применявших ИСУ, 9 не нашли показаний к нему либо испытывали технические трудности – 3. Один хирург применял узел Рёдера как альтернативу ИСУ. Помимо внедрения ИКШ и ИСУ в практику, большинство хирургов (67,3%) отметили расширение спектра ЛВ, повышение уверенности во время операций (84,6%) и сокращение длительности вмешательств (73,0%).

Обсуждение. До обучения участники группы обладали различными опытом ЛВ, способностью к овладению двигательными навыками и зрительно-пространственной ориентацией через плоский экран монитора. Это может оказывать существенное влияние на выживание навыков ИХУ и ИСУ и уверенность при их реализации. Предлагаемые пути решения проблемы для тех, кто после первого СО испытывал технические трудности и не смог применить навыки в практике – это повторное обучение с анализом ошибок в технике исполнения и индивидуальный режим тренингов.

Заключение: 1. СО по программе повышения квалификации «Интракорпоральный шов в лапароскопической хирургии» демонстрирует высокую эффективность в подготовке хирургов к применению ИХУ и ИСУ в операционной практике; 2. примененный метод структурированного интервью с применением опросного листа – валидный, надежный и доступный метод для оценки эффективности СО для генеральной совокупности слушателей программ СО; 3. для тех врачей, кто не применяет ИСУ по причине технических трудностей, – рекомендуется повторное обучение и индивидуальный подход на основе анализа ошибок в технике исполнения.

Ключевые слова: симуляционное обучение в хирургии, интракорпоральный шов, лапароскопический шов, эффективность симуляционного обучения

---

767. Лапароскопические дренирующие вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы

Галлямов Э.А. (1), Бусырев Ю.Б. (2), Гадлевский Г.С. (1)

Москва

1- Кафедра общей хирургии ИКМ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова2- Многопрофильный медицинский центр «Новая мировая хирургия»

С 2012 по 2022 гг в на разных больничных базах Москвы и Московской области было прооперировано 42 пациента с псевдокистами поджелудочной железы.

Цель исследования: обосновать лапароскопический доступ в зависимости от типа поражения поджелудочной железы.

Материал и методы. Обоснованием выбора и отбора пациентов на лапароскопическую операцию являлись данные КТ-с контрастированием и УЗИ – брюшной полости. По этим данных пациенты имели в полости псевдокист включения расцененными нами как секвестры. Размеры образования от 1 см до 6 см. Все псевдокисты нами расценивались как асептическими, что подтверждено бактериологическим исследованием во время операции. Сроки выполнения операции определялись толщиной стенки кисты не менее 4-мм, и сроками с момента образования – более 3х месяцев. В исследуемую группу вошли пациенты от 26 до 72 лет. Средний возраст 46,4 года. 42 больных имели псевдокисты поджелудочной железы.

Результаты. Всем пациента была выполнена лапароскопическая цистоеюностомия на петле Ру – длинной 50-60 см, межкишечный анастомоз накладывался с использованием линейных сшивающих аппаратов, длинной кассеты 60 мм, далее подготовленная петля перемещалась в верхний этаж брюшной полости. После этого вскрывался в области желудочно-ободочной связки просвет псевдокисты, брался бактериологический посев, полость псевдокисты осматривалась лапароскопом, механически удалялись секвестры в контейнер. В дальнейшем полость промывалась раствором перекиси водорода с физиологическим раствором в соотношении 1:10, с целью лучшего вымывания мелких секвестров. Накладывался широкий цистоеюно анастомоз однорядный или двухрядный с использованием разных нитей (PDS, Vicril, V-Lock, Prolene). Брюшная полость дренировалась одним дренажом в зоне цистоеюно анастомоза. В 4-х случаях наиболее коротким доступом к псевдокисте была мезоколон. Этим пациентам киста вскрывалась левее средней толстокишечной артерии с выполнением всех действий в том же объеме. Все пациенты отслежены в раннем и позднем послеоперационном периоде. При контрольном КТ- спустя 6 месяцев, был достигнут хороший клини-

ческий эффект у 39 пациентов отсутствовали инструментальные данные кистозных образований. У 3 пациентов имелись мелкие (1-2см) парапанкреатические кистозные образования. Таким образом, методом выбора оперативного лечения у больных с псевдокистами содержащими детрит является наложение анастомоза между кистой и свободной Ру-петлей. Широкий анастомоз обеспечивает дренирование и отхождение мелких секвестров в просвет ЖКТ, отключенная Ру петля позволяет избежать заброса пищи в просвет кисты.

Ключевые слова: Панкреонекроз, цистоеюноанастомоз, анастомоз по Ру, лапароскопия, псевдокисты поджелудочной железы

---

768. Подходы лечения пациентов с политравмой

Оленев Е.А., Выговский Н.В., Жуков Д.В., Головнёв А.В., Сыдыгалиев Н.А., Бобохидзе Д, Н.

Новосибирск

ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ, ГБУЗ НСО ГКБ №1

Актуальность. На сегодняшний день, проблема политравмы мирного времени остаётся актуальной. Рост множественных и сочетанных повреждений обусловлен высокой частотой высокоэнергетичной травмы, основой которой являютя автокатострофы. По данным МВД РФ за 2022г. от дорожно-транспортных травм пострадало 115139 человек. Лечение пациентов с политравмой требует выработки единых мер.

Материалы и методы. Материалами являются данные 97 историй болезней пострадавших в ДТП из травмоцентра первого уровня за период 2019-2022гг.

Результаты оценивали с помощью клинического, статистического метода. Полученные результаты. Все пациенты были доставлены бригадами скорой медицинской помощи за 15-20 минут с места происшествия. Сочетанная травма живота и грудной клетки встречалась – в 24 случаях 24,74%, сочетанная травма живота и конечностей – в 32 случаях – 32,99%, сочетанная травма головы и живота – в 62 случаях – 63,92%. Тяжесть состояния оценивали по стандартной шкале оценке тяжести состояния. Все поступившие пациенты расценивались как тяжёлые или крайне тяжёлые, при поступлении сразу же поднимались в противошоковый операционный зал, где им проводилось обследование, параллельно с интенсивным лечением. При тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии применялось двух и более этапное хирургическое вмешательство, в том числе и по тактике Damage Control Surgery. Основной первого этапа являлась квалифицированная медицинская помощь. Всё лечение оказывалось только в травмоцентре первого уровня. Дальнейший период после операции проходил в ОРиИТ. При сочетанной травме живота и грудной клетки летальность составила – 3 случая – 3,093%. Летальность при других сочетанных повреждениях – 8 случаев – 8,25%. Во всех случаях летальности была массивная кровопотеря более 3000 мл.

Выводы: политравму всегда следует считать тяжёлой и обследовать только в условиях противошокового операционного зала. Необходима единая шкала оценки тяжести состояния таких пациентов. Объём квалифицированной медицинской помощи при поступлении пациента с политравмой является основным.

Ключевые слова: политравма, квалифицированная медицинская помощь, тяжесть состояния, этапы лечения

---

769. Характер осложнений лапароскопической холецистэктомии и возможность их коррекции с позиций классификации Clavien-Dindo

Бондаренко А.Г., (1,2) Чаплыгин Р.А. (1,2) Демьянова В.Н. (1), Бодулин А.В. (2), Камерджиев А.В. (2), Чепурнов В.Н. (2), Васильев Д.Н. (2)

Ставрополь

ГБОУ ВПО СтГМУ МЗ РФ, ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя

Лапароскопическая холецистэктомия сочетает в себе радикальность с малой травматичностью, благодаря чему значительно сокращаются сроки восстановления трудоспособности пациентов. Но и эта, широко внедренная методика, сопряжена с опасностью развития осложнений. Классификация Clavien-Dindo успешно используется для систематизации послеоперационных осложнений и является важным инструментом для их качественной оценки.

Целью нашего исследования явилась систематизация характера осложнений при лапароскопической холецистэктомии с использованием классификации Clavien-Dindo для определения оптимальной лечебной тактики при возникновении послеоперационных осложнений. В основу работы положены результаты изучения 654 клинических случаев больных, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия в период с 2016-2021 года. Возраст больных находился в пределах от 25 до 75 лет (преобладал возраст от 30-50 лет). В послеоперационном периоде у 71 больного (10,9%) имели место 124 осложнения. У 37 больных по одному, у 24 – по два, у 13 боль-

ных – три и более. Для их устранения были выполнены 34 операции: 24 из них под местной анестезией, 10 потребовали эндотрахеального наркоза. Данные осложнения мы распределили согласно классификации Clavien-Dindo следующим образом. Осложнения I степени наблюдались в 94 случаях и включали: • Транзиторная гипертермия (34 случая – 5,2%) • Эмфизема клетчаточных пространств и сальника (24 случая – 3,7%) • Желчеистечение I степени без явлений желчного перитонита (12 случаев – 1,8%) • Нагноение послеоперационной раны (23 случая – 3,5%) Осложнения II степени не зафиксированы. Осложнения III степени имели место в 34 случаях. Согласно используемой классификации, они были разделены на подгруппы. Осложнения III а степени (30 осложнений): • Кровотечение из троакарных доступов (17 случаев – 2,6%): в 6 случаях (0,9%) понадобилась релапароскопия, коагуляция раны со стороны брюшной полости, эвакуация сгустков и крови, дренирование полости малого таза и дополнительное прошивание через все слои. В 11 случаях (1,7%) кровотечение остановлено наложением дополнительных швов. • Реактивный плеврит (8 случаев – 1,2%) – выполнялись пункции плевральной полости под УЗ-наведением. • Билома подпеченочного пространства (2 эпизода – 0,3%) – проведена однократная пункция под контролем УЗИ. Эвакуировано от 80 до 120 мл желчи. • Формирование внутрибрюшных абсцессов (3 наблюдения – 0,5%) – Во всех случаях выполнялось дренирование под контролем УЗИ. Объем абсцесса от 60 до 110 мл. Сроки санации полости от 7 до 12 суток. Осложнения III b степени – 4 осложнения: • ранение внепеченочных желчных протоков (1наблюдение – 0,15%), причиной которого явилась аномалия развития билиарного тракта. А именно: низкое слияние долевых протоков, удвоение пузырного протока, впадение пузырных протоков в правый долевой проток. • электротермическое поражение полых органов (1 наблюдение – 0,15%) – возникло из-за повреждения изоляции коагулирующего инструмента и пересекающего его зажима, находящегося в «слепой» зоне из-за малого угла обзора. В результате зажим приобрел коагулирующие свойства – нанесено незамеченное электротермическое поражение передней стенки 12 п.к. Объем операции – лапаротомия, ушивание дефекта отдельными узловыми швами. • желчеистечение с развитием желчного перитонита (2 эпизода – 0,3%) – источник желчеистечения – несостоятельность культи пузырного протока. Также имело место неадекватное дренирование. Оперированы с соблюдением принципов оперативного лечения распространенного перитонита. Случаев IV и V степеней не отмечалось. Общая картина выглядит следующим образом: всего наблюдалось 124 осложнения в 71 клиническом случае из 654 прооперированных пациентов. Из них I степени – 94, II степени – отсутствовали, IIIa степени – 30, IIIb степени – 4, IV и Vстепеней отсутствовали.

Заключение: Классификация хирургических осложнений по Clavien-Dindo является универсальной и позволяет объективно оценить степень тяжести послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопчиеской холецистэктомии. Применение ее в систематизации осложнений лапароскопической холецистэктомии показало, что при данном способе лечения частота I и II степени составляет 75,8%, а IIIa и IIIb степеней 24,2% от числа всех осложнений. В целом количество тяжелых осложнений невелико. Частота тяжелых осложнений в основном зависит от аномалии развития билиарного тракта. Своевременная диагностика тяжелых осложнений и адекватное по объему оперативное вмешательство позволяет избежать летальных исходов и инвалидизации пациентов. Легкие осложнения существенно не влияют на тактику лечения и сроки пребывания в стационаре при условии индивидуальной программы коррекции осложнений.

Ключевые слова: Лапароскопическая холецистэктомия, осложнения.

---

770. Применение воды, обогащенной молекулярным водородом в лечении экспериментальных ран мягких тканей

Коновалов П.А., Захарова С.С., Михайлов Н.О.Научный руководитель: д.м.н., профессор Андреев А.А.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. БурденкоКафедра общей и амбулаторной хирургии

Актуальность. Инфицированные раны – причина более половины случаев обращения пациентов за хирургической помощью в России. Несвоевременное и недостаточно эффективное их лечение до 70% случаев приводит к развитию септических состояний, зачастую заканчивающихся летальным исходом.

Цель. Улучшение результатов и сокращение сроков купирования раневого процесса за счет применения воды, обогащенной молекулярным водородом в комплексном лечении экспериментальных ран мягких тканей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2-х блоках. I блок исследований проводился на 150 крысах с чистыми ранами в 5 группах исследования: 3-х контрольных и 2-х основных. 1-ая контрольная группа состояла из животных, не получавших какой-либо терапии. Во 2-й и 3-й контрольных группах выполнялись, соответственно, аппликации и гидропрессивная обработка раневого дефекта с помощью 0,9% раствора хлорида натрия, в 1-й и 2-й основных группах – 0,9% раствором NaCl, обогащённого молекулярным водородом. II блок исследований

производился на 150 крысах, где осуществлялась контаминация дефекта суточной взвесью staphylococcus aureus в 4-х группах исследования: 2-х основных и 2-х контрольных группах. 1-я контрольная группа – без лечения. Во 2-й контрольной группе производилась гидропрессовая обработка 0,9% раствора хлорида натрия. Во 2-й и 3-й основных группах осуществлялись аппликации и гидропрессивная обработка раневой поверхности 0,9% раствором NaCl, обогащённого молекулярным водородом, соответственно.

Результаты. Во всех опытных группах, где была применена вода, обогащенная молекулярным водородом, наблюдалось ускорение сроков купирования симптомов воспаления, в том числе, уменьшение гиперемии и отека в области раневого дефекта. Уменьшение воспаления и заживление ран в опытных группах, по сравнению с 1-й контрольной, происходило эффективнее.

Вывод. При оценке динамики лечения гнойных ран мягких тканей аппликационное применение воды, обогащенной молекулярным водородом ускоряло срок течения 1-й и 2-й фаз раневого процесса в среднем на 1,1–1,7 и 1,1–1,3 раза соответственно, что существенно отличалось от показателей 1-й контрольной группы. При детальном изучении методики лечения чистых ран с помощью аппликаций водой, обогащенной молекулярным водородом отмечались лучшие результаты лечения по сравнению с контрольными группами и 2 опытной, что связано с противовоспалительными и антиоксидантными свойствами H? обогащенной воды. В лечении инфицированных ран гидропрессивная обработка H? обогащенной водой (2 опытная группа) продемонстрировала наилучшие результаты, в сравнении с аппликационным воздействием и обработкой 0,9% р-ром NaCl, что достигаетсся продуктивным очищением раневой поверхности на фоне применения гидроимпульсной санации. В лечении асептических ран мягких тканей в эксперименте применение водородной воды продемонстрировало наиболее высокую активность процессов репарации. При лечении септических ран продемонстрировало ускоренное купирование отечности, формирование фибрина и коллагена, эпидермиса, восстановления мышечной ткани. В комплексном лечении ран мягких тканей исследования продемонстрировали безопасносное и эффектив¬ноое применение аппликационной и гидроимпульсной обработки водой, обогащенной молекулярным водородом.

Ключевые слова: Ключевые слова: водородная вода, лечение ран, септические и асептические раны, гидроимпульсная и аппликационная обработка, окислительный стресс.

---

771. Опыт лечения пациентов с ахалазией кардии и преимущества пероральной эндоскопической эзофагокардиомиотомии

Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Бадахова А.Б.

Москва

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

Актуальность До эпохи внедрения пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ), лапароскопическая операция Геллера (эзофагокардиомиотомия) с фундопликацией в качестве антирефлюксного эффекта и баллонная пневмокардиодилатация считались оптимальными методами лечения пациентов с ахалазией кардии. Однако с развитием современной оперативной эндоскопии и накоплением колоссального опыта в лечении пациентов с ахалазией кардии подходы к операциям претерпели изменения с приоритетом использования пероральной эндоскопической эзофагокардиомиотомии. Таким образом, внедрение ПОЭМ на сегодняшний день может полноценно заменить лапароскопическую операцию Геллера и баллонную пневмокардиодилатацию. Основным преимуществом данного вмешательства является возможность выполнения миотомии на большом протяжении. Основной целью данного исследования является анализ эффективности и безопасности пероральной эндоскопической миотомии на базе нашего центра.

Материал и методы В центре хирургии им. А.В. Вишневского проходили обследование и лечение 108 пациентов с ахалазией кардии. До внедрения методики ПОЭМ (за период с 2007 по 2012 гг) 43 пациентам с ахалазией кардии выполнена лапароскопическая операция Геллера по стандартной методике с фундопликацией по Дору (в 32 наблюдениях) и Тоупе (в 11 наблюдениях). Из них в 3 наблюдениях лапароскопическая операция Геллера выполнялась как повторная операция после неэффективных вмешательств, выполненных в регионах. За последние 10 лет внедрение в клиническую практику пероральной эндоскопической миотомии показало высокую эффективность и безопасность данной методики в лечении пациентов с ахалазией кардии. За период с 2013 по 2023 гг в нашем центре выполнено 65 ПОЭМ. При ахалазии кардии I и II типа по Чикагской классификации (I тип – 24 пациента, II – типа 23 пациента) продольный разрез слизистой выполнялся проксимальнее кардии на 10-13 см с последующим формированием тоннеля в подслизистом пространстве пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка (2-4 см). На 1,5 – 2 см дистальнее разреза слизистой выполнялась миотомия циркулярного мышечного слоя до конца сформированного тоннеля. При ахалазии кардии III типа (18 пациентов) протяженность миотомии определяли по данным манометрии и интраоперационной ревизии. Разрез слизистой начинали на 3-5 см проксимальнее уровня спазмированного участка пищевода с формированием тоннеля в подсли-

зистом слое с переходом на желудок (3-5 см).

Результаты После ПОЭМ всем пациентам выполнялось закрытие подслизистого слоя при помощи эндоскопических клипс (3-5 штук) с целью профилактики возникновения возможных осложнений (успешно в 100% наблюдений). Во всех наблюдениях технический успех был достигнут, однако на этапе внедрения данной методики в 3 наблюдениях (4,6%) были отмечены побочные явления, такие как напряженный транзиторный карбоксиперитонеум, который интраоперационно был разрешен путем выполнения пункции брюшной полости. У всех остальных пациентов осложнений и летальных исходов, повлиявших на течение послеоперационного периода, не отмечалось. О снижении симптомов дисфагии сообщили 62 пациента (95,3%), перенесших ПОЭМ. При контрольной эзофагогастродуоденоскопии только у 5 пациентов (7,6%) были выявлены признаки рефлюкс-эзофагита. Однако клинические проявления рефлюкс-эзофагита наблюдались лишь у 3 (4,7%), Данные пациенты были консультированы гастроэнтерологом с последующим прохождением курса лечения. В дальнейшем у этих пациентов на фоне приема лечения отмечался положительный эффект с хорошим клиническим результатом и регрессией признаков рефлюкс-эзофагита по данным эзофагогастродуоденоскопии.

Выводы Ближайшие и отдаленные результаты ПОЭМ предполагают перспективность развития и более широкое внедрение данной методики. Высокая эффективность и безопасность пероральной эндоскопической миотомии обусловлена возможностью выполнения протяженного рассечения циркулярного мышечного слоя пищевода, что является основным преимуществом данной методики при лечении пациентов с ахалазией кардии всех типов, а также низкая травматичность данного вмешательства, в то время как эффективность операции Геллера при III типе резко ограничена.

Ключевые слова: ахалазия кардии, пероральная эндоскопическая миотомия, операция Геллера

---

772. Персонализированная технология лечения ран

Остроушко А.П., Лаптиёва А.Ю.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. На сегодняшний день большинство авторов прогнозируют увеличение количества пациентов с повреждениями мягких тканей, что обусловлено ростом травматизма, тяжелых сочетанных и комбинированных повреждений, в том числе, полученных на производстве и при дорожно-транспортных происшествиях; не достаточной эффективностью лечения отдельных хирургических нозологий (сахарного диабета, трофических язв, новообразований, инфекционных осложнений). В связи с этим в современных клиниках все больше внимания уделяют персонализированному подходу к пациенту и комплексному лечению комбинированных повреждений не только на локальном, но и системном уровне. В настоящее время продолжается разработка и изучение новых подходов и перспектив применения различных методик лечения повреждений мягких тканей, основной задачей которых, является комплексный персонализированный подход, позволяющий обеспечить местное лечение повреждений и системное воздействие, позволяющее предупредить жизнеугрожающие осложнения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ран мягких тканей путем применения персонализированной технологии, основанной на применении барботажной обработки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 48 больных с синдромом диабетической (СДС) стопы 2-4 степени по M. Wagner. 23 пациентам контрольной группы проводили стандартное комплексное лечение СДС, лечение 25 больных основной группы усиливали применением метода барботажной обработки. С целью оценки течения раневого процесса проводили исследование анализов крови, оценивали местный статус, результаты морфологических методов исследования. Статистический анализ результатов проводили с помощью пакета прикладных компьютерных программ Statistica 6.0.

Результаты. Применение барботажной обработки способствовало снижение лейкоцитоза и СОЭ до 9,54±1,21 х109/л и 25,67±4,57 мм/час, 11,81±1,23х109/л и 40,53±4,60 мм/час, соответственно. Кроме того, в основной группе наблюдали нормализацию следующих показателей: глюкоза, АСТ, АЛТ, мочевины. В основной группе купирование отека происходило быстрее на 38,4%, гиперемии кожи – на 27,2%, экссудации – на 42,1%. Завершение некролиза и появление грануляций в контрольной группе отмечали на 3,2±0,3 и 3,7±0,3 сутки, в основной группе – на 2,9±0,4 и 2,5±0,3 сутки, соответственно.

Заключение. Таким образом, применение разработанной технологии с целью улучшения результатов лечения ран мягких тканей у пациентов с СДС позволяет сократить сроки купирования симптомов местного и общего воспаления, значительно повышает активность регенераторных процессов в поврежденной ткани.

Ключевые слова: раны мягких тканей, персонализированный подход, барботажные технологии

---

773. Особенности лечения пострадавших с повреждением груди и политравмой в Региональном травмоцентре

Пушкин С.Ю. (1,2), Белоконев В.И. (2), Камеев И.Р. (1), Аксенова Е.В. (1), Решетов А.П. (1), Абашкин Н.Ю. (1), Щербаков Д.А. (1), Айрапетова М.П. (1), Пиковский О.И. (1)

Самара

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

Актуальность. С изолированной травмой грудной клетки, множественными травмами и их последствиями в стационарах Самарской области в среднем за год находятся на лечение около 4500 пострадавших, летальность составляет около 4,1%. 60,3% пострадавших погибают от тяжелых травм органов грудной клетки непосредственно на месте происшествия, 22,4% – во время транспортировки, до 15% пострадавших умирают не из-за тяжести и обширности повреждения, а от вторичных осложнений. По сведениям Самарского бюро судебно-медицинской экспертизы у каждого второго погибшего в результате ДТП от сочетанной травмы было также повреждение груди. Большое значение имеет своевременная диагностика и устранение повреждений, особенно в рамках специализированной и высокотехнологичной помощи, что доступно в основном в многопрофильных стационарах, в которых и развернуты Региональные травмоцентры.

Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с травмой грудии за счет снижения числа осложнений.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 714 пострадавших, госпитализированных в Региональный травмоцентр (РТ) в 2016-2023 гг. Из них проведен анализ 265 (37,1%) пострадавших, у которых диагностированы повреждение груди различной степени тяжести. Тяжесть повреждений у данной категории пострадавших оценивалась по шкале ISS. Пациенты были обследованы и пролечены в соответствии с «Клиническим протоколом оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой на территории Самарской области», в соответствие с которым устранение внутригрудных повреждений у пострадавших с политравмой проводилось независимо от доминирующей травмы и профильности отделения. Собственные результаты. За данный период времени пострадавших с доминирующей черепно-мозговой травмой было 70 человек, умерло 36, опорно-двигательной системы – у 78, умерло – 21, повреждением груди – у 91, умерло 30, органов брюшной полости – 26, умерло –15. Лечение данной группы пострадавших проводили на основе внедренного Протокола, устранение имеющейся патологии выполняли после осмотра мультидисциплинарной бригады. Это позволило планировать и своевременно проводить необходимые оперативные вмешательства с учетом структурных и функциональных нарушений в организме, одномоментно устранять повреждения сразу в нескольких областях тела независимо от доминирующей травмы и профильности отделения. При анализе летальных исходов основной причиной смерти у 32 пострадавших, независимо от доминирующих повреждений, были осложнения со стороны органов грудной клетки. У 10 (9,8%) пострадавших с осложнениями со стороны ОГК причиной смерти – травмы груди. У 29 выявлены осложнения различной локализации и патогенеза, причем у 18 пострадавших выявлены осложнения со стороны ОГК.

Заключение. Применение комплексного подхода и участие мультидисциплинарной бригады на всех этапах лечения позволяет снизить летальность, а устранение внутригрудных повреждений в процессе оказания медицинской помощи уменьшает в структуре основных причин смертности повреждения груди и развившиеся легочные осложнения.

Ключевые слова: политравма, травма груди, внутригрудные повреждения

---

774. Причины и следствия осложнений хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Колесников С.А., Бугаев В.В., Бугаева С.Р.

Белгород

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования«Белгородский государственный национальныйисследовательский университет» (НИУ «БелГУ»)

Актуальность. В настоящее время известно свыше 100 вариантов устранения ГПОД, складывающихся из 2-х этапов: 1 – грыжесечение с пластикой пищеводного отверстия (ПОД), 2 – антирефлюксная процедура. Наиболее апробированными антирефлюксными операциями являются способы Nissen, Nissen-Rozetti, Toupet, Dor. Уровень послеоперационных осложнений, не имеет тенденций к снижению, основными из которых являются: 1 – рецидив гастро-эзофагеального рефлюкса (ГЭР) (17-32%), 2 – болевой синдром (21 – 30%), 3 – дисфагия (10-22%). Причиной последних являются: невозможность миграции фундопликационной манжеты через суженное ПОД, ее сдавление в нем или разрушение. Причиной желудочно-пищеводного рефлюкса является зияние кардии с нарушенной жомно-клапанной функцией, а в технологиях Nissen, Toupet, Dor воздействия на нее не предусмотрены.

Цель. Морфологически обосновать причины основных осложнений хирургического лечения ГПОД и технико-тактические приемы их устранения.

Материал и методы. Определение длины пищевода и его абдоминального сегмента осуществлялось на 113 не фиксированных трупах и у 78 больных. Измерения толщины мышечных оболочек осуществлялись на 72 гистологических препаратах из абдоминального сегмента пищевода и кардиального отдела желудка.

Результаты лечения ГПОД оценивались у 79 пациентов на основании опросников QERD, Q-HROL. Статистическая обработка осуществлялась в программе Microsoft Excel 2019. Результаты и обсуждения. Длина пищевода у мужчин составила 251-288 мм., у женщин – 227-260 мм. Параметры абдоминального сегмента у мужчин – 34-62 мм., у женщин – 22-52 мм., причем в 9.1% мужчин и 39.1% женщин эти значения не достигали 40 мм., а у 63,6% и 86,9% были менее 45 мм. Таким образом, стандартная высота фундопликационной манжеты 40 мм., не соответствует параметрам АОП, что затрудняет его продольную экскурсию. Гистологически установлено, что в АОП мышечных структур, соответствующих сфинктерному аппарату нет, последние появляются в проксимальной части кардиального отдела желудка, в виде локального утолщения циркулярного слоя мышечной оболочки. Фундопликационная манжета не может корригировать функцию «нижнего пищеводного сфинктера», а исправляет клапанный механизм пищеводно-желудочного перехода. Следовательно, «рецидив» желудочно-пищеводного рефлюкса, представляет собой не устранённое зияние кардии во время антирефлюксной операции. Отличных результатов лечения ГПОД (49 пациентов) по Nissen (30), Toupet (11), Dor (8) с крурорафией нет! Хорошие – получены в 5 (10.2%), удовлетворительные – в 29 (59,2%), не удовлетворительные – в 15 (30,6%). Количество дисфагий – 10 (20,4%), болевого синдрома – 13 (26,5%), рецидивов ГЭР – 21 (42,8%). Наши данные соответствуют среднестатистическим показателям, что свидетельствует о конструктивных недостатках методов. Наилучшие результаты лечения ГПОД получены после неполной СПВ с фундопликацией по Черноусову (32 пациентов), что свидетельствует об обоснованности способа, так как устраняется зияние кардии и формируется ПОД, соответствующее диаметру манжеты. Это подчеркивает, что в чрезмерной крурорафии, а тем более в аллопластике ПОД нет не только необходимости, но и смысла.

Выводы и рекомендации. Тактика устранения осложнений лечения ГПОД должна быть дифференцированной. Если причиной болевого синдрома и дисфагии является несоответствие манжеты параметрам АОП с невозможностью миграции через суженное ПОД или ее сдавлением в нем – необходимо устранить крурорафию. При сдавлении пищевода манжетой необходима рефундопликация. При рецидиве рефлюкса необходимо устранить зияние кардии с возможной рефундопликацией способом гастроэзофагофундорафии по Черноусову. Реконструктивные вмешательства требуют особого инструментального обеспечения. Для оптимального обзора центрального поддиафрагмального пространства нами разработан ретрактор со светодиодным покрытием. Правомочность этих технико-тактических инноваций подтверждена в 11 случаях, с отличными и хорошими результатами.

Ключевые слова: ГПОД, ГЭР, болевой синдром, дисфагия, НПС, фундопликационная манжета, АОП, ПОД, реконструктивные вмешательства

---

775. Применение VAC – терапии в хирургии повреждений пищевода

Пушкин С.Ю. (1,2), Белоконев В.И. (2), Абашкин Н.Ю. (1), Щербаков Д.А. (1)

Самара

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

Актуальность. Повреждения пищевода характеризуются разнообразием клинических проявлений, поздней диагностикой и высокой летальностью. Оказание хирургической помощи спустя сутки после перфорации пищевода увеличивает число послеоперационных осложнений в 2,5 раза, а риск неблагоприятного исхода в 2 раза. По современным данным летальность при повреждениях пищевода колеблется от 3% до 67% и в среднем составляет 19,7%. В последние годы наметилась тенденция к изменению тактики и способов ведения данной группы пациентов. К традиционным методам добавились минимально инвазивные технологии, включающие гибкую эндоскопию, эндовидеохирургию, VAC-терапию, позволяющие добиться сопоставимых результатов при менее агрессивном подходе к лечению. В настоящее время большинство авторов при лечении повреждений пищевода рассматривают применение VAC-терапии, но многие вопросы до сих пор остаются дискутабельными.

Цель исследования – изучить особенности применения VAC – терапии в хирургии повреждений пищевода

Материал и методы. С 2017 по 2022 год в больницу обратилось 385 пациентов с подозрением на травму пищевода. Было госпитализировано 76 (19,7%) пациентов в возрасте от 17 до 89 лет с повреждениями пищевода. Из них мужчин – 53 (69,7%), женщин – 23 (30,3%). VAC – терапия в различных вариантах была применена как окончательный или этапный метод лечения у 12 (15,7%) пациентов.

Результаты. У 4 пациентов применен внутрипросветный метод установки VAC- системы, из у 1 на слепом и у 3 на сквозном чреспищеводном дренаже. У 6 больных VAC-система устанавливалась с наружной стороны дефекта пищевода на сквозном чреспищеводном дренаже для устранения дефекта и купирования явлений медиастинита. У 2 пациентов использовалась установка VAC-системы с расположением губки как внутрипросветно, так и со стороны мышечной оболочки пищевода на сквозном чреспищеводном дренаже. Все пациенты были оперированы на фоне медиастинита. Смена губки проводили от 2 до 6 раз с последующей санацией на сквозном дренаже и полным заживлением дефекта пищевода. Летальных исходов не было.

Обсуждение и выводы. Ушивание стенки пищевода в области разрыва остается «золотым стандартом» лечения данной категории пациентов. Эндоскопические методы позволяют эффективно разобщать патологические сообщения пищевода, проводить VAC – терапию, чреспищеводное дренирование ограниченных гнойных очагов средостения, устанавливать элементы доставки для энтерального питания (чрескожная эндоскопическая гастростомия и назогастральное зондирование). Дифференцированный подход к выбору способа операции, использование комбинированных методов и эндохирургии при повреждениях пищевода позволяет улучшить результаты, снизить частоту осложнений и летальных исходов. VAC – терапия может применяться при различных локализациях дефекта пищевода: шейном, грудном, абдоминальном отделах с расположением губки как внутрипросветно, так и со стороны параэзофагеальной клетчатки. Положительный результат лечения определяется степенью инфицирования параэзофагеальной клетчатки средостения и развитием инфекционных осложнений.

Ключевые слова: травма пищевода, VAC-терапия, сквозное чреспищеводное дренирование

---

776. Перспективы абдоминальной хирургии «мини-доступа»

Колесников С.А., Бугаева С.Р., Бугаев В.В.

Белгород

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», НИУ «БелГУ»

Актуальность. Стремительное развитие лапароскопической хирургии, техническое совершенствование обусловливали приоритетность ее положения. Хирургия «мини-доступа» оказалась ограниченно применимой, а в некоторых учреждениях была предана забвению, однако «рациональное зерно» существует, не смотря ни на какие предубеждения, ни на какую категоричность законодателей хирургических тенденций и направлений, особенно в практике общехирургических стационаров.

Цель. Определение положения и перспектив вмешательств из мини доступа в общехирургических стационарах городского и районного звена.

Материалы и методы. За период 2000 – 2023 гг. выполнено 3134 холецистэктомий из мини доступа (ХЭМД). Оценивались интраоперационные и послеоперационные осложнения (раневые, перитонеальные и общесоматические). При выполнении вмешательств из «мини-доступа» в объективно трудных, нестандартных (сложных) случаях были использованы дополнительные оригинальные инструменты.

Результаты и обсуждения. При ХЭМД базовым набором получено 9 (8,7%) интраоперационных осложнений (кровотечений из пузырной артерии – 2, повреждений пузырного протока – 1, ранений гепатикохоледоха – 2, кровотечений из ложа желчного пузыря – 4). В раннем послеоперационном периоде было 49 (10,6%) осложнений (общесоматических – 14, раневых – 23, перитонеальных – 12). Летальность – 3 (2,9%). Основные интраоперационные осложнения, полученные в условиях выраженного спаечного процесса, воспалительного инфильтрата, при остановке кровотечения и устранения холедохолитиаза. Это выявило функциональную ограниченность базового набора «мини-ассистент» и подвигло к разработке дополнительных инструментов, адаптированных к мини доступу: прямые ножницы, изогнутые по ребру, прямой диссектор, кровоостанавливающий зажим, клипаппликатор, инструмент-электрод, интраоперационный ранорасширитель, ретрактор со светодиодным осветителем, удостоенные государственных патентов. Последние применяются с 2010 года во всех случаях ЖКБ и заболеваний желчного пузыря. В объективно «трудных» случаях нами выполнено 624 холецистэктомии по поводу гангренозного калькулезного холецистита, в 274 – в условиях инфильтрата с абсцедированием. Острый холецистит с холедохолитиазом имел место у 78 больных, у 49 – со стриктурой большого дуоденального сосочка и вколоченным камнем, у 5 – с пузырнохоледохеальным и пузырнодуоденальным свищами. 2 оперативных вмешательства выполнены по поводу постлапароскопического холецистэктомического синдрома (длинная культя пузырного протока с конкрементами). В 2-х случаях был наложен холедоходуоденальный анастомоз, в 1 – холедохолитотомия дополнена трансдуоденальной папиллосфинктеротомией. 8 холецистэктомий выполнено по поводу рака желчного пузыря (T4N1M0). Получены 8 интраоперационных осложнений, 6 раневых (нагноение послеоперационных ран), перитонеальных – 5, общесоматических – 18, летальность – 1 случай. 32 больных оперированы по поводу осложнений панкреонекроза (отграниченных гнойных парапанкреатитов и

параколитов), 41 – по поводу перфоративных дуоденальных язв, 8 – наложены гастро- и еюностомы, 21 больной оперирован из мини доступа по поводу паховых грыж. 582 – выполнена аппендэктомия, когда имелись объективные технические сложности (атипичное расположение червеобразного отростка; периаппендикулярный инфильтрат; короткая, инфильтрированная брыжейка; сочетание острого аппендицита с заболеваниями придатков матки). Это подтверждает теоретическую обоснованность и практическую значимость дополнительных инструментов к набору «мини-ассистент» и дает основания их дальнейшего совершенствования и масштабного применения.

Выводы и рекомендации. Достижения медицины не тождественны возможностям здравоохранения, тем более что перманентно сложное экономическое положение периферийных лечебных учреждений оставляет желать лучшего. Вмешательства из мини доступа являются необходимыми и целесообразными в общем разделе абдоминальной хирургии, особенно в ургентных условиях районных и городских общехирургических стационаров.

Ключевые слова: мини-доступ, мини-ассистент, ХЭМД, инструменты, базовый набор, осложнения

СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ. РОЗАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.

Гипотермическая оксигенированная перфузия трансплантатов печени, полученных от доноров с расширенными критериями

Астапович С.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

ГКБ им. С.П. Боткина

Актуальность: Прогрессирующее несоответствие между потребностью и наличием донорских органов приводит к постоянному расширению показаний для посмертного донорства. Использование печеночных трансплантатов от доноров с расширенными критериями увеличивает риск развития неблагоприятных исходов в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Цель работы: Проанализировать первый опыт применения машинной оксигенированной холодовой перфузии печеночного трансплантата, полученного от доноров с расширенными критериями.

Материалы и методы: В проспективное исследование включены 22 пациента, кому в отделении трансплантации Боткинской больницы была выполнена трансплантация печени от посмертного донора со смертью мозга с расширенными критериями. Расширенные критерии, согласно Eurotransplant – возраст донора более 65 лет, нахождение в ОРИТ более 7 суток, индекс массы тела более 30 кг/м2, жировой гепатоз более 40%, натрий донора более 155 ммоль/л, АЛТ более 105 Ед/л, АСТ более 90 Ед/л, общий билирубин более 30 мкмоль/л. При наличии жирового гепатоза более 70%, явлений цирроза печени трансплантат не использовался. Машинная оксигенированная перфузия начиналась сразу после доставки графта в операционную перед началом предтрансплантационной подготовки и продолжалась до момента перемещения графта в рану реципиента. Перфузия выполнялась в двух вариантах: классический (перфузия через основной ствол воротной вены), целевое давление – 5 мм.рт.ст. (n - 9); двойной вариант (раздельная перфузия графта через печеночную артерию и воротную вену), целевое давление на вене – 5 мм.рт.ст., на артерии – 25 мм.рт.ст. (n - 13). В качестве перфузирующего раствора использовали Кустодиол, скорость подачи кислорода – 7 л/мин. Температуру графа измеряли каждые 30 минут, целевая температура – 4-8 С.

Полученные результаты: Среднее время проведения машинной перфузии составило 125 ± 23,67 (92 - 179) минут. Среднее время статической холодовой консервации составило 174 ± 46,34 (147 - 211) минут. Ранняя дисфункция печеночного трансплантата развилась у 10/22

(45,4%) реципиентов. Первично-нефункционирующих трансплантатов не было. Летальность в первые 30 дней после операции не зафиксирована. Среднее время динамического наблюдения составляет 8,23 ± 2,14 (1-15) месяцев. Летальности и потерь трансплантата в отдаленном периоде в данной группе больных не зафиксирована.

Заключение: Машинная оксигенированная холодовая перфузия печеночного транспалантата – безопасная методика сохранения печеночных графтов, полученных от доноров с расширенными критериями. Необходимы дальнейшие сравнительные исследования для подтверждения эффективности данной технологии по сравнению со статической холодовой консерацией.

Сравнительный анализ применения миниинвазивных методов при лечении геморроя

Денисенко Эдуард Валерьевич

Учреждение образования «Витебский Государственный ордена дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Геморрой в структуре проктологических заболеваний занимает ведущее место. Данное заболевание приводит к потере трудоспособности, а также снижает качество жизни. На протяжении многих столетий ученые работали над проблемой лечения геморроидальной болезни. В 1927 году E. Milligan и C. Morgan выполнили операцию, при которой лигировали сосудистые ножки геморроидальных узлов на 3,7 и 11 часах. Внедряемые новые методики по сравнению с классическими методами позволяют уменьшить экономические затраты для лечения геморроидальной болезни и улучшить качество жизни пациентов.

Цель работы: оценить эффективность современных методов лечения хронического геморроя.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения у 90 пациентов с хроническим геморроем, находившихся на лечении в проктологическом отделении Витебского областного клинического специализированного центра с 2013 по 2018 г. По методу лечения хронического геморроя выделено 4 группы пациентов.

В первую (контрольную) группу вошли 30 пациентов, которым проводили геморроидэктомию по Миллигану-Моргану.

Во вторую группу вошли 30 пациентов, которым произведено лигирование геморроидальным узлов используя латексные кольца. Для лигирования использовали вакуумный лигатор фирмы «Karl Storz». Лигирование геморроидальных узлов производили при помощи аппарата, с помощью которого на ножку геморроидального узла накладывали циркулярную лигатуру из специальной латексной резины.

В третью группу вошли 15 пациентов, которым произвели дезартеризацию геморроидальных узлов, подслизистый лифтинг и мукопексию. Операцию производили с ис¬пользованием аппарата фирмы A.M.I. (Австрия) и специальной насадки RAR-2013 для вы¬полнения мукопексии и лифтинга слизистой, а также модифицированного аноскопа Moricorn-RAR-2011.

В 4 группу включено 15 пациентов для лечения которых использовали аппарат LigaSure. Геморроидэктомия с Ligasure начиналась с наложения специального зажима на ту область, где расположен узел. Затем на ткани воздействовали электроимпульсом. Использовали высокочастотный переменный ток (470 кГц), максимальное напряжение 120 вольт, сила тока 4 ампера, максимальная мощность 150 Вт. Проводилось несколько циклов воздействия с паузами для охлаждения тканей. В паузе продолжали сдавливать ткани специальными браншами.

Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили с применением пакета прикладных программ PSPP. В случае распределения признаков количественные результаты представляли в виде: среднее значение ± стандартное отклонение (M±σ). Для парного сравнения независимых групп по одному показателю использовали U тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test).

Результаты. Время операции в первой группе пациентов составляло 35-40 минут (в среднем 37,2±1,2 минут (M±σ)), во второй группе 7-9 минут (в среднем 7,9±0,4 минут (M±σ)), в третей 25-50 минут (в среднем 39,2±2,1 минут (M±σ)), в четвертой группе в среднем 25,7±12,6 минут (M±σ).

Проанализировав результаты лечения четырёх групп пациентов с хроническим геморроем II – IV стадии можно сделать вывод, что, применяя геморроидэктомию по Миллигану-Моргану, в послеоперационном периоде в 100% случаев назначали опиоидные препараты из-за выраженного болевого синдрома в первые сутки. На вторые сутки назначались не наркотические анальгетики, которые вводились до выписки из стационара. В послеоперационном периоде у двух пациентов наблюдалось выпадение геморроидального узла, у двух пациентов – кровотечения, у двух пациентов – тромбоз наружного узла.

Применив латексное лигирование при хроническом геморрое опиоидные анальгетики не назначались. С целью купирование болевого синдрома назначали кетарол. У двух пациентов наблюдалось кровотечения, у одного пациента – тромбоз наружного узла.

Применив при лечении хронического геморроя технологию HAL RAR в послеоперационном периоде, с целью обезболивания, назначали кетарол. У одного пациента наблюдалось выпадение геморроидального узла, у четырёх пациентов – тромбоз наружного узла.

Применив аппарат Ligasure при лечении хронического геморроя в послеоперационном периоде, с целью обезболивания, назначали кетарол, у данной группы пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

При II – IV стадиях геморроя наиболее эффективным методом лечения является геморроидэктомия с использованием аппарата Ligasure.

Заключение. Геморроидэктомия по Миллигану—Моргану рассматривается как радикальный способ лечения геморроя III—IV ста¬дии. После операции отмечается выраженный болевой синдром, последний купируется введением промедола или морфина, высокая частота послеоперационных осложнений, а также длительный период реабилитации. Многочис¬ленные модификации метода не позволяют добить¬ся убедительного успеха в данном направлении.

Применение трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под допплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой – при патологии анального канала является эффективной альтернативой стандартному хирургическому лечению, позволяющей сократить временную нетрудоспособность с 18,4±0,5 дней (M±σ) до 1,3±0,3 дней (M±σ) (p<0,05). Установлено, что при проведении геморроидэктомии с использованием аппарата Ligasure удалось достичь значительного уменьшения болевого синдрома, сокращения времени операции в среднем на 9 минут, а также длительности пребывания пациентов в стационаре в среднем на 0,9 дня в сравнении с геморроидэктомией по Миллигану-Моргану.

Ключевые слова: *лечение хронического геморроя, лигирование геморроидальных артерий по HAL-RAR технологии, аппарат Ligasure в лечении хронического геморроя, латексное лигирование геморроидальных узлов.*

Персонализированная технология лечения ран

Остроушко А.П., Лаптиёва А.Ю.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. На сегодняшний день большинство авторов прогнозируют увеличение количества пациентов с повреждениями мягких тканей, что обусловлено ростом травматизма, тяжелых сочетанных и комбинированных повреждений, в том числе, полученных на производстве и при дорожно-транспортных происшествиях; не достаточной эффективностью лечения отдельных хирургических нозологий (сахарного диабета, трофических язв, новообразований, инфекционных осложнений). В связи с этим в современных клиниках все больше внимания уделяют персонализированному подходу к пациенту и комплексному лечению комбинированных повреждений не только на локальном, но и системном уровне. В настоящее время продолжается разработка и изучение новых подходов и перспектив применения различных методик лечения повреждений мягких тканей, основной задачей которых, является комплексный персонализированный подход, позволяющий обеспечить местное лечение повреждений и системное воздействие, позволяющее предупредить жизнеугрожающие осложнения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ран мягких тканей путем применения персонализированной технологии, основанной на применении барботажной обработки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 48 больных с синдромом диабетической (СДС) стопы 2-4 степени по M. Wagner. 23 пациентам контрольной группы проводили стандартное комплексное лечение СДС, лечение 25 больных основной группы усиливали применением метода барботажной обработки. С целью оценки течения раневого процесса проводили исследование анализов крови, оценивали местный статус, результаты морфологических методов исследования. Статистический анализ результатов проводили с помощью пакета прикладных компьютерных программ Statistica 6.0.

Результаты. Применение барботажной обработки способствовало снижение лейкоцитоза и СОЭ до 9,54±1,21 х109/л и 25,67±4,57 мм/час, 11,81±1,23х109/л и 40,53±4,60 мм/час, соответственно. Кроме того, в основной группе наблюдали нормализацию следующих показателей: глюкоза, АСТ, АЛТ, мочевины. В основной группе купирование отека происходило быстрее на 38,4%, гиперемии кожи - на 27,2%, экссудации - на 42,1%. Завершение некролиза и появление грануляций в контрольной группе отмечали на 3,2±0,3 и 3,7±0,3 сутки, в основной группе – на 2,9±0,4 и 2,5±0,3 сутки, соответственно.

Заключение. Таким образом, применение разработанной технологии с целью улучшения результатов лечения ран мягких тканей у пациентов с СДС позволяет сократить сроки купирования симптомов местного и общего воспаления, значительно повышает активность регенераторных процессов в поврежденной ткани.

Холодовая травма: моделирование и оптимизация лечения (экспериментальное исследование)

Валентюкевич А. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Холодовая травма остается актуальной проблемой и требует дальнейших разработок для оптимизации консервативных и оперативных методов лечения.

Цель. Разработка устройств для моделирования отморожений с последующим обоснованием рациональных подходов лечения криотравмы в эксперименте.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 276 белых лабораторных крыс линии “Wyster” массой тела 190-240 грамм. Нами разработаны устройства для моделирования отморожений различной степени тяжести (патенты на полезные модели): «Криокамера для создания отморожений различной степени тяжести у лабораторных животных» (№8257, 29.09.2011), «Криоклиматокамера для создания отморожений у лабораторных животных» (№12001, 1.04.2019), «Устройство для моделирования отморожений различной степени тяжести» (№12002, 1.04.2019). Под эфирным наркозом по закрытому контуру создавали глубокие контактные криоповреждения в межлопаточной области. С целью выявления оптимальных сроков для выполнения хирургической некрэктомии иссечение струпа после моделирования отморожения выполняли на 3, 5 и 7 сутки в 3 группах соответственно (контроль – заживление под струпом). Местное лечение после некрэктомии в разных группах крыс предусматривало использование марли (контроль 1), мази «Меколь» (производство «Борисовский завод медицинских препаратов», Республика Беларусь) (контроль 2) и разработанных нами раневых покрытий (РП) с нановолокнами хитозана «Хитомед-ранозаживляющее» (регистрационное удостоверение № ИМ-7.104278, ТУ BY 600125053/075-2016) (опыт). Использовали планиметрические, гистологические, лабораторые, цитологические и статистические методы исследования.

Результаты. Разработанные устройства для моделирования отморожений позволяют воспроизводить контактные поверхностные (5-секундная экспозиция) и глубокие отморожения (30- секундное воздействие).

Вышеуказанные методы исследования достоверно показали преимущества ранней некрэктомии зоны криовоздействия на 5-е сутки при лечении глубоких отморожений в сравнении с некрэктомиями, произведенными на 3-и, либо 7-е сутки.

Применение РП с нановолокнами хитозана при лечении глубоких отморожений ускоряет ($p<0,05$) скорость заживления во всех группах за счет стимуляции регенераторных процессов в поврежденных тканях.

Выводы. Разработанные устройства позволяют моделировать отморожения различной степени тяжести для последующей аргументации разрабатываемых методов лечения.

Способ прогнозирования риска развития синдрома абдоминальной компрессии при оперативном лечении обширных и гигантских вентральных грыж

Клименко В.А., Балацкий И.Е.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» МЗ РФ

Кафедра общей хирургии №2

Научный руководитель к.мед.н., доцент Журавлёва Ю.И.

Актуальность. Нормальный уровень давления в брюшной полости колеблется в пределах 0-5 мм рт. ст. Стойкое быстрое повышение внутрибрюшного давления (ВБД), сопровождающееся развитием органной недостаточности принято называть абдоминальным компартмент-синдромом или синдромом абдоминальной компрессии (САК). Прогнозирование риска развития САК до операции важно как с точки зрения выбора противопоказаний для оперативного лечения грыж в плановом порядке, так и с точки зрения предоперационной подготовки и выбора комплекса методов профилактики повышения ВБД. У больных с ущемлёнными и невправимыми грыжами существуют дополнительные факторы риска развития САК, связанные, в первую очередь, с кишечной непроходимостью.

Из существующих методов наиболее распространённым и значимым является непосредственное измерение уровня ВБД во время герниорафии путём манометрии, например, через катетер установленный в мочевой пузырь.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения обширных и гигантских грыж путем прогнозирования до операции риска развития синдрома абдоминальной компрессии с помощью неинвазивного метода расчёта индекса объема грыжи.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 16 больных с обширными и гигантскими вентральными грыжами, находившихся в клинике общей хирургии №2 ДонГМУ им. М.Горького за период с 2018 по 2023 гг. Критерии включения: обширные и гигантские грыжи без признаков ущемления, наличие данных измерений объёма грыжи и живота, а также уровня внутрибрюшного давления. Критерии исключения: ущемленные грыжи, отсутствие данных расчёта индекса объёма грыжи и уровня внутрибрюшного давления.

Мониторинг абдоминального давления проводили через мочевой катетер по стандартной методике для оценки по водной шкале на различных этапах (до операции, во время и после операции) в динамике. По выраженности ВБД выделяли IV степени САК: I – 12–15 мм рт. ст.; II – 16–20 мм рт. ст.; III – 21–25 мм рт. ст.; IV – более 25 мм рт. ст. (Burch J.M. и соавт., 1996). Критическими пороговыми усредненными показателями принято считать повышение внутрибрюшного давления более 15-20 мм рт. ст. (204-272 мм вод. ст., коэффициент соотношения показателей равен 1:13,6), а превышение более 25 мм рт. ст. создает 100 % риск развития САК.

Индекс объема грыжи (ИОГ) рассчитывали по формуле (V грыжи/V живота). Объем полости живота и грыжевого содержимого рассчитывали после прямых измерений, а также используя данные измерений с помощью ультразвукового исследования до операции, что позволяло получить более точные показатели. Проводили сопоставление данных индекса объема грыжи и абдоминального давления.

Полученные результаты и обсуждение. По данным расчётов до операции ИОГ ≤0,1 получен у 9 (56,25±12,40 %) больных, 0,1-0,2 – у 6 (37,50±12,10 %) больных и >0,2 – у 1 (6,25±6,05 %) больного. Сопоставление данных ВБД до операции не показало значимых различий у больных. Измерение ВБД во время операции показало повышение выше критического уровня (15 мм рт. ст.) у больных со средним значением ИОГ выше 0,1. Именно у этих больных во время герниорафии возникла необходимость использования дополнительных хирургических методов декомпрессии, а также риск развития САК в послеоперационном периоде, особенно в первые сутки после операции. У больного с ИОГ >0,2 удалось выполнить герниопластику только после резекции большого сальника методом in-lay для поддержания уровня ВБД <15 мм рт. ст.

Выводы и рекомендации. Показатели индекса грыжи, полученные методом измерения объёма грыжи и брюшной полости, коррелируют с данными измерения внутрибрюшного давления и позволяют прогнозировать риск развития синдрома абдоминальной компрессии на дооперационном этапе. Риск развития III-IV степени синдрома абдоминальной компрессии может служить одним из противопоказаний для планового оперативного вмешательства при вентральных грыжах.

Инновационные методы диагностики и лечения механической желтухи в условиях скоропомощного стационарного комплекса.

Аскеров Али Чингизович,
Шадиев Артур Маратович,
Тигиев Лев Ростиславович

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
Москва, Россия

Актуальность. Синдром механической желтухи (МЖ) является одной из наиболее часто встречающихся проблем среди острой хирургической абдоминальной патологии. Доля больных с МЖ составляет до 18% от общего количества пациентов с заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Трудности своевременной дифференциальной диагностики у данной категории больных обусловлены полиэтиологичным характером синдрома МЖ, отсутствием патогномоничных симптомов и лабораторных показателей.

Очевидно, что временной фактор зачастую является основополагающим критерием оказания эффективной помощи больным с МХ.

Традиционные лапаротомные вмешательства, направленные на восстановление желчеоттока и выполняемые на высоте «желтушного» периода, сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений, а летальность достигает 15-40%, поэтому этапная тактика хирургического лечения пациентов с синдромом МЖ на сегодняшний день широко распространена.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с синдромом механической желтухи путем оптимизации и усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы. В эпоху доминирования эндоскопической хирургии в лечении пациентов с холелитиазом, осложнённым синдромом МЖ, преимущества транспапиллярных вмешательств неоспоримы. На современном этапе необходимо уточнить роль и место лапаротомных вмешательств в лечении больных желчнокаменной болезнью, осложнённой синдромом МЖ. Этапная тактика лечения пациентов с нерезектабель-

ными опухолями панкреатобилиарной зоны, осложнёнными синдромом МЖ, позволила снизить летальность в данной группе больных в несколько раз. Задачей первого этапа является осуществление билиарной декомпрессии и ликвидация тяжёлых клинических проявлений МЖ с использованием минимально инвазивных методов желчеотведения. В зависимости от уровня билиарного блока применяют чрескожные эндобилиарные или эндоскопические транспапиллярные вмешательства. На втором этапе при нерезектабельном опухолевом процессе осуществляется окончательное паллиативное внутреннее желчеотведение за счёт стентирования желчных протоков или формирования билиодигестивных соустий. Однако, минимально инвазивные технологии паллиативной внутренней декомпрессии желчных протоков имеют ряд недостатков в отдалённом периоде, основным из которых является рецидивы холангита и синдрома МЖ, обусловленные окклюзией билиарных стентов. Это объясняет неоднократные госпитализации с целью рестентирования желчевыводящих протоков или выполнения альтернативного метода дренирования билиарного тракта. В настоящее время вопросы своевременной диагностики и разрешения механической желтухи являются актуальной социально-значимой проблемой, требующей дальнейшего совершенствования.

Результаты. Нами получены следующие результаты:

- Разработан новый алгоритм диагностики и эндоскопического лечения пациентов с МЖ.
- Использование эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) для экстренной диагностики причин МЖ.
- Внедрение интраоперационной тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) под ЭУС-контролем с цитологическим исследованием при объемных образованиях поджелудочной железы.
- Внедрение экстренной пероральной холангиоскопии (ПХ) с забором материала на цитологическое и гистологическое исследования при внутрипротоковых опухолевых образованиях.
- Разработаны диагностические критерии сложного холедохолитиаза и показания к комбинированной контактной литотрипсии.
- Доказана эффективность применения саморасширяющегося нитинолового стента с дополнительными перфорациями у пациентов с «низким» блоком при опухолевых образованиях панкреатобилиарной зоны.
- Расширены показания для билатерального стентирования у пациентов с «высоким» блоком за счет применения эндобилиарной радиочастотной абляции (ЭРЧА) с целью реканализации неоперабельных опухолей желчных протоков.
- Впервые в РФ применен комбинированный способ лечения аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) с внутрипротоковым ростом с единовременной эндоскопической папиллэктомией (ЭП) и ЭРЧА.

Заключение. Таким образом сократилось время до постановки диагноза, сроков ожидания оперативного вмешательства и пребывания в стационаре путем успешного внедрения в практику предложенного лечебно-диагностического алгоритма и инновационных методов диагностики и лечения.

Перспективы применения метода hipec в лечении распространенного канцероматозного поражения при раке яичников

Радостев С.И.(1,2), Коломиец Л.А.(3), Шелехов А.В.(1), Мориков Д.Д.(1,2), Медведников А.А. (1,2)

1) Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия
2) ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иркутск, Россия
3) Томский НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность: Рак яичников остается актуальной, сложной и социально значимой проблемой. Так, в 2021 году в РФ выявлено 12 566 новых случаев заболевания. Среди впервые выявленных больных РЯ преобладают пациенты с III-IV стадиями заболевания, доля III стадии в этот период составила 37%, IV стадии - 19,9%.. Кроме того, отмечается высокая смертность в первый год после постановки диагноза, которая в 2021 г. составила 17,6%. Заболеваемость раком яичников высока в развитых странах. Широкое распространение запущенных и генерализованных форм этого заболевания является основным фактором необходимости ранней диагностики и профилактики данной патологии. Широкое применение и совершенствование как фармакотерапии, так и хирургического лечения позволяет с оптимизмом смотреть на возможность решения этой проблемы.

Цель исследования: Изучить результаты лечения больных раком яичников с явлениями перитонеального канцероматоза с применением метода HIPEC.

Материалы и методы: Исследование проводилось ретроспективно на базе Иркутского Онкологического диспансера. В исследовании приняли участие 88 пациентов, за период с 2017 по 2023 год. Эти пациенты были поделены на 2 группы: 1 группа - первичная циторедуктивная операция с методом HIPEC (CRS + HIPEC; 41 пациент); 2 группа - первичная циторедуктивная операция (CRS; 47 пациентов). Важнейшим выбранным нами критерием был индекс перитонеального канцероматоза (PCI). При PCI > 14 больной направлялся на 3 курса НАХТ. При индексе PCI ≤ 14 определяли формат циторедуктивного вмешательства: с HIPEC или без него. Нами был

выбран вариант закрытого HIPEC, на протяжении 90 мин с использованием цисплатина 75 мг/м2.

Результаты: Возрастных отличий в группах не выявлено: CRS + HIPEC – 54,00 ± 1,7 года, CRS – 56,96 ± 1,9 года (p = 0,264). Анализ индекса PCI показал различия этой величины в исследуемых группах (CRS - 10,17 ± 0,952; CRS + HIPEC - 12,93 ± 0,744; p = 0,002). Отмечается вполне логичная закономерность в увеличении койко-дня у пациентов, перенесших большие оперативные объемы в сочетании с HIPEC (21,8 ± 0,9 против 14,5 ± 0,6 в группе CRS) (p = 0,001). Большее время операции приходилось на группу с HIPEC при первичной циторедукции (394,88 ± 19,935 мин против 172,98 ± 11,514 мин при CRS) (p = 0,001). Отмечается значительный прирост общего процента послеоперационных осложнений в группе с применением HIPEC до 26,8%, при этом не показывающий статистической разницы с группой CRS 8,5% (p = 0,082). Средние величины общей выживаемости в исследуемых группах составляют CRS + HIPEC 47,3 ± 3,5 месяцев и CRS 50,8 ± 4,2 месяцев (p = 0,202). Медиана наступления рецидива была в группе CRS + HIPEC – 26 ± 4,3 месяц, в то время как в группе CRS - 18 ± 2,6 месяц.

Заключение: Применение метода HIPEC хоть и увеличивает частоту послеоперационных осложнений, все же позволяет говорить об увеличение сроков безрецидивной выживаемости у пациентов с перитонеальным канцероматозом при раке яичников.

Ключевые слова: *Рак яичников, циторедуктивные операции, HIPEC, гипертермическая интраоперационная интраперитонеальная химиотерапия*.

К вопросу о показаниях к плановым оперативным вмешательствам при дивертикулярной болезни

Панкратова Юлия Сергеевна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ, ГАУЗ “РКБ МЗ РТ”.
Россия. Казань

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБ) – широко распространенное в экономически развитых странах заболевание. Большинство пациентов с ДБ представлено лицами старших возрастных групп, при этом у 10-25% пациентов возникают осложнения, требующие стационарного лечения. При острых осложнениях дивертикулярной болезни показания к хирургическому лечению определены, объем оперативного вмешательства рекомендован, однако в случае эффекта консервативной терапии острого дивертикулита дальнейшая тактика ведения пациента остается спорной. К примеру, систематические обзоры, посвященные лечению осложнений ДБ, указывают на отсутствие однозначных критериев к плановой резекции после успеха терапии, поэтому показания определяются индивидуально. Не смотря на достижение клинической ремиссии в данной группе, более чем у трети пациентов заболевание принимает рецидивирующий характер. В результате пациенты вынуждены постоянно придерживаться диеты, проходить курсы консервативной терапии, многократно госпитализироваться в стационары хирургического и терапевтического профиля. В связи с этим вопрос о показаниях к плановым оперативным вмешательствам при ДБ остается весьма актуальным в клинической гастроэнтерологии и колопроктологии.

Цель. Провести анализ результатов лечения пациентов с осложнениями ДБ, подвергнутых плановому оперативному вмешательству.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2021 г.г. на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» находились 282 пациента с осложнениями ДБ. Консервативно пролечены 212 (75,2%) пациентов, 70 (24,8%) – оперированы, из них в плановом порядке – 25 (35,7%). Возраст оперированных пациентов при хроническом рецидивирующем течении составил 59,65±11,43 лет.

Результаты. При плановой госпитализации выявляли клинический вариант заболевания, при этом акцент делали на частоту обострений и обращений пациентов в медицинские учреждения. Показания к плановым оперативным вмешательствам устанавливали с учетом варианта перенесённых воспалительных осложнений, оценки эффективности проводимых консервативных мероприятий и прогноза дальнейшего течения заболевания. Таковыми были свищи различной локализации – 11 (44%) пациентов, рубцовая стриктура кишки с явлениями хронической кишечной непроходимости – 4 (16%), а также частые рецидивы – 10 (40%). В последней группе считаем необходимым учитывать частоту рецидивов, их продолжительность, тяжесть симптомов, эффективность проводимых консервативных мероприятий, а также наличие предикторов неблагоприятного течения заболевания. Целью плановой операции после одного или нескольких эпизодов дивертикулита рассматриваем улучшение качества жизни пациента. Среди оперированных пациентов с рецидивирующим течением ДБ преобладали мужчины среднего возраста (40-59 лет), а женщины – пожилого (60-74 года), что, вероятно, связано с меньшей долей мужчин в данной возрастной группе. На наш взгляд, прогностическая ценность возрастного показателя минимальна, в свою очередь половая принадлежность не столько влияет на вероятность рецидива, сколько отражает гендерные диспропорции в группе пациентов пожилого возраста. Большую информативность в качестве предикторов неблагоприятного течения заболевания имеет предложенный нами ряд радиологических и лабораторных показателей и сопутствующих иммуносупрессивных состояний. Нами также отмечен заметный рост

оперативных вмешательств в группе пациентов с двумя рецидивами и более, но в 68,2% наблюдений это связано с формированием у пациентов свищей и рубцовых стриктур. Лишь у 32 % пациентов данной группы показанием к оперативному лечению были частота и тяжесть клинических симптомов, несмотря на неоднократно проводимые курсы антибиотикотерапии. В группе пациентов, оперированных по поводу частых рецидивов, показания к оперативному вмешательству распределились следующим образом: 5 пациентов – рецидив воспалительного инфильтрата с сохранением клинической симптоматики на фоне консервативной терапии, 4 – рецидив дивертикулита на отдаленных сроках после успешного дренирования абсцесса под ультразвуковой навигацией, 1 – рецидивирующее кровотечение.

При плановых операциях в 24 (96%) наблюдениях резекцию кишки завершали наложением первичного анастомоза, а 1 (4%) пациенту с коловезикальным свищом выполнили операцию типа Гартмана. У одного пациента на 7 сутки послеоперационного периода возникла несостоятельность анастомоза, выполнено его разобщение, сформирована одноствольная десцендостома. В 2 других наблюдениях отмечено нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов не было.

Заключение. При определении показаний к плановому оперативному вмешательству считаем целесообразным учитывать характер развившихся осложнений, частоту и тяжесть рецидивов заболевания, оценку качества жизни пациента, ограничение трудоспособности в период обострений, а также совокупность факторов, прогнозирующих вероятность неблагоприятного течения заболевания.

Создание универсального нанопокрытия для хирургических сеток из полипропилена в целях поддержания бактерицидных свойств. Реакция экспериментальных животных.

Рустамова Д.Р., Гасанбекова З.М.

ФГБОУ ВО Дагестанский ГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Научные руководители:
проф., д.м.н. Хамидов М.А.;
проф., д.м.н. Рагимов Р.М.;
проф. Абдулагатов И.М.;
доц. Абдуллаева Н.М.

Актуальность. В хирургии грыжесечения использование сеток стало стандартной процедурой. В год насчитывается почти 20 милионов герниопластических опреций, 70 % которых проводятся с применением различных грыжевых сеток. Невзирая на широкий выбор сеток, количество послеоперационных осложнений не уменьшается. Инфекции, связанные с имплантатом, возникающие в результате образования биопленок, стали распространенной проблемой, поскольку введенный инородный материал является идеальной средой для бактериальной колонизации и инфицирования сеток. Такие осложнения, хроническая боль, миграция и отторжение сетки, серомы, спайки, а также инфекции, связанные с сеткой, становятся все более значимыми. Вследствие того, что в последние годы увеличилось количество инфекций, устойчивых к антибиотикам, системные антибактериальные препараты не обеспечивают эффективного лечения осложнений, вызванных инфицированием импланта. Улучшение барьерных и биосовместимых свойств является наиболее эффективным способом уменьшения инфекций. Многие исследователи направили свое внимание на анализ и применение широкого спектра материалов: сеток с разнообразным размером волокон и пористости, различных методов производства и, конечно же, различных хирургических процедур и процедур имплантации. В настоящее время активно изучаются методы модификации поверхности и разработка систем на основе нановолокон как области возможностей для сохранения прочности материала и повышения биосовместимости имеющихся сеток. К сожалению, несмотря на большое количество исследований и ряд предложенных вариантов, окончательное решение проблемы до сих пор не найдено.

Цель настоящего проекта - разработка нанотехнологических подходов для профилактики и лечения инфекций, ассоциированных с полипропиленовыми грыжевыми сетками. Исследование будет направлено на разработку нового антибактериального нанопокрытия для герниопластики. Мы стремились разработать новые многослойные наноматериалы, такие как нанопленки диоксида титана (TiO2), легированные оксидом ванадия (V2O5), основанные на методе осаждения атомных слоев (ALD). В настоящем исследовании мы предлагаем новые материалы нанопокрытия для полипропиленовой грыжевой сетки, которые могут преодолеть существующие недостатки импользованных ранее коммерческих материалов. Второй целью данного проекта является испытание на животных воспалительных реакций тканей и отложения коллагена, вызванных сетками из полипропилена без покрытия и нанопленок из полипропилена, легированного ванадием.

Материалы и методы. В этой работе мы стремились разработать новые многослойные наноматериалы, такие как нанопленки диоксида титана, депонированные ванадием, для покрытия грыжевой сетки с антибактериальными свойствами, основанные на методе атомно-слоевого осаждения(ALD). ALD - метод нанесения нанопокрытий, позволяющий создать абсолютно равномерную пленку на поверхности материала, с образованием наношероховатостей, препятствующих адгезии

микроорганизмов. За последнее десятилетие было проведено множество исследований, которые указывают на инактивацию бактерий при использовании легированного и нелегированного TiO2, нанесенного на различные подложки, включая TiO2, легированный серебром. В настоящем исследовании представлены результаты сравнительного анализа использования нелегированного и легированного оксидом ванадия TiO2 в качестве материала для покрытия полипропиленовых сеток для лечения грыж и их влияние на биологическую среду. Оксид титана, легированный переходными металлами, такими как Fe, Cr, Cu, Zn, а также TiO2, легированный серебром, широко использовался в медицинских целях в качестве антибактериального покрытия. Однако, большинство металлов с антибактериальными свойствами имеют профиль цитотоксичности. Ванадий был одной из частых тем исследований. Легирование ванадием представляет собой многообещающую стратегию повышения антибактериальной активности TiO2 в будущем. Образцы сеток помещались в камеру реактора для ALD. Тонкие пленки Al2O3 были нанесены на подложки полипропиленовой грыжевой сетки с использованием Al (CH3)3 и H2O, затем TiO2 и V2O5 были выращены на слое Al2O3 с использованием TiCl4, VOCl3 и H2O в качестве предшественников ALD, а N2 служил в качестве продувочного газа. Тонкие пленки TiO2, легированные ванадием, выращивались при температуре (85–95)°C. Всего было выполнено 250 циклов (100 циклов для Al2O3 и 150 суперциклов для пленок TiO2 / V2O5), соответствующих 38 нм пленки (Al2O3 + TiO2 / V2O5). Все образцы стерилизовали ультразвуком в 70% этаноле с последующим УФ-облучением (30 минут) для биологических экспериментов с животными.

Экспериментальное исследование на животных. Чтобы лучше понять способность полипропиленовой сетки с покрытием из Al2O3 + TiO2 / V2O5 предотвращать инфекции, связанные с имплантатами, сетки были протестированы на животных. Целью эксперимента является изучение биологического поведения сеток для грыж из полипропилена с покрытием и без покрытия Al2O3 + TiO2 / V2O5. Мы отслеживали образцы полипропиленовой сетки с покрытием и без него после имплантации и оценивать реакцию тканей хозяина. В настоящем исследовании были использованы 5 кроликов-самцов (в возрасте 4 месяцев, весом 2,5-3,0 кг) и 10 крыс для оценки биосовместимости, барьерных и антибактериальных свойств имплантатов. Сетки из полипропилена были помещены в субфасциальный слой передней брюшной стенки кроликов и лопаточной области крыс. Через 10, 20, 40 и 60 суток грыжевые сетки с окружающими мягкими тканями изымались и фиксировались в 10% нейтральном формалине для приготовления гистологических срезов и с целью подтверждения преимуществ покрытых полипропиленовых сеток. Мы сравнили воспалительные реакции в сыворотке и тканях, а также отложение коллагена, вызванное сетками из полипропилена без покрытия и с добавлением ванадия, покрытого TiO2. Во время эксперимента животные разводились в определенных условиях, свободных от патогенов, в стандартных лабораторных условиях (температура 20–24 ° C, относительная влажность 50–60%, 12 часов света / 12 часов темноты, кормление лабораторным рационом). Животные были размещены в индивидуальных клетках и ежедневно наблюдались на предмет выявления раневых осложнений, таких как инфекция, серома, абсцесс, гематома или растрескивание кожи. Протокол эксперимента соответствовал правилам, установленным Директивой Европейского парламента и Совета по защите животных, используемых в научных целях, и был одобрен Комитетом по уходу и использованию животных Дагестанского медицинского университета. Смертность после имплантации и признаки инфекции или отторжения находились под контролем.

Результаты. Как показали результаты исследования изъятых из организмов сеток, образцы с нанесенными покрытиями не вызвали воспалительных реакций со стороны тканей, в отличие от контрольных образцов. Реакций отторжения материала также не наблюдалось. Можно предположить, что сетки с покрытием сохраняют свою эластичность и прочность, позволяют предотвратить инфицирование раны, препятствуют образованию грубой соединительной ткани вокруг сетки (в контрольной серии на 7 сутки определялись множество фиброцитов и фибробластов в окружении нейтрофилов и макрофагов, а на 14 и последующие сроки эксперимента сетки были окружены выраженной соединительнотканной прослойкой с сохраняющейся лейкоцитарно-макрофагальной реакцией).

Исследование позволило определить наиболее оптимальный состав покрытия. На сегодняшний день предстоит разработать универсальную толщину наносимого покрытия, чтобы оно могло максимально выполнять свои функции без вреда для организма.

Выводы. В результате проведенного исследования было разработано универсальное нанопокрытие из диоксида титана, легированного оксидом ванадия (Al2O3 + TiO2 / V2O5), которое обладает наиболее выраженными антибактериальными свойствами и является биосовместимым, так что может быть рекомендовано для апробирования в клинической практике.

Проспективное многоцентровое регистровое исследование по оценке частоты синдрома Линча среди пациентов с колоректальным раком

Семенов Д.А., Цуканов А.С., Ачкасов С.И., Пикунов Д.Ю., Майновская О.А., Карпов О.Э., Куренков А.И., Максименков А.В., Колесников Д.С., Черниковский И.Л., Сураев Д.А., Леонов А.А., Демидова И.А., Авдолян А.М., Глазкова Е.В., Кравчук Д.А., Федянин М.Ю., Галкин В.Н., Ерыгин Д.В., Семенова А.Б., Чурадзе Б.Т., Юдин О.И., Кротов Г.А., Данишевич А.М., Бодунова Н.А., Хатьков И.Е.

Актуальность. Синдром Линча (СЛ) составляет 3 % всех случаев заболевания колоректальным раком (КРР) в мире. СЛ вызван наследственными мутациями в генах системы репарации ДНК (MMR) и проявляется раком толстой кишки, эндометрия, яичников и других органов в возрасте до 45 лет. На сегодняшний день нет достаточных данных о распространенности и характеристике данного заболевания в РФ.

Цель. Оценка частоты микросателлитной нестабильности (МСН) и СЛ в популяции пациентов с КРР в РФ.

Материалы и методы. В проспективное многоцентровое регистровое неинтервенционное исследование включаются совершеннолетние пациенты с гистологически верифицированной аденокарциномой толстой кишки, которые ранее не получали лечение по поводу опухоли.

На первом этапе проводится определение МСН в опухоли любым доступным для клиники методом (ИГХ или МГИ). В случае выявления МСН/дефицита в системе MMR проводится забор венозной крови 4 мл в пробирку с ЭДТА с замораживанием при -20*С. Образцы крови централизовано анализируются на факт выявления герминальных мутаций в генах MMR.

Результаты: Статус МСН/дефекта белков MMR изучен у 950 больных с первичным раком толстой кишки. Микросателлитная нестабильность/дефект белков MMR выявлен у 100 / 950 пациентов (10,5%). Мужчин включено в исследование 460 из 950 (48%), женщин – 490 из 950 (52%). Средний возраст пациентов – 65,6 (23-91) лет. Рак I стадии выявлен в 152 (16%) из 950 случаях, II – в 277 (29%), III – в 358 (38%), IV – в 163 (17%) наблюдениях. Рак правой половины ободочной кишки выявлен у 298 (31%) из 950 больных, левой половины – у 439 (46%), прямой кишки – в 213 (23%) наблюдениях.

Заключение: Частота МСН составила 10,5%, что является популяционным различием с другими европейцами (около 15%) и говорит о целесообразности изучения клинико-генетических характеристик у российских больных СЛ.

Критическая ишемия нижних конечностей: ранние послеоперационные осложнения у мужчин и женщин.

Звягинцева А.Н., Волкова А.А., Иванов М.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. Критическая ишемия нижних конечностей характеризуется риском серьезных послеоперационных осложнений, которые могут приводить к потери конечности и снижению качества жизни.

Целью настоящего исследования стал анализ частоты встречаемости ранних послеоперационных осложнений в зависимости от пола.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 81 пациентом, оперированных по поводу периферической артериальной болезни (PAD), из которых было 63 мужчины (77,8%) и 18 (22,2%) женщин. У всех исследуемых пациентов была зарегистрирована стадия критической ишемии нижних конечностей по Фонтейн - А.В. Покровскому. Анализировались непосредственные (первые 30 суток после операции) результаты вмешательств – положительный клинический результат, число тромбозов оперированного сегмента, частота инфекционных осложнений, кровотечений и ампутаций, а также общее число осложнений (в том числе неблагоприятных кардиоваскулярных событий) и повторных операций.

Результаты. Анализ частоты встречаемости ранних послеоперационных осложнений показал, что у мужчин они встречались чаще, в 82,9% случаев, а у женщин – в 17,1% случаев ($p<0.05$). Тромбоз оперированного сегмента у мужчин наблюдался в 48,3% случаев, у женщин - в 33,3%, тромбоз другого сегмента - у мужчин – в 27,6% случаев, у женщин - в 22,2%, острое нарушение мозгового кровообращения - у мужчин - в 10,3% случаев, у женщин – в 16,7%, кровотечения - у мужчин - в 17,2% случаев, у женщин - в 40,0% ($p<0.05$), инфекция области хирургического вмешательства - у мужчин - в 20,7% случаев, у женщин зарегистрировано не было ($p<0,001$), ампутация конечности - у мужчин - в 31,0% случаев, у женщин - в 16,7% ($p<0,05$).

Выводы. Мужчины на стадии критической ишемии чаще сталкивались с ранними послеоперационными осложнениями, что требует более детального анализа факторов риска, сопутствующих заболеваний и усовершенствования методов реконструктивных вмешательств с целью снижения вероятности негативных последствий.

Ранняя видеоторакоскопия – как фактор улучшения результатов лечения закрытой травмы груди.

Котанджян В.Г., Ибавов И.У.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», Москва, Россия

Актуальность: эндоскопические хирургические вмешательства в течение двадцати лет активно используются в диагностике и лечении плановых хирургических проблем, а в последнее время этот опыт активно используется и в экстренной хирургии.

Цель исследования: определить оптимальные сроки выполнения видеоторакоскопического вмешательства при закрытой осложненной травме груди.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт 95 пациентов, экстренно госпитализированных в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в течение 5 лет (2017 – 2021 гг). Критерии включения: возраст не менее 18 лет, свежая (не более 14 дней) закрытая травма грудной клетки, наличие перелома ребер, проведенное видеоторакоскопическое вмешательство. Показаниями для ВТС были следующие причины: свернувшийся гемоторакс (76 пациентов, 80%), продолжающееся или вторичное кровотечение – 15 (16%), длительное (более 7 дней) поступление воздуха по дренажу3 (3,0%), предположительное повреждение диафрагмы 1 (1%). Пациенты разделены на три группы по сроками операции: оперированные в первые 5 суток с момента травмы, оперированные в течение 5-10 дней после травмы (24 пациента), оперированные через 10 и более дней после травмы (46 пациентов). Средний возраст оперированных пациентов 54,5 лет, большинство составляли мужчины 90,2%. Распределение по половому признаку между группами равномерное, тяжесть состояния пациентов по шкале AIS значимо не отличалась. Достоверного отличия по количеству сломанных ребер также не выявлено.

Результаты: были проанализированы результаты лечения пациентов: в исследовании показано, что выполнение торакоскопического вмешательства в первые 5 дней с момента получения травмы статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшает частоту таких инфекционных осложнений, таких как пневмония, плеврит, эмпиема. Продолжительность операции, длительность нахождения дренажа в плевральной полости достоверно не увеличивается с увеличением сроков проведения вмешательства, однако такая тенденция есть ($p > 0,05$). Ранняя ВТС также влияет на длительность госпитализации, которая увеличивается в группе III больше в два раза при сравнении с группой I ($p < 0,05$). Необходимость повторной госпитализации возникала только у пациентов, оперированных в поздние сроки.

Выводы: раннее ВТС вмешательство при осложненной ЗТГ уменьшает риски инфекционных легочных и внелегочных осложнений, положительно влияет на продолжительность госпитализации и уменьшает вероятность повторных госпитализаций.

Современный взгляд на хирургическое лечение пациентов со срединными грыжами живота в сочетании с диастазом.

Казакова В.В., Ярцев П.А., Благовестнов Д.А., Кирсанов И.И., Драйер М.

Актуальность. По данным отечественной и зарубежной литературы грыжи живота встречаются у 4–7% населения, превалируя у лиц трудоспособного возраста (25–45 лет), что объясняет медико-экономическую и социальную значимость проблемы. Согласно данным отчета Главного хирурга г. Москвы Шабунина А.В. от 2021 год и данным информационно-аналитического сборника 2021 года об объеме хирургической помощи в РФ за 2020 и 2021 года в г. Москва выполнено около 53 тыс. и 66 тыс. плановых оперативных вмешательств, из них общее количество операций по поводу грыж передней брюшной стенки за 2020 год составило около 5,5 тыс. Диастаз прямых мышц живота (ДПМЖ) встречается у 45–60% пациентов с первичными срединными грыжами (ПСГ) передней брюшной стенки. Единого стандарта лечения больных с данной патологией нет. Широко применяется классический метод открытой ретромускулярной пластики и ушивания диастаза, активно внедряются эндоскопические методики, такие как IPOM в сочетании с ушиванием диастаза прямых мышц живота, а также метод эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (e-TEP). Цель: улучшить результаты лечения пациентов с ПСГ в сочетании с ДПМЖ.

Материалы и методы. Представлены и обсуждены результаты лечения 56 пациентов (26 мужчин, 30 женщин) с диагнозом ДПМЖ в сочетании с ПСГ, оперированных в НИИ СП имени Н.В.Склифосовского в период 2020-2023 гг. с использованием минимальноинвазивных технологий (лапаро- или эндоскопический доступ). Средний возраст больных составил 48,9 лет (25; 79). Критерием включения пациентов в исследование было наличие ДПМЖ в сочетании с ПСГ. Критериями исключения из исследования явились: онкологические заболевания, пациенты с осложненным течением заболевания (ущемленная грыжа, флегмона грыжевого мешка, кишечная непроходимость), пациенты, оперированные иным методом пластики. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу (основную) вошли 14 пациентов, оперированных методом эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (e-TEP), во 2 группу (сравнения) вошли 42 пациента, оперированных лапароскопическим доступом с размещением сетчатого эндопротеза интраперитонеально (IPOM) и ушиванием

диастаза прямых мышц живота. Перед операцией с целью уточнения степени ДПМЖ пациентам проводилось УЗИ мягких тканей. С целью уточнения топографо-анатомических структур передней брюшной стенки УЗИ мягких тканей проводилось и в послеоперационном периоде: на 2–3 сутки и спустя 1-2 месяца после операции. Выделяли 2 степени ДПМЖ согласно классификации Аскерханова Р.П.: I степень – от 22 до 50 мм, II степень – 51-80 мм. Диастаз I степени был диагностирован у 8 пациентов из основной группы, у 32 пациентов – из группы сравнения. Диастаз II степени – у 6 пациентов из основной группы, у 10 пациентов из группы сравнения. Распределение грыж по локализации в соответствии с классификацией Европейского герниологического общества (EHS) были следующими: M2 – у 2 пациентов из 1 группы, у 5 пациентов – из 2 группы, M3 – у 12 пациентов из 1 группы, у 37 пациентов из 2 группы. У всех больных ширина грыжевых ворот была менее 4 см, что соответствует малым и средним размерам (классификация EHS).

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе пациентов с диастазом I степени составила 145 мин (135; 160), в группе сравнения - 57,5 мин (45; 70). Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе пациентов с диастазом II степени составила 73 мин (165; 185), в группе сравнения - 62,9 мин (90; 115). Введения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде основной группы пациентов не потребовалось. Средняя продолжительность наркотической анальгезии в группе сравнения с диастазом I степени составила 1,4 койко-дня (0; 3), с диастазом II степени - 2,3 (1;3) койко-дня. Средний срок активизации пациентов в основной группе составил 1 койко-день, в группе сравнения пациентов с диастазом I степени - 1,5 койко-дня (1; 3), с диастазом II степени - 2 койко-дня (2; 3). Средний срок стационарного лечения в основной группе пациентов с диастазом I степени составил 3,4 койко-дня (3; 5), в группе сравнения - 4,1 койко-дня (3; 6). Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе пациентов с диастазом II степени составила 4,3 койко-дня (3; 7), в группе сравнения - 6,5 койко-дней (5; 9). Ранний послеоперационный период протекал без осложнений в обеих группах. Летальных исходов не было. Срок наблюдения за пациентами составил от 2 месяцев до 3 лет – признаков рецидива заболевания в основной группе и группе сравнения выявлено не было.

Заключение. Применение минимальноинвазивных технологий в лечении пациентов ДПМЖ в сочетании с ПСГ сопровождается низким уровнем осложнений, рецидивов и удовлетворительным качеством жизни в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *диастаз прямых мышц живота, первичная срединная грыжа, герниопластика*

ICG-флуоресцентная визуализация как объективный метод оценки кровоснабжения мочеточника почечного трансплантата и его эффективность в профилактике урологических осложнений.

Актуальность. По данным мировой литературы, частота урологических осложнений после аллотрансплантации почки колеблется в пределах 1–28,5% случаев. Ишемическое повреждение мочеточника во время эксплантации и консервации донорского органа является основным фактором урологических осложнений. Такие возможные осложнения, как некроз мочеточника, несостоятельность или стриктура неоуретероцистоанастомоза в свою очередь могут привести к тяжелым последствиям, увеличению времени пребывания в стационаре и в конечном итоге к потере почечного трансплантата. На данный момент не существует стандартизованных диагностических методов, позволяющих количественно оценить адекватность кровоснабжения мочеточника. ICG (Indocyanine green) флуоресцентная визуализация – простой диагностический метод, сущность которого заключается во введении индоцианина зеленого и измерении перфузии на основании интенсивности флуоресценции. В основе данного метода лежит способность электронов переходить в возбужденное состояние при поглощении энергии облучения и спонтанно возвращаться в основное состояние, благодаря чему излишек энергии испускается в качестве видимого света. Визуализация флуоресценции происходит с помощью видеокамеры в ближнем инфракрасном световом излучении. После внутривенного введения ICG быстро связывается и выводится в неизмененном виде с желчью, без кишечно-печеночной рециркуляции, с периодом полувыведения из плазмы 3-5 мин и метаболизмом в печени. Метод используется для ангиографической оценки сосудов, расположенных на глубине до 10 мм. Интенсивность флуоресценции индоцианина зеленого не всегда соответствует его концентрации. Она линейно увеличивается с нарастанием концентрации в диапазоне высокого разведения, а после достижения пика интенсивность флуоресценции снижается.

Материалы и методы. На первом этапе был проведен ретроспективный анализ факторов риска урологических осложнений трансплантации почки у 233 пациентов, которые и составили первую группу наблюдения. Критериями исключения были: смерть в первую неделю после трансплантации, случаи трансплантатэктомии в первую неделю. Во 2 группу вошло 62 пациента, где применялся метод ICG-флуоресцентной визуализации. В данной группе после завершения операции выполнялось прижизненное патолого-анатомическое исследование срезов мочеточников с целью определения чувствительности и специфичности флуоресцентной ICG – визуализации в отношении ишемии. В подгруппу 2.1 вошли 49 пациентов, у которых по данным ICG-визуализации кровоснабжение мочеточника было удовлетворительным, в связи с чем этим больным выполнялся уретероцистоанастомоз

по антирефлюксной методике. Подгруппу 2.2 составили больные, у которых было зафиксировано неудовлетворительное кровоснабжение дистальной части мочеточника, поэтому выполнялся анастомоз без антирефлюксного механизма в пределах достаточно кровоснабжаемого мочеточника.

Результаты. В ретроспективной группе при анализе факторов риска развития урологических осложнений статистически значимых предикторов выявлено не было. Частота урологических осложнений в данной группе составила 8%. В группе применения ICG – визуализации данный показатель составил 1,2%, что было статистически значимо ниже, чем в группе контроля. Чувствительность метода в отношении ишемии составила 85%, специфичность 71%. При этом между подгруппами 2.1 и 2.2 не было выявлено достоверных различий по частоте стриктур, несостоятельности неоуретероцистоанастомоза, а также развития пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Заключение. ICG – флуоресцентная визуализация является чувствительным и специфичным методом определения адекватности кровоснабжения мочеточника трансплантата. Внедрение данной методики в клиническую практику приводит к статистически значимому снижению частоты урологических осложнений трансплантации почки.

Трепан-биопсия при новообразованиях щитовидной железы: первый опыт

Долидзе Д.Д.(1,2), Кованцев С.Д.(1), Багателия З.А.(1,2), Лебединский И.Н.(1), Лукин А.Ю.(1,2), Пичугина Н.В.(1), Ротин Д.Л.(1), Гугнин А.В.(1), Кириленко Е.Г.(1)

1 – ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва
2 – Российская Медицинская Академия Непрерывного Профессионального Образования ДПО, Москва

Актуальность. Тонкоигольная аспирационная пункция (ТАП) узловых образований щитовидной железы – широко используемая диагностическая процедура, позволяющая на раннем этапе установить диагноз рака щитовидной железы. Полученный цитологический материал оценивается по системе Bethesda, с дальнейшим решением о необходимости наблюдения, повторной ТАП или оперативного вмешательства. Несмотря на важную роль ТАП в оценке образований щитовидной железы, недиагностический результат встречается в 10-50% случаев. Важным недостатком метода является полученный цитологический материал, который не позволяет оценить ткань в целом, а только ее отдельные клеточные элементы. Гистологический материал позволяет получить более детальную структуру образования. За последние годы произошел существенный прогресс в развитии аппаратов для трепан-биопсии и УЗИ. Актуальным направлением в эндокринной хирургии может стать внедрение трепан-биопсии для оценки опухолевых образований щитовидной железы, особенно в сложных для диагностики случаях.

Материалы и методы. В исследование были включены 24 пациента (6 мужчин и 18 женщин) с узловым образованием щитовидной железы и цитологической картиной фолликулярной опухоли (Bethesda IV). Возраст пациентов варьировался от 18 до 72 лет, средний возраст 55±8,17. Размеры образования при УЗИ были 12,5±2,11; 12±1,43; 11±1,44 мм. Перед вмешательством пациенты отменяли препараты, влияющие на свертывающую систему крови. Всем пациентам трепан-биопсия выполнялась под ультразвуковым контролем с обязательной оценкой кровоснабжения в режиме цветового доплеровского картирования и энергетической доплерографии, оценкой по системе TI-RADS. Манипуляция производилась срединным и латеральным доступами. Забор материала производился минимум из двух участков, один – через ткань опухоли, второй – по краю опухоли с захватом капсулы иглой 18G. При выявлении подозрительного в отношении малигнизации участка образования выполнялись дополнительные биопсии. Всем пациентам после выполнения трепа-биопсии щитовидной железы выполнялось оперативное вмешательство. Тиреоидэктомия была выполнена 7 (29,17%) пациентам, гемитиреоидэктомия – 17 (70,84%) больным. Оперативное пособие дополнялось центральной лимфодиссекцией у 3 пациентов (12,5%).

Результаты. Образование щитовидной железы было доступно для трепан-биопсии во всех 24 случаях (100%). Все образования оценивались по системе TI-RADS. Категория TI-RADS 3 была определена у 16 (66,67%), TI-RADS 4 – у 5 (20,83%) и TI-RADS 5 – у 4 (16,67%) пациентов. Перинодулярный кровоток присутствовал в 5 (20,83%) случаях, интранодулярный – в 6 (25%) и пери- и интранодулярный – в 13 (54,17%) наблюдениях. У 15 (62,5%) пациентов опухоль располагалась справа и у 9 (37,5%) – слева. Наиболее часто образование располагалось в нижнем полюсе левой доли 9 (37,5%) больных. В 6 (25%) случаях опухоль находилась в верхнем полюсе левой доли, в 5 (20,93%) – в верхнем полюсе правой доли и в 4 (16,67%) – нижнем полюсе правой доли щитовидной железы. В большинстве случаев трепан-биопсия выполнялась срединным доступом через перешеек щитовидной железы 22 (91,67%) больных. Ввиду высокого риска травматизации сосудов в 2 (8,34%) случае биопсия была выполнена латеральным доступом. Срочное гистологическое исследование не позволило выявить злокачественные новообразования во время операции. При этом в 3 (12,5%) наблюдениях трепан-биопсия позволила выявить инкапсулированный вариант папиллярного рака щитовидной железы. В 21 (87,5%) наблюдении были выявлены аденома, коллоидный зоб, и аутоиммунный тиреоидит подтвержденный данными трепан-биопсией.

Заключение. Трепан-биопсия может быть использована в качестве дополнительного диагностического метода к контролируемой ТАП у больных с различными образованиями щитовидной железы. Введение в практику трепан-биопсии щитовидной железы поможет оптимизировать диагностику и тактику лечения пациентов.

Ключевые слова: *щитовидная железа, трепан-биопсия, тонкоигольная аспирационная пункция.*

Хирургические вмешательства в первой фазе острого панкреатита

Сталева К.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, г. Москва

Отделение неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии

StalevaKV@sklif.mos.ru +79167062326

Актуальность. Острый панкреатит занимает одну из лидирующих позиций по частоте встречаемости среди острой хирургической патологии органов брюшной полости. Летальность в раннюю фазу доходит до 15–20%. Инфицирование происходит у 30-70% пациентов. При инфицировании количество летальных исходов достигает 20-30%. Несмотря на стремление консервативного ведения больных в сроки более 3-4 недель, до отграничения зон некроза, часть пациентов подвергаются хирургическим вмешательствам в ранней фазе заболевания.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести

Материал и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за 2017-2022 года пролечено 583 пациента с панкреонекрозом. В исследование включены только пациенты, оперированные в ранней фазе острого панкреатита со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания. Средний возраст больных составил 42 года. В первой фазе заболевания были выполнены такие вмешательства, как видеолапароскопическая санация брюшной полости, чрескожное дренирование под контролем ультразвука (УЗ) свободной жидкости в брюшной полости, острых жидкостных скоплений, а также эндоскопическое стентирование панкреатического протока.

Результаты. Видеолапароскопия выполнена 12 пациентам. Среди оперированных пациентов средняя степень тяжести заболевания была у 11 больных (91,7%), тяжелая – у одного (8,3%). У всех пациентов показанием к видеолапароскопии было наличие перитонеальной симптоматики и проведение дифференциального диагноза с другой острой хирургической патологией. У всех пациентов интраоперационно был верифицирован острый панкреатит и исключена другая хирургическая патология. Средний срок госпитализации составил 27 дней. Был 1 летальный исход, который наступил на 9 сутки заболевания.

Чрескожное дренирование брюшной полости под контролем УЗ выполнено 30 больным. У всех пациентов было отмечено снижение внутрибрюшного давления после дренирования под контролем УЗ.

Бактериологические посевы выпота из брюшной полости были стерильны.

Дренирование острых жидкостных скоплений забрюшинно было у 24 больных в ранней фазе. В последующем инфицирование парапанкреатита наступило в 16 наблюдениях (66,7%).

Эндоскопическое стентирование панкреатического протока выполнено 12 больным. Профилактическое стентирование было у 8 (66,7%) пациентов. Инфицирование парапанкреатита произошло у 7 пациентов (58,3%). Летальных исходов было 4 (33,3%).

Заключение. Чрескожное дренирование под УЗ является эффективным и простым способом эвакуации ферментативной жидкости из брюшной полости и из забрюшинной клетчатки и способствует снижению внутрибрюшного давления.

Профилактическое эндоскопическое стентирование панкреатического протока в ранней фазе требует дальнейшего изучения

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

300 лет Российская Академия Наук

Департамент здравоохранения города Москвы

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ

Боткинская Больница
Москва 1910

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИВ
ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ им. А.В. ВИШНЕВСКОГО